UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

AMANDA PAVINSKI ALVES

Condutas de profissionais da área da saúde, vítimas de acidentes com material biológico em um Serviço de Atenção Domiciliar

RIBEIRÃO PRETO
2015

AMANDA PAVINSKI ALVES

Condutas de profissionais da área da saúde, vítimas de acidentes com material biológico em um Serviço de Atenção Domiciliar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Doenças Infecciosas: problemática e estratégias de enfrentamento

Orientadora: Silvia Rita Marin da Silva Canini

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Alves, Amanda Pavinski

Condutas de profissionais da área da saúde, vítimas de acidentes com material biológico em um Serviço de Atenção Domiciliar
Ribeirão Preto, 2015.
97 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientadora: Silvia Rita Marin da Silva Canini

1. Exposição a agentes biológicos. 2. Serviços de Assistência Domiciliar. 3.Notificação de Acidentes de Trabalho. 4.Pessoal de Saúde.

ALVES, Amanda Pavinski

Condutas de profissionais da área da saúde, vítimas de acidentes com material biológico em um Serviço de Atenção Domiciliar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Dedicatória

A minha mãe, **Rosalina**

Meu exemplo de amor, dedicação, confiança e perseverança, que me permitiu chegar onde estou e que me dá forças para seguir sempre adiante.

Ao meu querido esposo, **Matheus**

Que abdicou das poucas horas que passamos juntos, para que eu pudesse realizar este trabalho. Que me Incentivou, cativou e amou da maneira mais sincera. Você é a luz dos meus dias.

Aos meus irmãos e madrinha, **Juliana, Danilo e Sônia**
Pelos puxões de orelha, conselhos, pela amizade.Obrigada por fazerem os meus dias muito mais felizes ao lado de vocês.

A minha linda afilhada, **Melissa**
Sem você, minha vida perde a cor. Obrigada pelo seu sorriso, alegria e amor verdadeiro.

Agradecimentos

Em especial, a minha orientadora, **Profª. Drª. Silvia Rita Marin da Silva Canini**, exemplo de profissional, que foi professora, conselheira, amiga, que afagou, ouviu, discutiu e me conduziu com mais segurança e autonomia à finalização deste trabalho.

À **Drª Miyeko Hayashida**, por seu carinho, humildade, conhecimento e sugestões valiosas oferecidas desde o exame de qualificação para o aprimoramento deste trabalho.

Ao **Profº. Drº. Moacyr Lobo da Costa Jr.**, pelas longas conversas e sugestões durante a disciplina de pós-graduação e contribuição na interpretação dos dados.

À **Jessica Cordeiro**, pelo apoio na coleta de dados.

À **Juliana Pavinski Miglioli** e **Eduardo Spangher**, pela disponibilidade e contribuição na revisão dos resumos em inglês e espanhol.

Aos amigos, **Nilton Cesar Granville** e **Rita de Cássia Poli**, que partilham da mesma luta, e que, por menos que nos vejamos, sei que torcemos um pelo outro.

À **Equipe de saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**, especialmente a Enfermeira coordenadora do SAD, **Emília Maria Paulina Campos Chayamiti**, pela confiança, prontidão e disponibilidade em participar da pesquisa.

"Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos."

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

ALVES, A.P. **Condutas de profissionais da área da saúde, vítimas de acidentes com material biológico em um Serviço de Atenção Domiciliar.** 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introdução: A transmissão ocupacional de patógenos veiculados pelo sangue é uma realidade na área de saúde, expondo os profissionais ao risco de aquisição do HIV, VHC e VHB dentre outros micro-organismos. **Objetivo**: Avaliar as condutas de profissionais da área da saúde vítimas de acidentes ocupacionais com material biológico que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar de Ribeirão Preto. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A população elegível do estudo era de 72 profissionais da área da saúde e foi composta por 58 profissionais que preencheram os critérios de inclusão. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, no período de maio de 2014 a junho de 2015 e analisados por meio de estatística descritiva utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences, version 17.0. para Windows. **Resultados:** Dos 58 entrevistados, 19 referiram ter sofrido acidentes com material biológico ao longo de sua experiência profissional na instituição. Ressalta-se que 31,6% dos profissionais acidentados realizaram a conduta correta, ou seja, notificaram o acidente por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho e procuraram atendimento clínico especializado, porém 52,6% não realizaram nenhuma conduta após o acidente e 15,8% realizaram conduta incompleta. Os motivos mais frequentemente alegados pelos profissionais para não notificarem o acidente e não procurarem por atendimento clínico especializado foi conhecer o paciente fonte e considerar a lesão superficial. Dos 18 profissionais que relataram conhecer as condutas preconizadas para acidentes com material biológico apenas 33,3% realizaram a conduta completa. **Conclusões:** O presente estudo permitiu identificar as condutas adotadas pelos profissionais que atuavam no Serviço de Atenção Domiciliar, após a ocorrência de acidente com material biológico.

Palavras-chave: Exposição a agentes biológicos; Serviços de Assistência Domiciliar; Notificação de Acidentes de Trabalho; Pessoal de Saúde

ABSTRACT

ALVES, A.P. **Conduct of health professionals who were victims of accidents with biological material in a Home Care Service.** 2015. 97 f. Thesis (MS) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introduction: The occupational transmission of blood borne pathogens is a reality in the health area, exposing professionals to the risk of acquiring HIV, HCV and HBV among other microorganisms. **Objective**: To evaluate the conducts of health professionals who are victims of occupational accidents with biological material at the Home Care Service in Ribeirao Preto. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional study approved by the Research Ethics Committee in of the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. The eligible population of the study was 72 professionals of the health area and was composed by 58 professionals who met the inclusion. The data were collected through individual interviews, in the period from May, 2014 to June, 2015 and analyzed through descriptive statistics using the Statistical Package for the Social Sciences, version 17.0.for windows. **Results:** From the 58 interviewed, 19 reported that already had an accident with biological material throughout its professional experience at the institution. It is noteworthy that 31.6% of the accidented professionals made the correct conduct, that consists in notify the accident through the Work Accident Report, and also looked for specialized clinical care, however 52.6% did not perform any conduct after the accident and 15,8% performed an incomplete conduct. The reasons most frequently alleged by professionals for not notifying the accident and not look for specialized clinical care were to know the source patient and considered that they had a superficial injury. From the 18 professionals who reported knowing the recommended procedures for accidents with biological material, only 33.3% had the complete conduct. **Conclusions:** This study identified the conduct adopted by professionals working at the Home Care Service, after the occurrence of accidents with biological material.

Keywords: Exposure to biological agents; Home Care Service; Work Accident Notification; Personnel Health

RESUMEN

ALVES, A.P. **Conducta de profesionales de la salud víctimas de accidentes con material biológico en un servicio de Atención Domiciliar.** 2015. 97 f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introducción: La transmisión ocupacional de patógenos vehiculados por la sangre es una realidad en el área de la salud, exponiendo a los profesionales al riesgo de adquirir el VIH, VHC y VHB entre otros microorganismos. **Objetivo:** Evaluar las conductas de los profesionales de la salud que son víctimas de accidentes de trabajo con material biológico que actúan en el Servicio de Atención Domiciliar en Ribeirão Preto. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio de corte transversal aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo. La población elegible para el estudio fue de 72 profesionales del área de la salud y fue conformada por 58 profesionales que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales en el periodo de Mayo de 2014 hasta Junio de2015 y analizados por medio de la estadística descriptiva con el Statistical Package for the Social Sciences, version 17.0. para Windows. **Resultados:** De los 58 entrevistados, 19 reportaron haber tenido algún accidente con material biológico a lo largo de su experiencia profesional en la institución. Destacóse que 31,6% de los accidentados siguieron el procedimiento correcto, es decir, notificaron el accidente a través del Comunicado de Accidente de Trabajo y buscaron atención clínica especializada, por otro lado, 52,6% no realizaron ninguna notificación después del accidente y el restante 15,8% efectuaron la conducta incompleta. Las razones más frecuentemente alegadas por los profesionales por no haber notificado el accidente y no haber buscado atención clínica especializada fueron conocer al paciente fuente y considerar la lesión superficial. De los 18 profesionales que declararon conocer los procedimientos recomendados en la ocurrencia de accidentes con material biológico sólo 33,3% realizó el conducta completa. **Conclusiones:** El presente estudio permitió identificar las conductas adoptadas por los profesionales que actúan en el Servicio de Atención Domiciliaria, después de la ocurrencia del accidente con material biológico.

Palabras clave: Exposición a agentes biológicos; Servicio de Atención Domiciliaria; Notificación de accidentes de Trabajo; Personal de Salud

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma das condutas após acidente com exposição a fluidos biológicos, Ministério da Saúde..... 21

Figura 2 - Fluxograma das condutas preconizadas pela Secretaria Municipal de Ribeirão Preto para os profissionais vítimas de acidentes de trajeto e típico..... 40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, segundo ocorrência de acidente com material biológico e variáveis do estudo. Ribeirão Preto, 2014-2015..... 46

Tabela 2 - Caracterização dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo o tipo de conduta adotada. Ribeirão Preto, 2014-2015..... 48

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo o tipo de conduta adotada e características das exposições. Ribeirão Preto, 2014-2015..... 49

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo variáveis do estudo e notificação do acidente por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Ribeirão Preto, 2014-2015..... 50

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo notificação do acidente por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e características das exposições. Ribeirão Preto, 2014-2015.... 51

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo variáveis do estudo e Atendimento Clínico Especializado. Ribeirão Preto, 2014-2015..... 52

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo Atendimento Clínico Especializado e características das exposições. Ribeirão Preto, 2014-2015..... 53

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo a circunstância do acidente e o tipo de conduta adotada. Ribeirão Preto, 2014-2015..... 54

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo o tipo de conduta adotada, conhecimento e a descrição das etapas da conduta preconizada pelo Serviço. Ribeirão Preto, 2014-2015..... 55

Tabela 10 - Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico, segundo o motivo relatado para não realizar a conduta preconizada pelo Serviço (n=10). Ribeirão Preto-SP, 2014-2015..... 56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Atendimento Clínico Especializado
AD	Atenção Domiciliar
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CDC	Centers for Disease Control and Preventions
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HBeAG	Antígeno “e” do vírus da Hepatite B
HBsAG	Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B
VHB	Vírus da Hepatite B
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
VHC	Vírus da Hepatite C
MB	Material Biológico
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Profissionais da área da saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PEP	Profilaxia pós-exposição
PP	Precaução Padrão
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS-RP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
1.1 Construção do Objeto de Estudo. 18
1.2 Exposição ocupacional aos vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus da hepatite B (VHB) e vírus da hepatite C (VHC) pelos PAS 22
1.3 Medidas pré e pós-exposição ocupacional..... 26
1.4 Serviço de Atenção Domiciliar..... 30
2 OBJETIVOS 36
2.1 Geral..... 36
2.2 Específicos 36
3 MATERIAIS E MÉTODOS 38
3.1 Delineamento do estudo 38
3.2 Local do estudo 38
3.3 População de referência 40
3.4 Instrumento para coleta de dados 41
3.5 Coleta de dados 41
3.6 Análise dos dados. 42
3.7 Aspectos éticos. 42
4 RESULTADOS 45
4.1 Caracterização dos profissionais de saúde segundo a ocorrência de acidentes com material biológico..... 45
4.2 Características dos acidentes, notificação, atendimento clínico especializado e conduta dos profissionais de saúde, vítimas de acidente com material biológico..... 47
5 DISCUSSÃO 58
5.1 Caracterização dos profissionais de saúde segundo a ocorrência de acidentes com material biológico..... 58
5.2 Características dos acidentes, notificação, atendimento clínico especializado e conduta dos profissionais de saúde vítimas de acidente com material biológico 62
6 CONCLUSÃO 73
REFERÊNCIAS 76
APÊNDICES 92
ANEXOS 96

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Construção do objeto de estudo

A força de trabalho na área da saúde representa 12% da população ativa, sendo 35 milhões de trabalhadores em todo o mundo. Os profissionais da área da saúde (PAS) trabalham em um ambiente que é considerado um dos mais perigosos quando se trata de risco ocupacional (GONIEWICZ et al., 2012).

Os Centers for Disease Control and Prevention (CDC,1998), consideram PAS estudantes, técnicos de laboratório, médicos, enfermeiros, funcionários da limpeza entre outros, ou seja, todos os que desempenham atividades que envolvem contato com pacientes, sangue ou outros fluidos orgânicos, em ambientes de assistência à saúde, laboratórios e correlatos.

Nas últimas três décadas, os acidentes ocupacionais envolvendo material biológico (MB) e PAS vêm sendo foco crescente de pesquisas, uma vez que a exposição aos patógenos veiculados pelo sangue pode acarretar sérias complicações para o trabalhador, desde o comprometimento da sua saúde física, até alterações psicossociais que envolvam aspectos comportamentais, a autoestima, os relacionamentos, a vida profissional e social do individuo (JACQUES; JACQUES, 2009).

Estima-se, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que mais de três milhões de acidentes com MB podem ocorrer com os PAS em todo o mundo, sobretudo as exposições percutâneas que envolvem sangue, as quais podem transmitir patógenos como o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vírus da Hepatite B (VHB) e vírus da Hepatite C (VHC) (WHO, 2002; CDC, 2008).

Estudo de revisão realizado por Tarantola, Abiteboul e Rachline (2006), identificou que 60 espécies de microrganismos podem ser transmitidas aos PAS após exposição ocupacional a material biológico.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), ocorrem, todos os anos, cerca de 700 mil casos de acidentes de trabalho no Brasil, sendo que muitos casos não são notificados oficialmente, gerando um elevado ônus para o país (BRASIL, 2010a).

Define-se como acidentes de trabalho aqueles que ocorrem a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional de caráter temporário ou permanente (BRASIL, 1976).

São consideradas exposições a MB quando há envolvimento de fluidos orgânicos potencialmente infectantes, como sêmen, secreção vaginal, líquido cefalorraquidiano, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico, e os fluidos orgânicos potencialmente não-infectantes, como suor, lágrima, fezes, urina e saliva, exceto se estiverem com presença de sangue (BELL, 1997; CDC, 2013).

A exposição ocupacional a MB está presente em todos os locais onde os PAS atuam, direta ou indiretamente, em atividades de risco de exposição ao sangue e a quaisquer outros tipos de materiais biológicos, incluindo os profissionais que atuam na assistência hospitalar, domiciliar, no atendimento pré-hospitalar, em clínicas e consultórios (CDC, 2013).

Os profissionais de enfermagem tem contato direto e frequente com os pacientes, o que os expõe ao risco biológico (PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007). Em decorrência disso, são os que sustentam as maiores taxas de soroconversão ao HIV (DO et al., 2003).

Neris e Dias (2014) realizaram um estudo com trinta e cinco profissionais de enfermagem que atuavam em dois hospitais terciários, do interior de Minas Gerais, e apontaram a importância de os PAS fazerem uma análise dos riscos ocupacionais que são inerentes à profissão e também dos que podem estar relacionados à falta de conhecimento em evitar danos à sua saúde, como a não aderência ao uso de EPI.

Em relação ao uso de EPI apesar de a Lei 6.514, que descreve no capitulo V, seção IV, artigo 166, considerar que é obrigação da empresa fornecer aos trabalhadores, gratuitamente, os equipamentos de proteção individual e coletiva, cabe aos PAS cumprirem sua parte utilizando-os de maneira adequada (BRASIL, 1978).

Estudo realizado por Oliveira e Murofuse (2001) que investigou o conhecimento dos PAS sobre acidentes de trabalho e doença ocupacional identificou que os PAS têm conhecimento, porém de forma superficial, sobre os riscos aos quais estão expostos, bem como as medidas preventivas, durante sua prática profissional.

Outras Normas Regulamentadoras (NR) discorrem sobre questões relacionadas à segurança/saúde do trabalhador como a NR 6, que aborda sobre o uso do EPI, a NR 9, que trata sobre o programa de prevenção de riscos ambientais – PPRA e por fim a NR 32, que tem por finalidade a implementação de medidas de proteção à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (BRASIL, 1978; 2005b; 2011).

A NR 32 foi aprovada com o intuito de promover a saúde dos PAS, ela ratifica sobre a importância de se adotar medidas de biossegurança na área da saúde para prevenir-se de doenças relacionadas ao trabalho, como, por exemplo, dos VHB, VHC e HIV (BRASIL, 2005b; 2011).

A Portaria nº 777, de 2004, considera que todo acidente ocupacional com exposição a MB potencialmente contaminado, no Brasil, constitui-se agravo de notificação compulsória e deve ser notificado em ficha padrão, disponível no site do Ministério da Saúde (MS), mais especificamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN ou em redes sentinelas, como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST e/ou hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência que estejam credenciados para atender este público (BRASIL, 2004a).

O Ministério da Saúde (MS) normatizou os procedimentos que devem ser adotados pelos PAS após exposição a MB e incluem os procedimentos padrões como cuidados locais com a área exposta, notificação do acidente, atendimento clínico especializado (ACE) que visa à instituição de medidas de quimioprofilaxia ao acidentado, orientações e acompanhamento sorológico, principalmente, os casos de acidentes com os fluidos das Hepatites B e C e HIV. Estes procedimentos estão descritos a seguir, conforme fluxograma 1:

Legenda: CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

Figura 1 - Fluxograma das condutas após acidente com exposição a fluidos biológicos.

Estudo realizado em um hospital militar do Rio de Janeiro, com trabalhadores da equipe de enfermagem, evidenciou que 41% dos investigados não sabiam qual procedimento a ser realizado no caso de acidente de trabalho (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008).

Muitas vezes o PAS acaba não notificando o acidente com MB, o que compromete o conhecimento real da situação e consequentemente compromete a proposição e implementação de medidas preventivas. Outro fator agravante é que muitas vezes o PAS não procura o ACE, deixando de receber medidas que são importantes para evitar a aquisição de patógenos veiculados pelo sangue ou fluidos

com sangue. Estudos têm evidenciado que os PAS não realizam o procedimento de forma completa (FACCHIN et al., 2013; LUIZE et al., 2015; PIMENTA et al., 2013).

Nos últimos anos, houve um aumento da demanda por melhorias na qualidade da atenção e por cuidado integral à saúde. Dessa maneira, a atenção domiciliar (AD) à saúde tem sido amplamente difundida e se constitui como um modelo de atenção em plena expansão mundial e no Brasil, representado atualmente um novo espaço de trabalho para os profissionais da saúde. Esse novo modelo assistencial pode ser considerado uma resposta às demandas decorrentes de transição do perfil demográfico e epidemiológico da população, especialmente no Brasil, caracterizadas pela diminuição da mortalidade materna e infantil, aumento da esperança de vida ao nascer, prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, entre outros (BRASIL, 2013b).

Este modelo de assistência surgiu na década de 60 e vem sendo remodelado a cada dia, porém, no Brasil, os registros de experiências de serviços de atenção domiciliar na produção do cuidado em saúde datam do início da década 1990, seguindo a tendência mundial de investimento nessa assistência (SILVA et al., 2010; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Pesquisas sobre as condutas realizadas pelos PAS após acidente biológico na saúde pública, especificamente com os profissionais que realizam AD, são escassas, sobretudo no Brasil. Assim, julgou-se oportuna a realização do presente estudo.

1.2 Exposição ocupacional aos vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus da hepatite B (VHB) e vírus da hepatite C (VHC) pelos PAS

Os acidentes de trabalho envolvendo sangue e outros fluidos corporais potencialmente contaminados devem ser tratados como emergência médica, uma vez que, as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e nos casos em que o trabalhador não é vacinado contra hepatite B ou que não respondeu à imunização devem ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (BRASIL, 2004b, 2015).

Acidentes com MB potencialmente contaminados podem ocorrer por via percutânea, ocasionadas por ferimentos com objetos cortantes, após picadas de

agulhas, ou até mesmo por contado direto com mucosas, sendo oral, nasal ou ocular, ou ainda por contato com pele não íntegra (BRASIL, 2006a, 2010a; CDC, 2013).

O risco de acidente biológico é aumentado, principalmente, ao coletar amostras de sangue, ao iniciar a punção intravenosa, na aplicação de medicamentos por via intramuscular e/ou subcutânea, no reencape de agulhas já utilizadas, em contato com sangue em pele lesionada e no transporte de resíduos infectados (MARKOVIC-DENIC et al., 2015).

Em todo o mundo, há aproximadamente 35 milhões de PAS, sendo estimado que cerca de 3 milhões esteja expostos a patógenos veiculados pelo sangue após acidente por via percutânea, o que pode resultar em 15.000 infecções por VHC, 70.000 por VHB e 500 infecções pelo HIV a cada ano (WHO, 2003).

O risco de infecção que os PAS têm em relação aos patógenos veiculados pelo sangue depende da prevalência desses patógenos na população atendida, do tipo e da frequência das exposições. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) mais de 90% dessas exposições ocorrem em países em desenvolvimento.

Estudo pioneiro sobre dados epidemiológicos de casos de soroconversão ao HIV, Ippolito et al. (1999) apontaram que desde o início da epidemia de aids, foram publicados em todo o mundo 94 casos comprovados e 170 casos possíveis de soroconversão ao HIV após exposição ocupacional.

Segundo dados publicados pelos CDC (2015) existem 58 casos comprovados de transmissão ocupacional ao vírus do HIV e 150 casos de possíveis transmissões relatadas nos Estados Unidos.

No Brasil, o primeiro caso de soroconversão ao HIV ocorreu com uma auxiliar de enfermagem que se perfurou com uma agulha contaminada enquanto auxiliava uma colega durante uma punção venosa periférica e só foi reconhecido em 1999 (SÃO PAULO, 1999). Estudo que compilou dados sobre acidentes ocupacionais com PAS (RAPPARINI, 2006), relatou que no Brasil, haviam quatro casos documentados de soroconversão ao HIV decorrentes de exposição percutânea e em 2011 foi publicado um caso de soroconversão que ocorreu com uma profissional de enfermagem no estado do Amazonas (LUCENA et al, 2011).

Embora a transmissão de patógenos veiculados pelo sangue, para PAS, em decorrência de acidentes com MB esteja comprovada, a subnotificação de casos ainda permanece alta (BODEN et al., 2015; FACCHIN et al., 2013).

O risco estimado de transmissão do HIV após acidentes com materiais perfurocortantes e pacientes-fonte com sorologia positiva para o HIV é de 0,3 a 0,5%, e, após exposição de membrana mucosa, é de 0,09%. A transmissão relacionada à exposição de pele já foi documentada, porém seu risco ainda não foi precisamente quantificado (BRASIL, 2006a; 2010a; CDC, 2013). Ressalta-se que apesar de o contato de pele não íntegra com fluidos corporais sem sangue aparente ser considerada uma exposição de baixo risco, a transmissão do HIV e do VHC de forma simultânea já foi registrada, durante um atendimento domiciliar (BELTRAMI et al., 2003).

O MS em 2006, diante de tal complexidade no processo de avaliação de risco para o trabalho com agentes biológicos, elencou uma série de patógenos e situações que acarretam risco biológico aos PAS. Foram adotados critérios para avaliá-los, destacando-se a virulência, modo de transmissão, estabilidade, concentração e volume, a origem do agente biológico potencialmente patogênico, disponibilidade de medidas profiláticas eficazes, a disponibilidade de tratamento eficaz, dose infectante, tipo de ensaio e fatores referentes ao trabalhador (BRASIL, 2006a).

Tanto os vírus das hepatites B e C, quanto o do HIV, são classificados com risco dois, de grau moderado, onde há o risco individual e um risco limitado para a comunidade, cujo potencial de propagação e de disseminação no meio ambiente é limitado, e para os quais existem medidas terapêuticas e profiláticas eficazes (BRASIL, 2006a).

O risco de aquisição do VHB após exposição percutânea pode atingir até 62% em situações em que o paciente-fonte apresenta sorologia HBeAg positiva e nenhuma medida profilática for adotada, o que reflete uma alta taxa de replicação viral, implicando em uma maior quantidade de vírus circulante (BRASIL, 2010a).

Estima-se que cerca de 780 000 pessoas morrem a cada ano em decorrência de infecção ocasionada pelo VHB e 650 000 morrem de cirrose e câncer de fígado devido à hepatite B crônica e 130.000 por hepatite aguda. Atualmente 240 milhões de pessoas são cronicamente infectados pelo VHB (WHO, 2015).

Deve ser considerado, ainda, que o vírus da hepatite B pode permanecer estável em superfícies ambientais inanimadas mantendo, inclusive, seu poder de infectividade por até sete dias (BOND et al., 1981). Existem casos de profissionais da área da saúde que apresentaram soroconversão para o VHB e que não se recordavam de acidente percutâneo prévio, sugerindo outras vias de inoculação, como mucosas ou pele (CDC, 2001).

O VHC foi identificado em 1989, é o agente etiológico primário da hepatite não A, não B transmitida por via parenteral, responsável por cerca de 30 a 70% dos casos de hepatopatia crônica, detectado a partir de 1992. Tanto as infecções crônicas quanto as agudas são usualmente assintomáticas, o que retarda consideravelmente o diagnóstico de infecção. Estima-se que existam 170 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo (BRASIL, 2010a). A estimativa do risco de infecção pelo VHC após acidente ocupacional é de 1,8%, podendo variar de 1 a 10% (BRASIL, 2010a; CDC, 2001).

Yazdanpanah et al. (2005) investigaram os fatores de risco para transmissão de hepatite C aos PAS após exposição ocupacional ao VHC e identificaram que a os principais fatores de risco foram exposição percutânea, lesões profundas, contato com agulhas ocas e de grosso calibre retiradas de veias e artérias de paciente-fonte positivos para o VHC.

Na cidade do Rio de Janeiro, entre os acidentes notificados ao longo de oito anos, identificou-se 13% dos pacientes-fonte apresentavam exames sorológicos reagentes para HIV, 2% para VHC e 1% para VHB no momento da exposição. O estudo não apresenta os resultados dos exames realizados pós-exposição (RAPPARINI et al., 2007a).

Após várias pesquisas, sabe-se que na atualidade, a maioria das exposições a patógenos veiculados pelo sangue, nos contextos de saúde, são evitáveis. Dentro dessas estratégias de prevenção aos trabalhadores estão inclusas a imunização contra hepatite B, o fornecimento de EPI e a implementação de precauções padrão na assistência ao paciente (WHO, 2003).

1.3 Medidas pré e pós-exposição ocupacional

As medidas pré-exposição visam evitar que o profissional entre em contato direto com os veículos passíveis de transmissão dos patógenos, por meio do uso de EPI, da adoção de práticas seguras e da utilização de materiais com dispositivos de segurança.

Em um estudo realizado em Uganda, os autores apoiam a evidência já apontada por outros estudos, de que a utilização de EPI reduz a exposição a material biológico e consequentemente a soroconversão aos patógenos veiculados pelo sangue. Na verdade, utilizar os EPI já é algo amplamente reconhecido como medida de segurança e controle de infecção no setor de saúde, portanto, seu uso deve ser estimulado entre os PAS (NDEJJO et al., 2015).

Também faz parte deste conjunto, a imunização contra a hepatite B. Sabe-se que a vacina tem eficácia de 90% em adultos jovens sadios e 95% em lactentes, crianças e adolescentes e é considerada como uma das medidas preventivas mais importantes para a prevenção do VHB. No Brasil, a vacina contra hepatite B é indicada a uma vasta lista de profissionais que executam atividades de risco para aquisição de hepatite B, dentre eles os PAS e os estudantes da área da saúde (BRASIL, 2005a).

Canalli, Moriya e Hayashida (2011), realizaram uma pesquisa com estudantes de três cursos de graduação em enfermagem e afirmaram que para haver prevenção de acidentes com MB, é necessário, além de conhecer e adotar as medidas das normas de biossegurança e precaução-padrão (PP), que os futuros profissionais reconheçam e identifiquem os fatores que favorecem a ocorrência de tais acidentes.

Dentre as medidas de PP está incluído o cuidado no manuseio de materiais perfurocortantes, descarte em local adequado, observando, inclusive, se a caixa é especifica para descarte e encontra-se em local de fácil acesso e dentro da capacidade para o uso. Recomendam também que as agulhas não sejam reencapadas, o uso de luvas, de óculos de proteção para os casos que exista o risco de contato com sangue ou outros fluidos corporais em mucosas e/ou pele não íntegra e a higienização das mãos (SIEGEL et al., 2007).

A conduta pós-exposição ocupacional a MB inclui dois aspectos. Primeiro, o profissional acidentado deve receber atendimento clínico especializado (ACE) para que seja avaliada a gravidade do acidente e iniciadas medidas profiláticas específicas para minimizar os riscos de soroconversão ao VIH e ao VHB. Depois, o profissional deve procurar o serviço responsável pela notificação do acidente por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para garantir os aspectos da legislação trabalhista (BRASIL, 2010a). Ao profissional que atende um caso de acidente ocupacional com material biológico cabe o preenchimento da ficha de notificação, no SINAN (BRASIL, 2004a).

Os acidentes ocupacionais com exposição a MB devem ser tratados como emergência médica, sendo necessário que o PAS procure por Atendimento Clínico Especializado, onde serão realizados os procedimentos que visam à profilaxia da transmissão do HIV e do vírus da hepatite B, preferencialmente em até 2 horas após exposição, não devendo ultrapassar o prazo máximo de 72 horas. Estas medidas favorecem a eficácia do tratamento, podendo reduzir a quantidade circulante do vírus (BRASIL, 2006a, 2015; CDC, 2013). Além disso, devem notificar o acidente de trabalho por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (BRASIL, 2005b).

No momento do acidente, após exposição ocupacional a MB é recomendado à lavagem com água e sabão do local, e se a área exposta for mucosa, recomenda-se a lavagem exaustiva do local com água ou solução fisiológica estéril (BRASIL, 2006a).

Em 2005, o MTE publicou a NR 32, a qual prevê o acompanhamento dos trabalhadores expostos e enfatiza que os acidentes com MB devem ser considerados emergências médicas, uma vez que as medidas profiláticas, se iniciadas em tempo hábil, têm eficácia comprovada (BRASIL, 2005b). Estabelece também diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos PAS, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

A NR 32 define, ainda, que, em toda ocorrência de acidente, envolvendo riscos biológicos, deve ser emitida a CAT. Os trabalhadores devem comunicar, imediatamente, todo acidente com exposição a agentes biológicos, ao responsável pelo local de trabalho e, quando houver, ao SESMT (BRASIL, 2005b, 2008).

Assim nos casos de profissionais que se acidentam com MB, é necessário que o indivíduo notifique legalmente o acidente e receba atendimento em serviço especializado, para que seja feita a determinação do risco de infecção e a definição da conduta profilática a ser seguida. Para isso, é feita a avaliação da gravidade do acidente, baseada no mecanismo causador e tipo e quantidade de fluido corporal envolvido, e realizam-se os exames sorológicos para HIV, VHC e VHB do paciente-fonte e do profissional exposto, pois, para cada tipo de vírus existe uma conduta diferenciada (BRASIL, 2010a).

O protocolo de profilaxia para infecção do HIV recomenda o uso de antirretrovirais, administrados em combinação de quatro medicamentos (tenofovir + lamivudina + atazanavir + ritonavir) por um período de 28 dias, e deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras duas horas após o acidente, e no máximo em até 72 horas (BRASIL, 2015). A eficácia desta medida já foi amplamente demonstrada, porém está diretamente relacionada com a rapidez com que é instituída (CARDO et al., 1997; CDC, 2005; OMRANI; FREEDMAN, 2005).

As recomendações pós-exposição direcionadas à prevenção da hepatite B dependem não só do status sorológico do paciente-fonte, mas também da imunidade adquirida do profissional acidentado. Isso significa que aqueles que possuem esquema de vacinação completo e níveis adequados de anti-HBsAg não necessitam de nenhum tipo de tratamento. Contudo, aqueles com esquemas não iniciados ou incompletos, ou ainda, que não apresentaram resposta imunológica vacinal adequada devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B e as doses remanescentes da vacina (BRASIL, 2010a).

Embora pesquisadores estejam trabalhando para determinar a eficiência de tratamentos para prevenir a transmissão ocupacional do VHC (COREY et al., 2009), até o momento, não existe nenhum tipo de profilaxia pós-exposição recomendada. O acompanhamento do trabalhador exposto consiste no aconselhamento e na realização de exames sorológicos periódicos. Isto permite, em caso de soroconversão para hepatite C, que a infecção seja detectada precocemente e que o indivíduo receba informações sobre a possibilidade de tratamento e seja encaminhado a um serviço de referência (BRASIL, 2010a; HENDERSON, 2003).

Nos casos em que o paciente-fonte apresenta sorologias não-reagentes, o profissional acidentado recebe alta do serviço especializado logo após a

confirmação dos resultados. Porém, quando o resultado de algum dos exames é reagente, torna-se necessário o seguimento pós-exposição, o que significa, não somente a profilaxia, mas também o retorno às consultas e realização de novos exames. Este seguimento é imprescindível tanto para avaliar a eficácia do tratamento e também para o monitoramento sorológico.

Também é realizado o aconselhamento ao acidentado, visando oferecer tanto suporte emocional devido ao estresse pós-acidente como orientações sobre as medidas para prevenir a transmissão secundária. Estas medidas consistem em realizar atividade sexual com proteção, evitar gravidez, doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos e sêmen e interromper o aleitamento materno quando a sorologia do paciente-fonte indicar infecção por HIV ou VHB (BRASIL, 2010a).

Apesar de o seguimento ser considerado uma importante medida para a proteção do profissional acidentado, estudos tem evidenciado que a adesão não tem sido completa (DAVANZO et al., 2008; LOUREIRO et al., 2009; PIMENTA et al, 2013; SAILER; MARZIALE, 2007).

O acompanhamento ao longo de seis meses é importante para a certificação de que não houve soroconversão e isso deve ser reforçado no momento da primeira consulta (BRASIL, 2006a; DAVANZO et al., 2008).

Em relação à subnotificação estudos têm apontado taxas variáveis dependendo do tipo de exposição, da classe profissional e das políticas de notificação das instituições de saúde (AZADI; ANOOSHEH; DELPISHEH, 2010; CANINI et al.; 2002; CASTRO et al., 2008; FULLERTON; GIBONS, 2011; HANAFI et al., 2011; LUIZE et al, 2015).

Sabe-se que as profilaxias pós-exposição são importantes e necessárias, porém podem não ser totalmente eficazes. Dessa maneira, a prevenção da exposição a materiais biológicos é a principal e mais eficaz medida para evitar a transmissão dos patógenos veiculados pelos fluidos corpóreos, como por exemplo, o vírus da hepatite B e C e do HIV. Cabe ainda salientar, que a adoção de práticas seguras e o uso de EPI reduzem significativamente o risco de acidentes ocupacionais, além do que, faz-se necessário promover uma maior conscientização dos PAS quanto à utilização de técnicas assépticas e respeito às normas de conduta e procedimentos que garantam tanto ao profissional como ao paciente uma assistência com minimização dos riscos de exposição à contaminação (BRASIL, 2004b; OLIVEIRA et al., 2015).

1.4 Serviço de Atenção Domiciliar

Segundo a Lei 10.424, implementada em 2002, acrescenta um capítulo a Lei 8.080 de 1990, onde regulamenta e estabelece o atendimento e internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta modalidade de assistência incluem-se os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio (SÃO PAULO, 2002).

Na perspectiva de regulamentar essa modalidade assistencial no Brasil, pouco consolidada no serviço publico, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Melhor em Casa, visando a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011 (BRASIL, 2013b; VILLAS BÔAS; SHIMIZU, 2015).

Em 2013, a Portaria nº. 963, foi implementada para reafirmar a AD como uma modalidade de atenção à saúde complementar às já existentes, promovendo a saúde a partir de um conjunto de ações, além da prevenção, tratamento de doenças e reabilitação realizadas no domicílio, garantindo a continuidade de cuidados sempre integrada às redes de atenção à saúde. A partir dessa integração, é possível realizar busca ativa de pacientes que necessitem de cuidados específicos além da desospitalização segura e efetiva (BRASIL, 2013a).

Segundo as diretrizes recomendadas pela Portaria nº. 963 de 27 de maio de 2013, a AD deve ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial, deve estar incorporada ao sistema de regulação médica, articulando-se com os outros serviços de saúde, deve estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas baseadas nas necessidades do paciente, a fim de reduzir a fragmentação o cuidado. Para tal, é necessário que seja adotado um modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e/ou interdisciplinares, havendo participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, bem como do paciente e da família (BRASIL, 2013a).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) têm o intuito de realizar promoção e prevenção da saúde do indivíduo e da família, bem como orientar os familiares e cuidadores, incentivar e auxiliar cada membro da família e do próprio individuo a

desenvolver a responsabilidade sobre o autocuidado, além de integrar a família e a rede de serviços da saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

A AD proporciona ao paciente um cuidado diferenciado, respeitando sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias, o que minimiza o risco de infecções e ainda, permite ao paciente relacionar-se diretamente com os profissionais, construindo vínculos mais fortes (BRASIL, 2012b).

Segundo definição descrita pela RDC nº. 11, de janeiro de 2006, o SAD pode ser uma instituição pública ou privada que é responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar. A AD envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, que são desenvolvidas no domicílio. Já a assistência domiciliar envolve um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, porém desenvolvidas em domicílio. E a Internação Domiciliar que é caracterizada pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada também no domicilio (BRASIL, 2006b).

A visita domiciliar é parte do processo de atenção domiciliar, sendo considerado um “instrumento” de realização desse modelo de atenção, que viabiliza o cuidado ao paciente que depende de cuidados específicos no domicílio (BRASIL, 2001).

A implantação da assistência domiciliar mostra-se viável por diversos fatores, dentre eles, a redução das internações, da superlotação dos leitos hospitalares e custos hospitalares com pacientes que podem receber assistência no domicílio, bem como propiciar maior participação da família no cuidado (SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011).

Para Chayamiti et al. (2007), a adoção da assistência nos domicílios favorece o aumento do número de vagas nos hospitais, a redução nos riscos de infecção hospitalar, favorece a humanização do atendimento e a redução de custos. Destaca-se ainda, que a implantação dos serviços dessa natureza podem promover maior integração e colaboração entre serviços hospitalares e extra-hospitalares e uma assistência contínua e integral.

Os cuidados no domicílio são de grande complexidade e diversidade, vistos como estressantes e exaustivos. Esses cuidados específicos demandam tempo, investimento financeiro, habilidade e capacitação de familiares e de profissionais. A equipe de saúde, principalmente da enfermagem, tem papel fundamental para ações

no domicílio, focalizando a prevenção, a cura e a reabilitação (CHAYAMITI et al., 2007).

O SAD é dividido em três modalidades no âmbito do SUS, segundo Portaria 963/2013. A modalidade AD1 é realizada pelos PAS da Atenção Básica (profissionais das UBS e ESF), para pacientes que apresentam problemas de saúde controlados, com alguma dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS, que necessite de cuidados de menor intensidade, com menor quantidade de visitas e menor necessidade de recursos de saúde. Na modalidade AD2 e AD3, as visitas são realizadas pelas equipes especificas do SAD e/ou das EMAD, uma vez que, os pacientes atendidos possuem problemas de saúde de maior gravidade, que necessitam de alta frequência de cuidado e acompanhamento contínuo dos PAS. Ambas as modalidades tratam de pacientes semelhantes, diferindo na AD3, o atendimento a pacientes de maior complexidade, que façam uso de equipamentos específicos (BRASIL, 2013a).

As EMAD são as principais responsáveis pelo cuidado do paciente no domicílio. A diferença entre as EMAD e as equipes de atenção básica fixas, como já explicitada anteriormente, está no tipo de atendimento prestado, especifico para o pacientes no domicílio, e na composição da equipe profissional que deve conter, ao menos um ou dois médicos, com carga horária semanal de 40 horas; um ou dois enfermeiros, com carga horária semanal também de 40 horas, três ou quatro técnicos de enfermagem, sendo três profissionais de 40h ou quatro profissionais de 30h e fisioterapeuta e/ou assistente social, com 30 horas semanais. Importante ratificar que nenhum profissional componente da EMAD poderá ter carga horária semanal inferior a 20 horas (BRASIL, 2013a).

E a cada três EMAD, sugere-se a criação de uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar, quando clinicamente indicadas. As EMAP contam com no mínimo três PAS de nível superior, com carga horária de no mínimo 30 horas, podendo ser fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e/ou dentista (BRASIL, 2013a).

Estudo de revisão integrativa da literatura evidenciou que os PAS que atuam na atenção básica, ao realizarem suas funções na AD, acabam se expondo a riscos biológicos em atividades como punção venosa e administração de medicamentos (MENDES; RODRIGUES; MORAIS, 2014). Em um estudo de revisão de literatura

referente aos riscos ocupacionais em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), ficou evidenciado que os profissionais estão cercados de múltiplos fatores de risco ocupacional, sendo o risco biológico abordado em 66,7% dos estudos e considerado como fator de periculosidade e insalubridade nesse ambiente de trabalho (FARIAS; ZEITOUNE, 2005).

Para Feijão, Martins e Marques (2011), não é incomum que profissionais atuantes em unidades de saúde sejam alvo frequente de acidentes ocupacionais e agravos à saúde, devido às condições insalubres.

Segundo pesquisa realizada por Bakke e Araujo (2010), os acidentes ocupacionais com MB estão mais propícios a acontecerem em locais onde há inadequações em relação à organização do trabalho.

Estudos evidenciam que na estratégia de saúde da família, a equipe de enfermagem, muitas vezes, encontra estrutura física inadequada, escassez de recursos humanos e de materiais, necessidade de deslocamentos para atenção domiciliar o que os expõe a diversos riscos ocupacionais (FERRAZ et al., 2015; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; TRINDADE; LAUTERT; BECK, 2009).

A realidade quanto aos acidentes ocupacionais na AD ainda é pouco conhecida. No domicílio, o PAS faz uso de material perfurocortante, realiza procedimentos e consequentemente se expõe a diversos tipos de MB. Dessa maneira, os riscos de transmissão de patógenos decorrentes dessa assistência ainda são pouco explorados (FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012).

Por se tratar de uma nova modalidade de assistência à saúde pouco se conhece sobre os riscos ocupacionais inerentes a essa prática profissional. Pesquisa realizada com equipe multiprofissional de saúde, no cuidado aos pacientes em AD, na cidade de Brasília, evidenciou que a equipe de enfermagem é a que mais executa procedimentos na residência, dispendendo de mais tempo com o usuário, quando comparada com os demais profissionais participantes da equipe e consequentemente tem maior risco de exposições a MB (VILLAS BÔAS; SHIMIZU, 2015).

Estudo realizado nos Estados Unidos apontou que o cenário da AD oferece fatores de risco adicionais para ocorrência de acidentes como iluminação inadequada, desorganização do ambiente, presença de pessoas drogadas ou alcoolizadas, presença de animais domésticos, acesso limitado a equipamentos de

proteção individual e falta de recipientes para o descarte de objetos perfurocortantes (GERSHON, 2009).

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as condutas de profissionais da área da saúde vítimas de acidentes ocupacionais com MB que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, de Ribeirão Preto.

2.2 Específicos

- Caracterizar os PAS vítimas de acidentes com material biológico que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar.
- Identificar as condutas relatadas pelos PAS vítimas de acidentes com material biológico que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar.
- Listar os motivos relatados pelos profissionais para não notificarem os acidentes por meio da CAT.
- Listar os motivos relatados pelos profissionais para não procurarem o atendimento clínico especializado.
- Identificar as condutas pós-exposição listadas pelos PAS e compará-las com as preconizadas pela instituição.

Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, realizado por meio de busca ativa de casos de acidentes com material biológico ocorridos com os PAS que atuam na atenção domiciliar num município do interior paulista.

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi conduzido com PAS que atuavam no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP). O qual foi criado 1996, frente à grande demanda resultante da reorganização do Sistema Único de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Desde a implementação do SAD no município, o serviço vem passando por mudanças. Em 2005 houve aumento no número de trabalhadores exclusivos para o SAD, e após a criação do Programa Melhor em Casa, do MS, em 2011, a implantação da primeira Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

Em conformidade com a Portaria MS nº 963 de 27 de maio de 2013, atualmente, no município, há três EMAD e uma Equipe Multiprofissional de Apoio em Atenção Domiciliar (EMAP), cinco viaturas disponíveis que atendem a demanda do SAD, sendo uma para cada Distrito de Saúde. É importante salientar que estas equipes realizam exclusivamente AD. Há ainda o apoio dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Saúde da Família (USF), que dividem sua carga horária total de trabalho entre o atendimento ao usuário nas unidades de saúde, e entre as visitas domiciliares (BRASIL, 2013a; RIBEIRÃO PRETO, 2007).

A coordenação do SAD é realizada por uma enfermeira, com carga horária de 40 horas/semanais, exclusiva para o SAD, a mesma fica alocada juntamente às equipes também exclusivas do SAD, EMAD e EMAP.

O ultimo levantamento sobre número de atendimentos à pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão dessa modalidade de assistência, publicado pelo SAD, foi em 2007, com cerca de 1.100 pacientes cadastrados (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Todos os trabalhadores formais e estatutários do município de Ribeirão Preto, vítimas de acidentes do trabalho com MB deverão ser encaminhados para atendimento médico nas UBS e/ou USF, coletar sangue do servidor e do paciente fonte, se possível, e encaminhar ao Centro de Referência DST/AIDS de Ribeirão Preto, de segunda a sexta feira em horário comercial. Aos finais de semana e fora do horário comercial, encaminhar-se a Unidade de Pronto Atendimento – UPA, (RIBEIRÃO PRETO, 2007). E ainda devem notificar o acidente por meio da CAT.

A comunicação deverá ser feita ao INSS por intermédio do formulário de CAT, preenchido em quatro vias pelos responsáveis do atendimento ao profissional acidentado. Deverá ser encaminhada até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência do acidente. A primeira via destina-se ao INSS, a segunda via ao segurado ou dependente, terceira via será encaminhada ao sindicato de classe do trabalhador e a quarta via à empresa (BRASIL, 2010b).

No fluxograma 2, a seguir, estão descritos os procedimentos preconizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, para PAS vítimas de acidentes com MB.

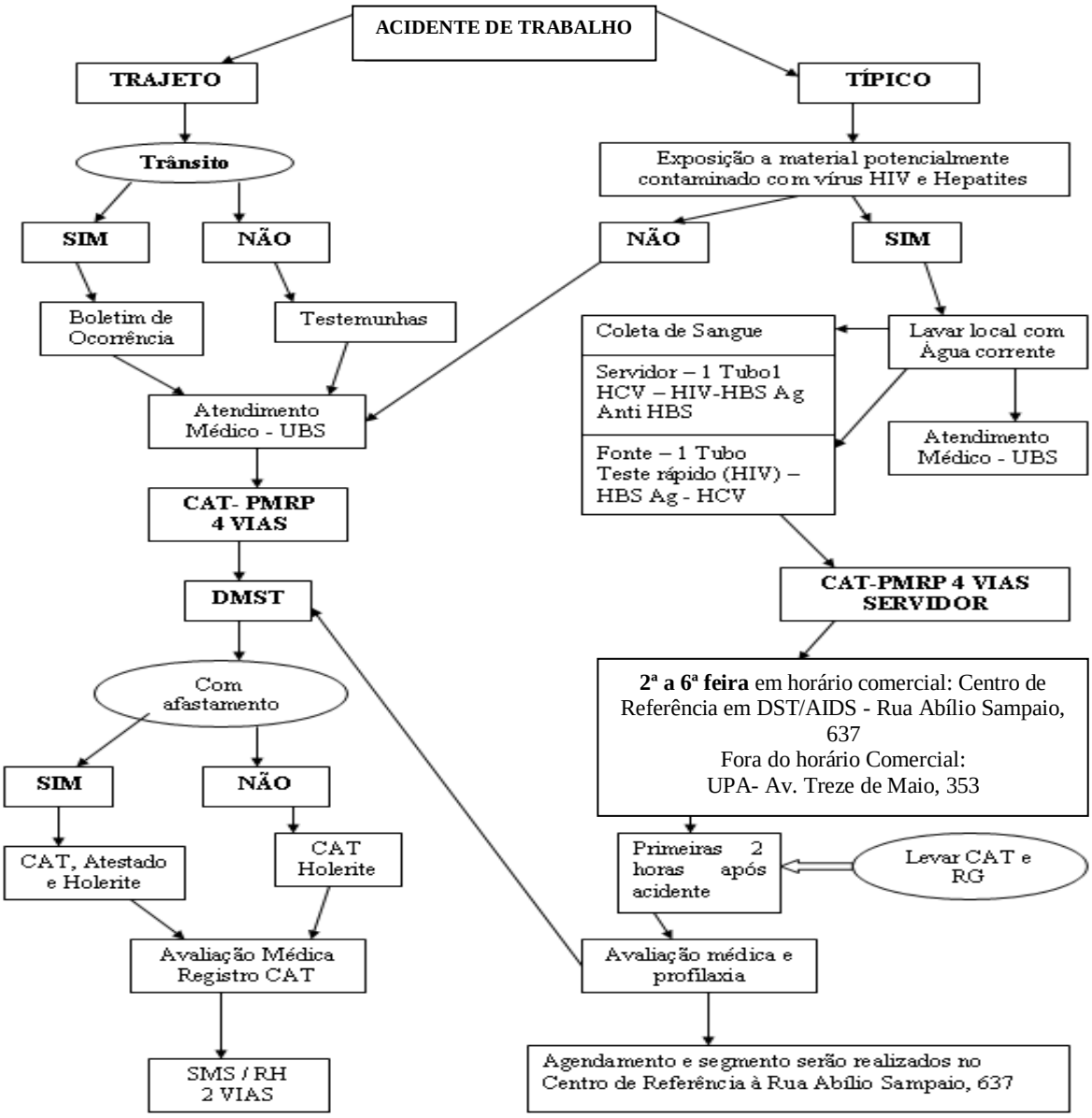

Figura 2 - Fluxograma das condutas preconizadas pela Secretaria Municipal de Ribeirão Preto para os profissionais vítimas de acidentes de trajeto e típico.

3.3 População de referência

Conforme relação de PAS obtida junto à coordenadora do programa do SAD, no período do estudo, havia 72 trabalhadores que atuavam tanto no SAD ou EMAD, ou UBS ou ESF, realizando AD.

No período de coleta de dados, 3 profissionais encontravam-se em licença-saúde e/ou afastamento por período prolongado e licença prêmio, 11 recusaram

participar. Assim, a população do estudo foi constituída por 58 sujeitos que estavam em exercício ativo no período da coleta de dados e que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram considerados exclusivamente os acidentes ocorridos no período em que PAS estavam exercendo AD. Optou-se por considerar todos os acidentes ocorridos durante o exercício profissional no SAD.

3.4 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um roteiro estruturado (Apêndice A). Este roteiro foi submetido à apreciação de sete especialistas na temática (pré-teste), aos quais foi solicitado avaliar a clareza das questões e a pertinência das mesmas, ou seja, a validação da forma e conteúdo, e foi considerado adequado para o alcance dos objetivos propostos.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 07/05/2014 a 16/06/2015. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, após o término da jornada, foram aplicados pela própria pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa devidamente capacitada para realizá-las.

Após anuência da coordenadora central do SAD e dos enfermeiros responsáveis de cada unidade de saúde, os profissionais foram abordados próximo ao final da jornada em seu ambiente de trabalho. As entrevistas foram realizadas individualmente, em sala privativa, em ambiente calmo e propício. Alguns profissionais, com disponibilidade, responderam ao questionário no ato em que foram abordados, para outros, foi agendado, de acordo com a disponibilidade do funcionário e do serviço.

A coleta de dados ocorreu nos períodos da manhã e da tarde, de segunda a sexta feira. A duração da entrevista variou de 7 a 15 minutos.

Quanto aos acidentes e as condutas dos profissionais somente foram considerados os acidentes que aconteceram em domicílio, durante AD. Os acidentes que aconteceram fora do domicilio e antes de atuarem na AD não foram considerados neste estudo.

3.6 Análise dos dados

Após a coleta de dados foi realizada a dupla digitação dos dados em planilha do Excel, para análise de consistência interna.

Após as correções dos erros de digitação, o banco definitivo foi transportado para o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 17.0 pra Windows, a partir do qual foram realizadas operações de gerenciamento definitivo, como a criação de variáveis novas, a categorização definitiva das variáveis em intervalos, o agrupamento de variáveis e demais operações incluídas no estudo.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva.

3.7 Aspectos éticos

Para a realização desta pesquisa, seguiu-se a Resolução do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466 de 2012, sobre diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas em seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

O presente estudo denominado "**Condutas de profissionais de enfermagem vítimas de acidentes com MB de um Serviço de Atenção Domiciliar do interior paulista**" teve anuência da SMS-RP (Anexo A) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EERP/USP, protocolo CAAE nº19461013.2.0000.5393 (Anexo B).

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram informados sobre os objetivos, etapas do estudo. Foi entregue duas vias do TCLE (APÊNDICE B),

sendo uma via assinada e entregue a pesquisadora e a outra entregue ao profissional.

Não foi oferecido nenhum tipo de recompensa ou remuneração aos profissionais participantes da pesquisa. O anonimato e sigilo das informações serão assegurados aos participantes, bem como o direito de abandonarem a participação sem sofrerem nenhum prejuízo.

Os resultados da pesquisa serão informados à SMS-RP de Ribeirão Preto e enviadas à coordenação do SAD.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos profissionais de saúde segundo a ocorrência de acidentes com material biológico

Na Tabela 1 estão os dados referentes à caracterização da população do presente estudo segundo a ocorrência ou não de acidentes com material biológico.

A população do presente estudo foi constituída por 58 sujeitos, destes, 19 profissionais (32,7%) relataram ter sofrido exposição ocupacional a material biológico, no decorrer de sua experiência profissional exercida nos domicílios. Dentre os acidentados, as profissionais do sexo feminino (34%) relataram ter sofrido mais acidentes que os homens (27,3%).

A categoria profissional que mais se acidentou com MB foi a de médicos (100%) e de dentistas (100%), seguida por enfermeiros (37,5%), Com relação ao nível de escolaridade, 43,7% dos que concluíram o ensino superior relataram ter sofrido acidente com MB.

Ressalta-se que dos 10 profissionais que relataram não ter recebido nenhum tipo de treinamento sobre prevenção e condutas frente a acidentes com MB na instituição, 05 (50%) relataram ter sofrido acidente com MB durante a atuação no SAD.

Os acidentes foram mais frequentes nos profissionais que tinham entre 11 e 20 anos de experiência profissional (40,0%) e entre 06 e 10 anos de experiência no SAD (40,0%). Os acidentes foram mais frequentes com PAS que trabalhavam jornadas maiores que 31 horas (34,7%).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, segundo ocorrência de acidente com material biológico e variáveis do estudo. Ribeirão Preto, 2014-2015

	Acidente com material biológico					
	Sim (n=19)		Não (n=39)		Total (n=58)	
Variáveis	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Sexo						
Feminino	16	34,0	31	66,0	47	100,0
Masculino	03	27,3	08	72,7	11	100,0
Função						
Enfermeiro	09	37,5	15	62,5	24	100,0
Técnico de enfermagem	01	25,0	03	75,0	04	100,0
Auxiliar de enfermagem	06	22,0	21	77,8	27	100,0
Dentista	01	100,0	00	0,0	01	100,0
Médico	02	100,0	00	0,0	02	100,0
Treinamento						
Sim	14	29,2	34	70,8	48	100,0
Não	05	50,0	05	50,0	10	100,0
Número de treinamentos						
Nenhum	05	50,0	05	50,0	10	100,0
01	03	15,0	17	85,0	20	100,0
02 a 05	05	45,5	06	54,5	11	100,0
>05	06	35,3	11	64,7	17	100,0
Tempo do último treinamento (anos)						
Nenhum	05	50,0	05	50,0	10	100,0
01 |—| 05	06	20,7	23	79,3	29	100,0
06 |—| 10	07	41,2	10	58,8	17	100,0
>10	01	50,0	01	50,0	02	100,0
Imunização contra hepatite B						
Sim	18	34,0	35	66,0	53	100,0
Não	01	20,0	04	80,0	05	100,0
Idade (anos)						
20 |—| 29	00	0,0	01	100,0	01	100,0
30 |—| 39	05	35,7	09	64,3	14	100,0
40 |—| 49	04	36,4	07	63,6	11	100,0
≥50	10	31,3	22	68,7	32	100,0
Experiência profissional (anos)						
06 |—| 10	03	30,0	07	70,0	10	100,0
11 |—| 20	04	40,0	06	60,0	10	100,0
>20	12	31,6	26	68,4	38	100,0
Experiência no SAD (anos)						
≤5	08	29,6	19	70,4	27	100,0
06 |—|10	04	40,0	06	60,0	10	100,0
11 |—| 18	07	33,3	14	66,7	21	100,0
Jornada de Trabalho no SAD (horas)						
≤30	02	22,2	07	77,8	09	100,0
>31	17	34,7	32	65,3	49	100,0
Jornada de trabalho total (horas)						
20 |—| 30	00	0,0	04	100,0	04	100,0
31 |—| 40	15	33,3	30	66,7	45	100,0
41 |—| 50	01	50,0	01	50,0	02	100,0
≥51	03	42,9	04	57,1	07	100,0
Escolaridade						
Ensino Superior	14	43,7	18	56,3	32	100,0
Ensino Médio	05	20,0	20	80,0	25	100,0
Ensino Fundamental	00	0,0	01	100,0	01	100,0

4.2 Características dos acidentes, notificação, atendimento clínico especializado e conduta dos profissionais de saúde vítimas de acidente com material biológico

Na Tabela 2, foram considerados os tipos de condutas realizadas pelos PAS frente ao acidente ocupacional com MB (n=19).

Em relação ao tipo de conduta realizada pelos PAS, após a ocorrência de acidente com MB observou-se que 31,3% dos PAS do sexo feminino realizaram a conduta completa e 50,0% não realizou nenhuma conduta. Os profissionais do sexo masculino, 33,3% realizaram a conduta completa e 66,7% não realizou nenhuma conduta.

Os médicos (100,0%) e dentistas (100,0%) não realizaram nenhuma conduta após o acidente, seguidos por enfermeiros (33,7%).

Os profissionais que relataram não ter recebido nenhum tipo de treinamento sobre prevenção e condutas frente a acidentes com MB foram os que mais deixaram de tomar conduta frente ao acidente (80,0%).

A tabela 3 mostra a distribuição dos profissionais segundo o tipo de conduta adotada e características das exposições.

Em relação ao tipo de exposição, 05 (41,7%) profissionais que sofreram exposições percutâneas e 03 (50,0%) que tiveram o sangue como fluido envolvido, realizaram conduta completa, notificaram o acidente e procuraram o ACE. Os profissionais que tiveram entre duas e cinco exposições foram os que mais realizaram as condutas recomendadas (45,5%). Quanto ao tempo da última exposição, os PAS que relataram ter sofrido exposição há mais de dez anos (38,5%) adotaram as condutas preconizadas mais frequentemente que os que sofreram acidentes há menos de um ano.

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo o tipo de conduta adotada. Ribeirão Preto, 2014-2015

	Tipo de conduta									
	CAT/ACE (n=06)		CAT (n=02)		ACE (n=01)		Nenhuma (n=10)		Total (n=19)	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Sexo										
Feminino	05	31,3	02	12,5	01	6,3	08	50,0	16	100,0
Masculino	01	33,3	00	0,0	00	0,0	02	66,7	03	100,0
Função										
Enfermeiro	03	33,3	01	11,1	00	0,0	05	55,6	09	100,0
Técnico de enfermagem	00	0,0	01	100,0	00	0,0	00	0,0	01	100,0
Auxiliar de enfermagem	03	50,0	00	0,0	01	16,7	02	33,3	06	100,0
Dentista	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	100,0	01	100,0
Médico	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	100,0	02	100,0
Treinamento										
Sim	05	35,7	02	14,3	01	7,1	06	42,9	14	100,0
Não	01	20,0	00	0,0	00	0,0	04	80,0	05	100,0
Número de treinamentos										
Nenhum	01	20,0	00	0,0	00	0,0	04	80,0	05	100,0
01	01	33,3	01	33,3	01	33,3	00	0,0	03	100,0
02 a 05	02	40,0	01	20,0	00	0,0	02	40,0	05	100,0
>05	02	33,3	00	0,0	00	0,0	04	66,7	06	100,0
Tempo do último treinamento (anos)										
Nenhum	01	20,0	00	0,0	00	0,0	04	80,0	05	100,0
01 a 05	04	66,7	01	16,7	00	0,0	01	16,7	06	100,0
06 a 10	01	14,3	01	14,3	01	14,3	04	57,1	07	100,0
>10	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	100,0	01	100,0

Legenda: CAT – Comunicado Acidente de Trabalho; ACE – Atendimento Clínico Especializado

Entretanto, os tipos de exposições menos notificadas pelos PAS foram as cutâneas (100%), seguida das exposições cutâneo-mucosas (75%) que envolviam outro fluido corporal sem sangue visível (61,5%). Os PAS que sofreram mais de seis exposições (100%) foram os que mais deixaram de realizar as condutas recomendadas, variando do tempo de exposição de um a cinco anos (100%) e menor que um ano (75%).

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo o tipo de conduta adotada e características das exposições. Ribeirão Preto, 2014-2015

	Tipo de conduta									
	CAT/ACE (n=06)		CAT (n=02)		ACE (n=1)		Nenhuma (n=10)		Total (n=19)	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de exposição										
Percutânea	05	41,7	02	16,7	01	8,3	04	33,3	12	100,0
Cutâneo-mucosa	01	25,0	00	0,0	00	0,0	03	75,0	04	100,0
Cutânea	00	0,0	00	0,0	00	0,0	03	100,0	03	100,0
Fluido envolvido na exposição										
Sangue	03	50,0	01	16,7	00	0,0	02	33,3	06	100,0
Outro fluido corporal sem sangue	03	23,1	01	7,7	01	7,7	08	61,5	13	100,0
Número de exposições										
01	01	16,7	02	33,3	00	0,0	03	50,0	06	100,0
02 |—| 05	05	45,5	00	0,0	01	9,1	05	45,5	11	100,0
≥ 06	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	100,0	02	100,0
Tempo da última exposição (anos)										
<01	01	25,0	00	0,0	00	0,0	03	75,0	04	100,0
01 |—| 05	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	100,0	01	100,0
06 |—| 09	00	0,0	00	0,0	01	100,0	00	0,0	01	100,0
10	05	38,5	02	15,4	00	0,0	06	46,2	13	100,0

Legenda: CAT – Comunicado Acidente de Trabalho; ACE – Atendimento Clínico Especializado

Dos 19 PAS que referiram ter sofrido acidentes com MB, 11 não preencheram a CAT em pelo menos em uma de suas exposições, sendo o gênero masculino (66,7%) o que menos comunicou o acidente via CAT. Mais uma vez os PAS com ensino superior são os que menos realizam a comunicação do acidente, destacando a classe médica (100%), dentistas (100%) e enfermeiros (55,6%).

Tanto por parte dos PAS que afirmaram ter participado de treinamento (50%), quanto por aqueles que relataram não ter participado (80%), houve subnotificação dos acidentes. A distribuição dos sujeitos em relação ao número de treinamentos foi homogênea, porém destaca-se que os profissionais que receberam o treinamento em um período entre um e cinco anos notificaram seus acidentes mais que os que receberam treinamento há mais de seis anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo variáveis do estudo e notificação do acidente por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Ribeirão Preto, 2014-2015

Variáveis	Notificação CAT					
	Sim (n=08)		Não (n=11)		Total (n=19)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sexo						
Feminino	07	43,7	09	56,3	16	100,0
Masculino	01	33,3	02	66,7	03	100,0
Função						
Enfermeiro	04	44,4	05	55,6	09	100,0
Técnico de enfermagem	01	100,0	00	0,0	01	100,0
Auxiliar de enfermagem	03	50,0	03	50,0	06	100,0
Dentista	00	0,0	01	100,0	01	100,0
Médico	00	0,0	02	100,0	02	100,0
Treinamento						
Sim	07	50,0	07	50,0	14	100,0
Não	01	20,0	04	80,0	05	100,0
Número de treinamentos						
Nenhum	01	20,0	04	80,0	05	100,0
01	02	66,7	01	33,3	03	100,0
02 a 05	03	60,0	02	40,0	05	100,0
>05	02	33,3	04	66,7	06	100,0
Tempo do último treinamento						
Nenhum	01	20,0	04	80,0	05	100,0
01 a 05	05	83,3	01	16,7	06	100,0
06 a 10	02	28,6	05	71,4	07	100,0
≥ 10	00	0,0	01	100,0	01	100,0

Observou-se que os PAS que relataram ter sofrido exposição percutânea foram os que mais notificaram os acidentes por meio da CAT (58,3%) e nos casos de acidentes que envolveram fluido corporal sem sangue visível (69,2%) deixaram de notificá-los.

Ressalta-se que 100,0% dos PAS que relataram ter sofrido mais de seis exposições a MB, deixaram de notificar os acidentes.

Entre os procedimentos que estavam sendo realizados no momento do acidente com MB, 100% dos PAS que não realizaram a CAT estavam realizando punção venosa, curativo, aspiração de vias aéreas e contenção do paciente (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo notificação do acidente por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e características das exposições. Ribeirão Preto, 2014-2015

	Notificação CAT					
	Sim (n=08)		Não (n=11)		Total (n=19)	
Variáveis	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Tipo de exposição						
Percutânea	07	58,3	05	41,7	12	100,0
Cutâneo-mucosa	01	25,0	03	75,0	04	100,0
Cutânea	00	0,0	03	100,0	03	100,0
Fluido envolvido na exposição						
Sangue	04	66,7	02	33,3	06	100,0
Outro fluido corporal sem sangue	04	30,8	09	69,2	13	100,0
Número de exposições						
01	03	50,0	03	50,0	06	100,0
02 |—| 05	05	45,5	06	54,5	11	100,0
≥06	00	0,0	02	100,0	02	100,0
Tempo da última exposição (anos)						
<01	01	25,0	03	75,0	04	100,0
01 |—| 05	00	0,0	01	100,0	01	100,0
06 |—| 10	00	0,0	01	100,0	01	100,0
>10	07	53,8	06	46,2	13	100,0
Procedimento						
Coleta de sangue	01	100,0	00	0,0	01	100,0
Ventilação no atendimento a PCR	01	100,0	00	0,0	01	100,0
Medicação por via parenteral	05	83,3	01	16,7	06	100,0
Exame no paciente	01	25,0	03	75,0	04	100,0
Punção venosa	00	0,0	02	100,0	02	100,0
Curativo	00	0,0	03	100,0	03	100,0
Aspiração de Vias Aéreas	00	0,0	01	100,0	01	100,0
Contenção do Paciente	00	0,0	01	100,0	01	100,0

Legenda: PCR - Parada cardiorrespiratória

O atendimento clínico especializado é oferecido tanto na unidade DST/AIDS como na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Ribeirão Preto. Ambas realizam sorologias para HIV, VHC e VHB do profissional acidentado e do paciente-fonte, para avaliar o risco do acidente e a necessidade de iniciar quimioprofilaxia.

Ao todo, 12 (63,1%) dos PAS, deixaram de procurar esse tipo de atendimento em alguma de suas exposições a MB. Ressalta-se que 62,5% dos PAS do sexo feminino e 66,7% do sexo masculino deixaram de procurar pelo ACE, assim como 100% dos médicos e dentistas. Observou-se que dentre aqueles que referiram não ter recebido treinamento, 80% deixou de procurar pelo ACE (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo variáveis do estudo e Atendimento Clínico Especializado. Ribeirão Preto, 2014-2015

	Atendimento Clínico Especializado					
	Sim (n=07)		Não (n=12)		Total (n=19)	
Variáveis	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Sexo						
Feminino	06	37,5	10	62,5	16	100,0
Masculino	01	33,3	02	66,7	03	100,0
Função						
Enfermeiro	03	33,3	06	66,7	09	100,0
Técnico de enfermagem	00	0,0	01	100,0	01	100,0
Auxiliar de enfermagem	04	66,7	02	33,3	06	100,0
Dentista	00	0,0	01	100,0	01	100,0
Médico	00	0,0	02	100,0	02	100,0
Treinamento						
Sim	06	42,8	08	57,2	14	100,0
Não	01	20,0	04	80,0	05	100,0
Número de treinamentos						
Nenhum	01	20,0	04	80,0	05	100,0
01	02	66,7	01	33,3	03	100,0
02 a 05	02	40,0	03	60,0	05	100,0
>05	02	33,3	04	66,7	06	100,0
Tempo do último treinamento						
Nenhum	01	20,0	04	80,0	05	100,0
01 a 05	04	66,7	02	33,3	06	100,0
06 a 10	02	28,6	05	71,4	07	100,0
>10	00	0,0	01	100,0	01	100,0

Em relação às características dos acidentes, evidenciou-se que 6 (50,0%) PAS que sofreram acidentes percutâneos e 3 (50,0%) que sofreram acidentes envolvendo sangue procuraram por atendimento especializado. Essas exposições ao MB ocorreram entre duas e cinco vezes (54,4%), e o tempo da ultima exposição entre seis e dez anos (100,0%) e acima de dez anos (38,5%).

É importante ressaltar que os PAS acabaram não procurando ACE quando sofreram exposição cutânea (100,0%) e outro fluido corporal sem sangue visível (69,2%). A procura pelo ACE foi menor por parte dos PAS que sofreram acidentes até cinco anos.

Em relação aos procedimentos, os PAS que referiram estar realizando ventilação mecânica em paciente com parada cardiorrespiratória (100,0%) e administrando medicamentos por via parenteral (83,3%) foram os que mais procuraram por ACE (83,3%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo Atendimento Clínico Especializado e características das exposições. Ribeirão Preto, 2014-2015

	Atendimento clínico especializado					
	Sim (n=07)		Não (n=12)		Total (n=19)	
Variáveis	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Tipo de exposição						
Percutânea	06	50,0	06	50,0	12	100,0
Cutâneo-mucosa	01	25,0	03	75,0	04	100,0
Cutânea	00	00,0	03	100,0	03	100,0
Fluido envolvido na exposição						
Sangue	03	50,0	03	50,0	06	100,0
Outro fluido corporal sem sangue	04	30,8	09	69,2	13	100,0
Número de exposições						
01	01	16,7	05	83,3	06	100,0
02 |—| 05	06	54,5	05	45,5	11	100,0
≥06	00	00,0	02	100,0	02	100,0
Tempo da última exposição (anos)						
<01	01	25,0	03	75,0	04	100,0
01 |—| 05	00	0,0	01	100,0	01	100,0
06 |—| 10	01	100,0	00	00,0	01	100,0
>10	05	38,5	08	61,5	13	100,0
Procedimento						
Ventilação no atendimento a PCR	01	100,0	00	00,0	01	100,0
Medicação por via parenteral	05	83,3	01	16,7	06	100,0
Exame físico do paciente	01	25,0	03	75,0	04	100,0
Coleta de sangue	00	00,0	01	100,0	01	100,0
Punção venosa	00	00,0	02	100,0	02	100,0
Curativo	00	00,0	03	100,0	03	100,0
Aspiração de Vias aéreas	00	00,0	01	100,0	01	100,0
Contenção no paciente	00	00,0	01	100,0	01	100,0

Legenda: PCR - Parada cardiorrespiratória

Na tabela 8 têm se os dados referentes ao tipo de conduta frente ao acidente com MB e a causa atribuída à ocorrência do acidente pelo PAS. A maioria dos PAS que sofreu acidente com MB relatou que não usava EPI no momento do acidente e 55,6% não realizaram nenhuma conduta. Dos que relataram movimento brusco do paciente, 100,0% não realizou nenhuma conduta, assim como o PAS que relatou ter sido mordido pelo paciente.

Ao final da entrevista foi questionado aos PAS se conheciam o protocolo de acidentes e solicitado que descrevessem as etapas do protocolo de condutas preconizado pela instituição onde o estudo foi realizado.

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo a circunstância do acidente e o tipo de conduta adotada. Ribeirão Preto, 2014-2015

	Tipo de conduta									
	CAT/ACE (n=06)		**CAT (n=02)**		**ACE (n=1)**		**Nenhuma (n=10)**		**Total (n=19)**	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Circunstância do acidente										
Não usava EPI	03	33,3	01	11,1	00	0,0	05	55,6	09	100,0
Durante descarte de perfurocortante	02	50,0	00	0,0	00	0,0	02	50,0	04	100,0
Reencape de agulha	01	50,0	00	0,0	01	50,0	00	0,0	02	100,0
Movimento brusco do paciente	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	100,0	02	100,0
Desconexão de agulha vacutainer®	00	0,0	01	100,0	00	0,0	00	0,0	01	100,0
Mordida paciente	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	100,0	01	100,0

Legenda: CAT – Comunicado Acidente de Trabalho; ACE – Atendimento Clínico Especializado

Dos 19 sujeitos que sofreram acidente com material biológico, 18 (94,7%) referiram conhecer todas as etapas recomendadas pelo protocolo de acidente com MB e apesar disso, 09 (50,0%) relataram que não realizaram nenhuma conduta após o acidente.

Ao descreverem as etapas do protocolo, apenas 09 PAS descreveram todas as etapas e destes 04 (44,4%) não realizaram nenhuma conduta após o acidente com MB (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico (n=19), segundo o tipo de conduta adotada, conhecimento e a descrição das etapas da conduta preconizada pelo Serviço. Ribeirão Preto, 2014-2015

	Tipo de conduta									
	CAT/ACE (n=06)		**CAT (n=02)**		**ACE (n=1)**		**Nenhuma (n=10)**		**Total (n=19)**	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conhecimento da conduta										
Sim	06	33,3	02	11,1	01	5,6	09	50,0	18	100,0
Não	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	100,0	01	100,0
Descrição das etapas da conduta preconizada										
CAT*	00	0,0	00	0,0	00	0,0	03	100,0	03	100,0
ACE**	00	0,0	00	0,0	01	33,3	02	66,7	03	100,0
CAT + ACE	03	33,3	02	22,2	00	0,0	04	44,4	09	100,0
NENHUM	03	75,0	00	0,0	00	0,0	01	25,0	04	100,0

Legenda: CAT – Comunicado Acidente de Trabalho; ACE – Atendimento Clínico Especializado

Na tabela 10 estão descritos os motivos citados pelos PAS para não realizarem nenhuma conduta após os acidentes ocupacionais com exposição a MB. Houve relato de mais de um motivo por PAS.

Tabela 10 – Distribuição dos profissionais da área da saúde que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar, vítimas de acidente com material biológico, segundo o motivo relatado para não realizar a conduta preconizada pelo Serviço (n=10). Ribeirão Preto-SP, 2014-2015

Motivos	**nº**	**%**
Conhecer o paciente fonte	05	50,0
Considerou a lesão superficial	05	50,0
Considerou desnecessário	03	30,0
Respingo de secreção em pele íntegra	02	20,0
Burocracia	02	20,0
Não quis deslocar-se	01	10,0
Estava de plantão extra	01	10,0
Paciente fonte era criança (não tem doença infecciosa)	01	10,0
Não queria tomar os medicamentos	01	10,0
Preenchimento errado da CAT	01	10,0
Excesso de trabalho	01	10,0
Falta de tempo	01	10,0

Legenda: CAT – Comunicado Acidente de Trabalho

Os motivos mais frequentemente relatados pelos PAS foram “considerar a lesão superficial” (50%), “conhecer o paciente fonte” (50%), “Considerou desnecessário” (30%), “respingo de secreção em pele íntegra” (20%) e “muita burocracia” (20%) (Tabela 10).

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos profissionais de saúde segundo a ocorrência de acidentes com material biológico

O presente estudo investigou a conduta dos PAS, que atuam na AD e que foram vítimas de acidentes ocupacionais com MB e para a obtenção dos dados sobre a conduta dos PAS, optou-se por realizar entrevistas individuais uma vez que estas informações são armazenadas em bancos de dados do CEREST Regional, e ainda, não contemplam os dados referentes à conduta adotada, motivos da não notificação e/ou abandono do seguimento clínico especializado.

A taxa de participação foi de 80,5%, ou seja, dos 72 PAS que realizam SAD atuantes na Instituição, no período de coleta de dados, 11 recusaram a participar da pesquisa e 03 estavam de licença-saúde, ou afastamento por período prolongado, ou licença prêmio.

A população do presente estudo foi composta, predominantemente, por mulheres (81,1%), porém, desse total, 77,6% eram profissionais da área da enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem). A predominância do sexo feminino entre os profissionais de enfermagem é corroborada por achados de outros estudos (GIOMO et al., 2009; LOPES; LEAL, 2005). Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), 90% do contingente da equipe de enfermagem, no Brasil, é formado por mulheres (COFEn, 2011).

A maioria dos PAS que se acidentaram eram do sexo feminino (34,0%), dados semelhantes foram identificados em outras pesquisas (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; KON et al., 2011; SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008) que encontraram respectivamente 82,3%, 82% e 73,5% de acidentes ocupacionais com trabalhadoras do sexo feminino.

Foi maior a proporção de acidentes com PAS que tinham acima de 50 anos, seguido pelos PAS que tinham entre 30 a 39 anos. Estudos têm mostrado que os acidentes acometem os profissionais de todas as faixas etárias. Bonini et al. (2009) analisaram ocorrência de acidentes ocupacionais com profissionais que atuavam em unidades de terapia intensiva e encontraram que a taxa de acidentes foi maior entre

profissionais com idade entre 21 e 30 anos (60,0%), Galon, Robazzi e Marziale (2008) que analisaram os acidentes em um hospital de ensino do interior paulista encontraram que houve predominância de acidentes com PAS entre 30 e 39 anos de idade. Tukur et al. (2014) identificaram que os mais acometidos por esse tipo de acidente tinham média de idade de 40,9 anos. A idade tem variado a depender da instituição e local investigado.

O tempo de experiência profissional na enfermagem também tem variado em diferentes estudos. Kasatpibal et al. (2015) investigaram acidentes com material biológico ocorridos com enfermeiros que atuavam em sala cirúrgica em hospitais na Tailândia e encontrou que houve maior proporção de acidentes com profissionais que possuíam experiência profissional entre 01 e 05 anos (24,7%), dados semelhantes foram identificados por outros autores (LUIZE et al., 2015; BONINI et al., 2009). Estudos realizados em hospital escola do interior paulista encontraram que os acidentes foram mais frequentes com profissionais de enfermagem que tinham entre 11 e 20 anos de experiência profissional (CANINI et al., 2008; PIMENTA et al., 2013).

Chiodi, Marziale, Robazzi (2007) por meio de fichas de acidentes de trabalho na Divisão de Medicina e Segurança do Trabalho (DMST) de Ribeirão Preto referente às unidades de saúde pública e constataram que o coeficiente de risco pra acidente trabalho/ 1.000 trabalhadores/ ano foi maior na categoria de auxiliares e técnicos em enfermagem (70,35%), seguido pelos cirurgiões-dentistas (30,38%) e enfermeiros (14,85%).

Tipple et al. (2013) conduziram uma pesquisa com profissionais do atendimento pré hospitalar e encontraram que em relação à categoria profissional, a maioria dos acidentes ocorreu com enfermeiros (28,7%; 21/44) seguidos por médicos (26,1%; 19/26), técnicos em enfermagem (26,1%; 19/31), socorristas (15,0%; 11/34) e condutores (4,1%; 3/42). Oliveira e Paiva (2014) analisaram os acidentes que ocorreram com profissionais do serviço público de atendimento móvel de urgência de quatro municípios de Minas Gerais e encontraram que a categoria profissional que mais sofreu acidente com MB foi a de técnicos de enfermagem (4109%) seguidos por condutores de ambulância (28,3%) e médicos (20,9%).

Dados notificados no SINAN até junho de 2010 mostraram, em relação à categoria profissional, que 52% dos acidentes ocorreram com auxiliares e técnicos de enfermagem, seguidos por médicos (10,8%), enfermeiros (6,7%), estudantes

(6,3%) e auxiliares de limpeza (5,7%) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA, 2011).

Rajkumari et al. (2014) realizaram um estudo prospectivo com PAS que se acidentaram com MB em centros de trauma de diversos países em desenvolvimento e evidenciou que os médicos cirurgiões são os profissionais que mais se acidentaram (29,8%), seguido por enfermeiros (14,6%).

Autores têm apontado que no Brasil a maioria dos acidentes tem acometido auxiliares de enfermagem (BALSAMO; FELLI, 2006; PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007; RIBEIRO; SHIMIZU, 2007). Dias, Machado e Santos (2012) analisaram fichas de atendimento do Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos em profissionais da Saúde (SINABIO) de uma cidade do interior paulista e apontaram que os acidentes com MB acometeram os auxiliares de enfermagem (48,4%) seguidos por médicos (12,8%).

Spagnuolo, Baldo e Guerrini (2008) identificaram que 39,5% dos acidentes com material biológico acometeram os auxiliares de enfermagem e afirmaram que isso pode ser decorrente de os auxiliares de enfermagem somarem o maior contingente de trabalhadores na equipe de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem estão mais frequentemente expostos ao risco biológico, uma vez que prestam assistência direta ao paciente realizando grande parte dos procedimentos invasivos.

Dos 19 PAS acidentados, 14 referiram ter recebido treinamento específico sobre prevenção e conduta frente à ocorrência de acidentes com MB, porém a proporção de acidentes foi maior entre os que relataram não ter recebido treinamento.

Ganczak et al. (2007) conduziram uma pesquisa com médicos e enfermeiros que atuavam em serviços de emergência nos Emirados Árabes e identificaram a notificação de acidentes foi maior entre os que tinham participado de treinamentos. O programa de treinamento nas instituições é fundamental, e deve ser realizada regularmente, com o intuito de se criar uma consciência prevencionista, por parte dos PAS (BRASIL, 2006a).

Estudo analítico realizado num hospital escola do interior paulista cujo objetivo foi identificar preditores para acidentes percutâneos, mostrou que não houve associação entre ocorrência de acidentes e treinamento (CANINI et al., 2008). Porém, Sossai et al. (2010) encontraram que houve redução do número de

acidentes após a realização de uma campanha de sensibilização para prevenção de acidentes com material biológico.

Oliveira, Lopes e Paiva (2009) concluíram que o fato de o trabalhador possuir conhecimento sobre precauções-padrão, controle de infecção e riscos ocupacionais não foi suficiente para minimizar o risco de transmissão de agentes infecciosos e diminuir a ocorrência de acidentes ocupacionais.

Em relação à jornada de trabalho, observou-se que a proporção de acidentes aumentou à medida que aumentou a jornada de trabalho. Simão et al., (2010) afirmaram que o profissional de enfermagem que trabalha em mais de um emprego permanece maior tempo em ambiente insalubre, aumentando, consequentemente, a exposição aos riscos ocupacionais biológicos.

Marziale e Rodrigues (2002) apontaram que a dupla jornada de trabalho aliada a outros fatores como falta de capacitação profissional, indisponibilidade de equipamento de segurança, cansaço, distúrbios emocionais, excesso de autoconfiança, falta de organização do serviço, desequilíbrio emocional em situações de emergência e tecnologia crescente de alta complexidade, podem contribuir para a ocorrência de acidentes com a equipe de enfermagem. Wicker et al. (2014), realizaram um estudo em um hospital universitário da Alemanha, com PAS e estudantes de medicina, identificaram que os principais motivos que levam os PAS à acidentar-se com MB foram condições de trabalho estressantes, falta de equipamento de proteção individual e o cansaço devido às rotinas de trabalho.

Os profissionais de nível superior foram os que mais se acidentaram (14/43,7%), isso pode ocorrer devido a enfermeira sempre estar presente na vista domiciliar. O trabalho do enfermeiro na AD está focado no cuidado ao usuário, na orientação e encaminhamento a outros serviços quando necessário, com ajuda da equipe multiprofissional que realiza a AD. Não existe uma rotina no cuidado domiciliar, pois a dinâmica de cada domicílio influencia no tempo destinado a cada usuário ou família. Dessa forma, é extremamente importante que o enfermeiro use seus conhecimentos para saber como agir em cada situação, em cada domicílio. Segundo Lacerda e Oliniski (2003) o enfermeiro que atua na AD tem que estar se readaptando frequentemente dada a própria dinâmica do serviço e condições de trabalho.

5.2 Características dos acidentes, notificação, atendimento clínico especializado e conduta dos profissionais de saúde vítimas de acidente com material biológico

No presente estudo observou-se que após acidente ocupacional com MB, 31,6% dos PAS realizaram conduta completa, preconizada pela instituição e 52,6% não realizaram nenhuma conduta, 10,5% subnotificaram os acidentes e 5,3% não procuraram por atendimento médico.

Oliveira e Paiva (2014) verificaram que 38,8% dos PAS passaram por ACE e a CAT só foi preenchida por 29,8%.

Pesquisas realizadas em unidades hospitalares têm evidenciado que taxas de subnotificação de acidentes com MB variam segundo o tipo de instituições e população estudada. Garbacio et al., (2015) encontraram que a taxa de subnotificação de acidentes ocupacionais por profissionais de enfermagem foi de 34%. Alves et al., (2013), estudaram condutas adotadas por profissionais de enfermagem que atuavam no bloco cirúrgico de um hospital de ensino no interior paulista, encontraram que a taxa de subnotificação dos acidentes com MB foi de 55,3%. Pesquisa realizada num hospital da Suíça mostrou que apenas 73,1% dos PAS afirmaram ter notificado todos os seus acidentes percutâneos (VOIDE et al., 2012).

Pesquisa realizada com profissionais da enfermagem em um hospital escola do interior paulista evidenciou que 71,4% dos profissionais que se acidentaram na instituição procuraram ACE (PIMENTA et al., 2013).

Estudo realizado em quatro hospitais da região de Ribeirão Preto, com profissionais da enfermagem que sofreram acidentes, evidenciou que 65,2% dos profissionais procuraram por ACE após o acidente com MB (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004).

Gershon et al. (2007) investigaram a subnotificação de acidentes com material biológico por enfermeiros que atuavam em instituições de saúde não hospitalares, nos Estados Unidos, e encontraram que 70% dos profissionais não procuraram por ACE.

Marziale (2003) realizou uma pesquisa em dois hospitais da Região de Ribeirão Preto com profissionais de enfermagem, a qual evidenciou que a maioria

dos profissionais que não procuram por ACE, não o fez alegando que o atendimento é muito demorado, principalmente nos retornos.

Damasceno et al., (2006) realizaram um estudo com os PAS que atuavam em um serviço de urgência e emergência, na cidade de Goiânia, o qual evidenciou que os profissionais acidentados encontraram dificuldades para agir após os acidentes com MB, mostrando despreparo destes profissionais, além da falta de interesse, uma vez que a Instituição realiza treinamentos e atividades direcionadas à prevenção de tais eventos.

No presente estudo, os auxiliares de enfermagem foram os que mais realizaram a conduta correta, conforme protocolo adotado pela prefeitura municipal de Ribeirão Preto, para os casos de acidentes com MB, enquanto que, 100,0% dos médicos e dentistas não realizaram nenhuma conduta após os acidentes.

Estudo realizado por Facchin et al. (2013), em um hospital escola do interior paulista, com profissionais de enfermagem, evidenciou que a taxa de subnotificação de acidentes com MB foi de 23,7%. Dados semelhantes foram encontrados por Tabak, Shiaabana e Shasha (2006) que encontraram uma taxa subnotificação dos acidentes de 24,5 entre profissionais da enfermagem que trabalhavam em um hospital israelense.

Garbaccio et al. (2015) pesquisaram acidentes ocupacionais ocorridos com a equipe de enfermagem de dois hospitais de Minas Gerais e encontraram uma taxa de subnotificação de 39%. Oliveira, Diaz e Toledo (2010), que entrevistaram os PAS de uma unidade de emergência de um hospital público de Belo Horizonte, e encontraram uma taxa de subnotificação de 68,3%, havendo variação entre as diversas categorias de profissionais.

No presente estudo 52,6% de PAS entrevistados referiram que não realizaram nenhuma conduta após o acidente com MB. Dados semelhantes foram encontrados por Feijão, Martins e Marques (2011), que realizaram pesquisa com enfermeiras da atenção básica de saúde do município de Fortaleza, com o objetivo de investigar o conhecimento e as condutas adotadas pelos PAS que sofreram acidentes com MB, e encontraram que 42,8% não realizaram nenhuma conduta após acidente.

Vários autores apontam que o elevado índice de subnotificação ocorre, possivelmente, em decorrência da falta de informação referente à sua importância, por receio do acidentado em ser demitido ou de tornar-se alvo de críticas no âmbito

da instituição onde atua (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004; MUROFUSE; MARZIALE; GEMELLI, 2005; OLIVEIRA et al., 2015).

Giancotti et al. (2014) analisaram fichas de notificação de acidentes com MB em um hospital publico no Paraná, e ressaltam que os casos notificados foram àqueles considerados como de maior gravidade pelos PAS e apontam que uma possível limitação do estudo à subnotificação dos acidentes com MB.

Mesmo sendo obrigatória, a emissão da CAT, verifica-se que na prática há ainda muita subnotificação dos acidentes de trabalho, por parte dos PAS, que muitas vezes ignoram as pequenas lesões por desconhecimento da importância da emissão deste documento (BEZERRA et al., 2015). As taxas de subnotificação podem variar dependendo do tipo de exposição, da categoria profissional e das políticas de notificação das instituições de saúde (FACCHIN et al., 2013; LUIZE et al., 2014; VOIDE et al., 2012).

Em relação ao treinamento, no presente estudo houve subnotificação dos acidentes com MB tanto dos profissionais que referiram ter recebido treinamento quanto dos profissionais que referiram não receber. Porém os PAS que referiram ter recebido treinamento apresentaram proporção maior de conduta completa (35,7%).

Os acidentes percutâneos continuam acontecendo, apesar de estar havendo maior investimento dos hospitais em mudanças nos ambientes físicos, na adoção de materiais mais seguros e educação para os PAS, porém, muitas vezes, os treinamentos não são suficientes para aumentar o nível de conhecimento e muito menos em sensibilizar os PAS quanto à importância da notificação dos acidentes com exposição a MB (TABAK; SHIAABANA; SHASHA, 2006).

Moongtui, Gauthier e Turner (2000) realizaram um estudo para avaliar a eficácia de um programa de treinamento entre PAS tailandesas, evidenciando que o treinamento aumentou a taxa de adesão às precauções-padrão apenas durante o período de treinamentos, mostrando que o efeito foi apenas temporário.

Canini et al. (2008) afirmaram que o treinamento tradicional é responsável por transmitir informações, porém quase nunca influencia a mudança de comportamento dos PAS. Os autores ainda ressaltaram a importância de os PAS reconhecerem e perceberem as situações de risco as quais estão expostos e consequentemente se convencerem de adotar comportamentos mais seguros.

Na maioria dos casos, em que os PAS realizaram o procedimento após acidente de forma completa, ou seja, notificação e ACE relataram ter recebido de

dois a cinco treinamentos sobre prevenção e conduta após acidente com MB e entre um e cinco anos. Já os PAS que não notificaram o(s) acidente(s), relataram ter recebido mais de cinco treinamentos, os quais foram realizados entre seis e dez anos.

Muitos participantes referiram ter recebido treinamento apenas ao quando ingressaram na instituição. Assim os PAS que exercem sua função há muito tempo, não receberam novos treinamentos o que pode consequentemente ter contribuído para que não realizassem o procedimento correto após acidente com MB. Martins et al. (2015) realizaram um estudo com profissionais da área de odontologia que atuavam no sistema publico de saúde do município de Araraquara-SP, e afirmaram, que a prevenção de acidentes ocupacionais precisa ser enfatizada desde a formação acadêmica dos PAS, de maneira que haja um processo de educação continuada durante o exercício profissional, com atualizações permanentes destes profissionais.

Pesquisa realizada em um hospital filantrópico, no interior paulista, com profissionais de enfermagem, revelou que 80% dos profissionais que sofreram acidentes ocupacionais com MB relataram que haviam participado de treinamentos sobre prevenção desse tipo de acidentes (BONINI et al., 2009).

Canini et al (2008) encontraram que apesar de os profissionais relatarem ter participado de treinamentos específicos sobre a prevenção e condutas de acidentes com MB, muitos PAS admitiram reencapar agulhas ao serem entrevistados, evidenciando a necessidade de revisão das estratégias de treinamentos utilizadas pelas instituições de saúde.

Martins et al. (2015) afirmaram que somente o treinamento informativo não é suficiente para garantir a adoção de medidas seguras no ambiente de trabalho, sendo necessária a formação de grupos multiprofissionais que possam por meio de discussões, identificar as dificuldades encontradas por cada profissional e assim proporem medidas preventivas que possam aumentar a percepção dos PAS em relação ao beneficio de adotar as medidas completas frente aos acidentes com MB.

É notório que a educação tem forte influência sobre o comportamento dos PAS, dessa maneira, é essencial desenvolver, nesses profissionais, a consciência sobre o risco envolvido na prática clínica. Portanto, julga-se necessária, uma abordagem educativa associada aos riscos ocupacionais e aos procedimentos de trabalho para que os PAS desenvolvam o senso crítico e não autoavaliem os riscos

gerados em sua prática diária (BREVIDELLI; CIANCIARULO, 2001; DIAS; CASTRO, 2014).

A NR 32 é a principal normatização brasileira focada na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais entre PAS, possuindo três grandes eixos, sendo a capacitação contínua dos trabalhadores; a definição dos programas que tratam dos riscos; e as determinações de medidas de proteção contra os riscos ocupacionais (MARZIALE et al., 2013; VELASCO et al., 2014).

Em relação ao tipo de conduta adotada, os PAS que relataram ter sofrido exposições percutâneas com sangue envolvido, foram os que mais notificaram e realizaram a conduta completa diante os acidentes. Dados semelhantes foram identificados por Alves et al. (2013), que investigaram subnotificação de acidentes por profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico de um hospital escola no interior paulista e encontraram que nos casos em que não havia perfuração e sangue envolvido nos acidentes, os PAS alegaram julgar não haver risco de contaminação e consequentemente não notificavam seus acidentes.

Acidentes ocasionados por materiais perfurocortantes acabam sendo frequentes, acarretando prejuízos tanto para os trabalhadores como para a instituição, gerando afastamentos e licenças. Os trabalhadores ao não adotarem medidas de segurança, podem se contaminar e adoecer. Dessa maneira, é necessário que as instituições adotem ações que minimizem o número de acidentes e que pensem em medidas eficazes para estimular a notificação dos acidentes ocorridos com os PAS (GARBACIO et al., 2015; VELASCO et al., 2014).

No presente estudo, os acidentes cutâneos não foram notificados (100%) e embora a quimioprofilaxia não seja recomendada nas exposições que envolvem respingo em pele íntegra, há recomendação para a notificação por meio da CAT. Porém nos casos em que o MB permanece por longo período em contato com a pele ou ocorrer exposição a grande quantidade, a quimioprofilaxia é recomenda (BRASIL, 2010a).

Beltrami et al. (2003) descreveu o caso de uma enfermeira que adquiriu HIV e VHC, por meio de exposição cutânea, após contato de sua mão que apresentava escoriações e fissuras, com fluidos sem sangue visível, como urina, fezes e vômitos de um paciente em fase terminal de aids.

Estudo realizado por Kessler et al. (2011), sobre subnotificação de exposições ao sangue e fluidos corporais, ocorridas com estudantes e PAS, nos Estados

Unidos, evidenciou que os PAS têm uma grande tendência em não adotar nenhuma conduta nos casos de acidentes que envolvem pele e mucosas.

Outros autores também evidenciaram alto índice de subnotificações nos casos de exposições cutâneas. Luize et al. (2015), realizaram um estudo com profissionais da enfermagem, no Hospital do Câncer de Barretos e encontraram 75% de subnotificação após exposição cutânea ao MB. Ferreira et al. (2015), encontrou 48% de subnotificação, também entre os profissionais de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. Em ambos os estudos, a razão citada para não notificar o acidente foi o fato de que a exposição cutânea oferece baixo risco de aquisição de patógenos.

Os PAS muitas vezes referem que a exposição ao MB é algo inerente à profissão, independente das medidas realizadas para minimizar o risco. Inclusive, é rotineiro observar na prática, que muitos PAS somente utilizam os EPI quando o paciente tem doenças transmissíveis, subestimando o risco quando não há nenhum dado no prontuário do paciente (OLIVEIRA; PAIVA, 2014).

Os acidentes ocupacionais ocorreram durante a realização de procedimentos compatíveis com a função de cada profissional. Os PAS da equipe de enfermagem que mais notificaram os acidentes estavam coletando sangue, ventilando o paciente durante atendimento a PCR e administrando medicação por via parenteral.

Em relação às circunstâncias do acidente, dos nove PAS que relataram não estar usando EPI no momento do acidente, cinco (55,6%) não realizaram nenhuma conduta após o acidente e dos 04 que relataram que o acidente ocorreu durante o descarte, dois (50%) não realizaram nenhuma conduta.

Diversos autores relataram que o descarte de perfurocortante é um dos procedimentos de maior risco de acidentes com MB (CÂMARA et al., 2011; MARZIALE et al., 2013; VELASCO et al., 2014).

Segundo as precauções padrão, é necessário que em todos os setores onde haja manuseio desse tipo de material tenham caixas para descarte de perfurocortantes e que as mesmas sejam de fácil acesso e que haja boa visualização da boca das mesmas. Além disso, os PAS devem ser capacitados para que troquem as caixas antes que seja ultrapassada a linha de capacidade de preenchimento indicado.

O reencape de agulhas está contra indicado pelas PP e estudos apontaram que essa prática aumenta a chance de ocorrência de acidentes percutâneos

(BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2002; CANINI et al., 2008; GARBIN et al., 2009; SASAMOTO, et al., 2010).

As PP são obrigatórias pela NR 32 e que comprovadamente reduzem o risco de o profissional se acidentar, porém, muitas vezes, nota-se que há desconhecimento e até mesmo o desinteresse dos PAS em aplicar estas normas ou simplesmente utilizar de todos os EPI necessários a sua proteção (GUIMARÃES et al., 2011).

Sabe-se que a adesão às PP é a principal estratégia preventiva para exposição a patógenos transmissíveis, no entanto, estudos têm apontado que a adesão à essas medidas permanecem abaixo do ideal (GIR et al. , 2004; KABBASH et al., 2007)

Estudo realizado por Reda et al. (2009) analisou o conhecimento dos PAS, atuantes em hospitais e centros médicos de duas regiões no leste da Etiópia, em relação às percepções e conhecimento das PP e identificaram que mais da metade dos PAS tinham conhecimento inadequado sobre as PP.

Os demais PAS da equipe deixaram de notificar os acidentes que ocorreram durante o exame físico do paciente, alegando que respingos de secreções em mucosas e/ou vômito em pele íntegra oriundos de criança não apresentava risco de contaminação, uma vez que é pouco provável que crianças tenham doenças infecciosas. A descrença dos PAS em contrair patógenos após acidentes com MB em seu cotidiano de trabalho, ainda é muito alta. A falta de consciência dos riscos envolvidos e das doenças que podem acometer o indivíduo faz com que ele acredite que seja algo distante da sua realidade, aumentando a subnotificação de acidentes com MB (SPRICIGO; MADUREIRA, 2003).

A maioria dos PAS acidentados referiu não ter procurado por ACE devido não achar necessário o atendimento (63,1%). Pesquisa realizada por Oliveira e Paiva (2014), evidenciou que os profissionais relataram que a avaliação médica pós-acidente foi realizada somente em 35,5% das exposições.

Sabe-se que a avaliação médica após-acidente é imprescindível para analisar a gravidade da exposição, para solicitação de exames sorológicos para hepatite B, C e HIV, indicação e prescrição de quimioprofilaxia, quando necessárias (OLIVEIRA; PAIVA, 2014, BRASIL, 2010a).

No presente estudo, dos 19 profissionais que relataram ter sofrido acidente com MB, apenas 7 (36,8%) procuraram por ACE após acidente com MB. Os

auxiliares de enfermagem foram a categoria de profissionais que mais procuraram por ACE, dados corroborado por Almeida et al. (2015), que encontraram auxiliares de enfermagem (31,7%) foram os que mais procuraram por ACE

Paiva e Oliveira (2011) analisaram acidentes ocupacionais com MB ocorridos com PAS, que atuavam no atendimento pré-hospitalar de Belo Horizonte - MG, e encontraram que 30,4% dos acidentados submeteram-se à avaliação médica após o acidente. Ayranci e Kosgeroglu (2004) , evidenciaram que 38% dos enfermeiros acidentados procuraram por ACE. Gershon et al. (2007) encontraram que apenas 30% dos enfermeiros haviam iniciado o acompanhamento pós-exposição ao MB.

Dados divergentes foram apontados por Facchin et al. (2013) que encontraram que 68,3% dos profissionais de enfermagem, que foram vítimas de acidentes com MB, iniciaram o acompanhamento logo após a exposição. Gershon et al. (2009) identificaram que 68,2% dos enfermeiros acidentados também passaram por ACE.

Os profissionais que relataram acidentes percutâneos (50%) e que envolveram sangue (50%) foram os que mais procuraram por ACE quando comparados aos que sofreram exposição cutâneo-mucosa (25%). Estudo realizado por Pimenta et al. (2013) evidenciaram que os profissionais de enfermagem que relataram acidentes percutâneos (81,9%), com sangue (73,5%) ou fluido com sangue visível (83,3%) envolvido, foram os que mais procuraram por ACE, em comparação aos profissionais que tiveram acidentes com exposição cutâneo-mucosa (68,8%) ou cutânea (20,2%).

Os PAS que se acidentaram com MB foram questionados, no presente estudo, se conheciam a conduta preconizada pela instituição para PAS que sofreram acidentes ocupacionais com MB e 94,7% dos PAS responderam conhecer a conduta. Porém quando solicitado que descrevessem as condutas preconizadas somente 33,3% dos profissionais acidentados descreveram todas as etapas de forma correta.

Ressalta-se que mesmo referindo conhecer a conduta, 50% dos PAS acidentados, não realizaram nenhuma das condutas preconizadas pela instituição.

Em contrapartida, 75% dos profissionais que não descreveram as etapas preconizadas pela instituição, adotaram a conduta correta após exposição ao MB, notificando por meio da CAT e procurando por ACE. Neris e Dias (2014) realizaram um estudo em dois hospitais no interior de Minas Gerais, e observaram que os

profissionais não conheciam satisfatoriamente a conduta preconizada para acidentes de trabalho com MB, uma vez que mais de 85% dos respondentes não identificaram todas as condutas recomendadas. Rapparini et al. (2007b) apontaram que ainda há deficiência de conhecimento, por parte dos PAS, sobre como agir frente a esta situação.

Askarian, Aramesh e Palenik (2006) apontaram que nem sempre a falta de atitude diante um acidente refere-se à falta de conhecimento acerca dos riscos, mas sim à falta de implementação de medidas seguras no seu cotidiano profissional.

No presente estudo dentre os motivos relatados pelos PAS para não notificarem os acidentes com MB, 50% dos profissionais alegou não ter notificado por conhecer o paciente-fonte e saber que o mesmo não tinha nenhuma doença transmissível documentada no prontuário, 50% alegou que a lesão era superficial e 30% considerou desnecessário. Um estudo realizado com cirurgiões, no Reino Unido, evidenciou que o motivo mais frequentemente alegado para subnotificação dos acidentes foi considerar o acidente de baixo risco (KERR et al., 2009).

Essa crença de que o acidente não oferece risco aos profissionais também foi relatada por outros pesquisadores (ALVES et al., 2013; LUIZE et al., 2015). Pesquisa realizada com a equipe de enfermagem de um hospital escola do interior paulista mostrou que os profissionais que avaliaram como "baixo" o risco de sofrerem acidentes percutâneos em seu setor de trabalho tiveram maior chance de se acidentar que aqueles que avaliaram o risco como "alto” (CANINI et al., 2008) .

Garbacio et al. (2015) evidenciou em seu estudo que falta a sensibilização do profissional para o risco. Isso pode ser relacionado com alguns aspectos do comportamento humano, como a falsa percepção de risco ou até a subestimação da responsabilidade individual na resolução de um problema (ASKARIAN et al., 2006). Assim torna-se necessária a reflexão dos PAS acerca da conscientização quanto ao risco ocupacional.

Oliveira e Paiva (2014) afirmaram que faltam políticas de incentivo para a notificação do acidente ocupacional, pois a comunicação do acidente com exposição a MB fica a critério do próprio profissional. É necessário que os serviços de saúde participem e estimulem os PAS a adotarem medidas preventivas, na tentativa de minimizar e/ou evitar a ocorrência de acidentes ocupacionais e também caso eles ocorram, devem ser tomadas as medidas corretas que são a notificação por meio da CAT e a procura por ACE.

Dessa maneira, conhecer a realidade sobre acidentes com MB em cada instituição e as condutas adotadas pelos PAS pode contribuir para proposição de medidas mais eficazes para minimizar a ocorrência de acidentes e aumentar a conscientização dos PAS frente a necessidade de adotarem as condutas preconizadas para esse tipo de acidente (LUIZE et al., 2015; MARZIALE et al., 2014; SARQUIS; FELLI, 2009).

Conclusão

6 CONCLUSÃO

- Dos 58 profissionais entrevistados, 19 sofreram pelo menos um acidente envolvendo MB durante assistência no domicílio.
- Os acidentes foram mais frequentes com profissionais do sexo feminino (34%), com médicos (100%), dentistas (100%) e enfermeiros (37,5%), com profissionais entre 30 e 50 anos, com experiência profissional no SAD entre 6 e 10 anos, que tinham jornada de trabalho acima de 421 horas semanais e com nível superior de escolaridade (43,7%).
- 45,5% dos profissionais acidentados referiram ter recebido de 2 a 5 treinamentos sobre conduta frente aos acidentes com exposição a material biológico.
- O tempo do ultimo treinamento sobre o tema foi há mais de 10 anos (50%).
- Dos PAS que se acidentaram apenas 31,6% realizaram conduta preconizada pelo MS, ou seja, notificaram o acidente por meio da CAT e procuraram por ACE.
- Entre os PAS acidentados, 52,6% não realizaram nenhuma conduta após acidente com exposição ao MB. 12,5% dos profissionais acidentados realizaram apenas a CAT e 6,3% dos PAS acidentados procuraram por ACE após exposição ao MB.
- Em relação à categoria profissional, dos PAS acidentados que deixaram de realizar a conduta correta e preconizada pelo MS foram médicos (100%), dentistas (100%) e os enfermeiros (55,6%).
- Os acidentes percutâneos foram os mais notificados pelos PAS (41,7%) e aqueles que envolveram sangue (50%).
- Quanto ao procedimento que o PAS realizava no momento do procedimento, 100% dos que realizavam coleta de sangue, punção venosa, curativo, aspiração de vias aéreas e contenção do paciente não notificaram o acidente por meio da CAT e não procuraram por ACE.

- Dos 18 PAS que alegaram conhecer as condutas preconizadas para acidentes com MB, 33,3% relataram ter realizado a conduta completa após o acidente e 50% alegaram que não realizaram nenhuma conduta.
- Em relação à descrição das condutas, apenas 33,3% dos que descreveram todas as etapas preconizadas, realizaram todas as etapas.

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. M. et al. Seguimento clínico de profissionais e estudantes da área da saúde expostos a material biológico potencialmente contaminado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 261-266, 2015.

ALVES, A. P. et al. Subnotificação de acidentes ocupacionais com material biológico pela enfermagem no bloco cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 375-81, abr/jun, 2013.

ASKARIAN, M.; ARAMESH, K.; PALENIK, C. J. Knowledge, attitude, and practice toward contact isolation precautions among medical students in Shiraz, Iran. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 34, n. 9, p. 593-6, nov, 2006.

AYRANCI, U.; KOSGEROGLU, N. Needlestick and sharps injuries among nurses in the healthcare sector in a city of western Turkey. **Journal of Hospital Infection**, London, v. 58, n. 3, p. 216-23, 2004.

AZADI, A.; ANOOSHEH, M.; DELPISHEH, A. Frequency and barriers of underreported needlestick injuries amongst Iranian nurses, a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 20, n. 3-4, p. 488-93, set, 2010.

BAKKE, H. A; ARAUJO, N. M. C. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. **Produção Online**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 669-676, out/dez, 2010.

BALSAMO, A. C.; FELLI, V. E. A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 346-53, jun, 2006.

BELL, D. M. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. **American Journal of Medicine**, Arizona, v. 102, n. 5B, p. 9-15, mai, 1997.

BELTRAMI, E. M. et al. Transmission of HIV and hepatitis C virus from a nursing home pacient to a health care worker. **American Journal of Infection Control**, Arizona, v. 31, n. 3, p. 168-75, mai, 2003.

BEZERRA, A. M. F. et al. Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de educação e saúde,** Pombal, v. 5, n. 2, p. 01-7, abr/jun, 2015.

BODEN, L. I. et al. Understanding the Hospital sharps injury reporting pathway. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, v. 58, n. 3, p. 282-9, mar, 2015.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA - Bepa. **Vigilância epidemiológica dos acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos no Estado de São Paulo – 2007-2010**, São Paulo, v. 8, n. 94, p. 16-29, 2011.

BOND, W. W. et al. Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week. **Lancet**, London, v. 1, n. 8.219, p. 550-1, mar. 1981.

BONINI, A. M. et al. Exposição ocupacional dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva a material biológico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 658-64, set, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 de dezembro de 2012a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de atenção domiciliar:** Volume 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 11 p.

_____. Ministério da Previdência Social. Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de outubro de 1976. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de maio de 2013a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013: dispõe sobre a redefinição da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004: dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos a saúde do trabalhador em redes de serviço sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.37-8, 29 de abril de 2004a. Seção 1.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**. Instituto para desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília, DF, 2001. 250 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos.** Brasília, DF, 2006a, 76 p.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. Resolução RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Brasília, DF, 31 de janeiro de 2006b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. 816 p.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de novembro de 2005b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia com antirretroviral em adultos infectados pelo HIV.** Suplemento III – Tratamento e prevenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 207 p.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. Instrução normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010. Estabelece critérios a serem adotados pelas áreas de Benefícios e da Receita Previdenciária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 de agosto de 2010b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 31 p.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras -NR- do capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de julho de 1978. Seção 1.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. Portaria nº 1748, de 31 de agosto de 2011. Aprova o Anexo III (Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes) e altera o texto da Norma Regulamentadora nº 32. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 de setembro de 2011. Seção 1.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Riscos Biológicos. **Guia Técnico: Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora Nº. 32.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 66 p.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 780-786, nov/dez, 2002.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 193-201, abr, 2001.

CÂMARA, P. F. et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 583-6, out/dez, 2011.

CANALLI, R. T. C.; MORIYA, T. M.; HAYASHIDA, M. Prevenção de acidentes com material biológico entre estudantes de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 100-6, jan/mar, 2011.

CANINI, S. R. M. S. et al. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 172-8, mar/abr, 2002.

CANINI, S. R. M. S. et al. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 818-23, set/out, 2008.

CARDO, D. M. et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 337, n. 21, p. 1485-90, nov, 1997.

CASTRO, D. M. B. et al. Acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem de um hospital público de Porto Velho, Rondônia. **Saúde Coletiva**, Goiânia, v. 5, n. 25, p. 206-11, nov/dez, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Guideline for Infection Control in Health Care Personal. **American Journal of Infectious Control,** St. Louis, v. 26, n. 3, p. 289-354, 1998.

_____. **Occupational HIV Transmission and Prevention Among Health Care Workers**. Atlanta, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/workplace/occupational.html>. Acesso em: 05 de outubro de 2015.

_____. Update U. S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to VHB, VHC and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 50, n. RR-11, jun. 2001. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/ mmwrhtml/rr5011a1.htm>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

_____. Update U. S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 54, n. RR-9, sep. 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5409a1.htm>. Acesso em: 08 de maio de 2015.

_____. Update U. S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, set, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/cdc_20711_DS1%20(1).pdf> Acesso em: 20 de agosto de 2015.

_____. **Workbook for designing, implementing and evaluating a sharps injury prevention program**, Atlanta, 2008. Disponível em:

<http://www.cdc.gov/sharpssafety/ pdf/sharps workbook_ 2008.pdf>. Acesso em: 20 agosto de 2015.

CHAYAMITI, E. M. P. C. et al. **Manual do serviço de assistência domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 632-8, jul/agos, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Brasília, DF, 2011.

COREY, K. E. et al. Pilot study of postexposure prophylaxis for hepatitis C virus in healthcare workers. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 30, n. 10, p. 1000-5, out, 2009.

DAMASCENO, A. P. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 72-7, jan/fev, 2006.

DAVANZO, E. et al. Occupational blood and body fluid exposure of university health care workers. **American Journal of Infection**, Arizona, v. 35, n. 10, p. 753-6, dez, 2008.

DIAS, E. G.; CASTRO, A. C. Conhecimento dos profissionais enfermeiros das equipes de saúde da família do município de Porteirinha-MG sobre acidentes de trabalho. **Revista Ouricuri**, Paulo Afonso, v. 4, n. 3, p. 32-47. nov/dez, 2014.

DIAS, M. A. C.; MACHADO, A. A.; SANTOS, B. M. O. Acidentes ocupacionais por exposição a Material Biológico. **Revista da Faculdade de Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 45, n. 1, p. 12-22, 2012.

DO, A. N. et al. Occupational acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 24, n. 2, p. 86-96, 2003.

FACCHIN, L. T et al. Under-Reporting of Accidents Involving Biological Material by Nursing Professionals at a Brazilian Emergency Hospital. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, Warszawa, v. 19, n. 4, p.623–9, 2013.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 167-74, mai/ago, 2005.

FEIJÃO, A. R.; MARTINS, L. H. F. A.; MARQUES, M. B. Condutas pós-acidentes perfurocortantes: percepção e conhecimento de enfermeiros da atenção básica de saúde de Fortaleza. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 1003-10, dez, 2011.

FERRAZ, L. et al. Estratégia saúde da família: riscos ocupacionais dos auxiliares e técnicos de enfermagem. **Revista Científica de Enfermagem,** São Paulo, v. 5, n. 13, p. 20-28, abr, 2015.

FERREIRA, M. D. et al. Subnotificação de acidentes biológicos pela enfermagem de um hospital universitário. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcíon, v. 21, n. 2, p. 21-29, 2015.

FEUERWERKER, L. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-88, set, 2008.

FIGUEIREDO, R. M.; MAROLDI, M. A. C. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 145-50, fev, 2012.

FULLERTON, M.; GIBBONS, V. Needlestick injuries in a healthcare setting in New Zealand. **The New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 124, n. 1335, p. 33-39, mai, 2011.

GALON, T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho com material biológico em hospital universitário de São Paulo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 673-85, 2008.

GANCZAK, M. et al. Use of de Haddon Matrix as a tool for assessing risk factors for sharps injury in emergency departments in the United Arab Emirates. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 28, n. 6, p.751-54, 2007.

GARBACCIO, J. L. et al. Acidentes ocupacionais com a equipe de enfermagem da atenção hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p.146-52, jan/mar, 2015.

GARBIN, C. A. S. et al. Conductas de estudiantes del área de la salud frente a la exposición ocupacional a material biológico. **Ciencia y Trabajo,** Santiago, v. 11, n. 31, p. 18-21, 2009.

GERSHON, R. R. et al. The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home health care sector. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 37, n. 7, p. 525-33, set, 2009.

GERSHON, R. R. M. et al. Non-hospital based registered nurses and the risk of bloodborne pathogen exposure. **Industrial Health**, Kawasaki, v. 45, n. 5, p. 695–704, Nov, 2007.

GIANCOTTI, G. M. et al. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho com material biológico atendidas em um hospital público do Paraná, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 337-346, abr/jun, 2014.

GIOMO, D. B. et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 24-9, jan/mar, 2009.

GIR, E. et al. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 245-53, set, 2004.

GONIEWICZ, M. et al. Injuries caused by sharp instruments among healthcare workers - international and Polish perspectives. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, Lublin, v. 19, n. 3, p. 523–527, 2012.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Percepção de técnicos de enfermagem sobre o uso de equipamentos de proteção individual em um serviço de urgência. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcíon, v. 17, n. 3, p. 113-23, dez, 2011.

HANAFI, M. I. Et al. Needlestick injuries among health care workers of University of Alexandria hospitals. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Cairo, v. 17, n. 1, p. 26-35, jul, 2011.

HENDERSON, D. K. Managing Occupational Risks for Hepatitis C transmission in the Health Care Setting. **Clinical Microbiology Reviews,** Washington, v. 16, n. 3, p. 546-68, jul, 2003.

IPPOLITO, G. et al. Occupational Human Immunodeficiency Virus Infection in Health Care Workers. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 28, n. 2, p. 365-83, fev, 1999.

JACQUES, M. G.; JACQUES, C. C. Acidentes de trabalho e implicações psicossociais: uma discussão introdutória. **Pesquisas e Prática Psicossociais**, São João Del Rei, v. 3, n. 2, p. 141-9, 2009.

KABBASH, I. A. et al. Risk perception and precautions taken by health care workers for HIV infection in haemodialysis units in Egypt. **East Mediterranean Health Journal,** Egypt**,** v. 13, n. 2, p. 392-407, 2007.

KASATPIBAL, N. et al. Prevalence and risk factors of needlestick injuries, sharps injuries, and blood and body fluid exposures among operating room nurses in Thailand. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, p. 1-6, ago, 2015.

KERR, H. L. et al. Sharps injury reporting amongst surgeons. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, London, v. 91, n. 5, p. 430-32, jul, 2009.

KESSLER, C. S. et al. Underreporting of blood and body fluid exposures among health care students and trainees in the acute care setting: a 2007 survey. **American Journal of Infection Control**, St.Louis, v. 39, n. 2, p. 129-34, mar, 2011.

KON, N. M. et al. Acidentes de trabalho com material biológico em uma Unidade Sentinela: casuística de 2.683 casos. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 33-8, mar, 2011.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 307-13, jul/set, 2003.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, jan/jun, 2005.

LOUREIRO, L. A. et al. Adesão de profissionais de enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com MB. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia, v. 11, n. 2, p. 303-308, 2009.

LUCENA, N. O. et al. Infecção pelo HIV-1 após acidente ocupacional, no Estado do Amazonas: primeiro caso documentado. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 44, n. 5, p. 646-7, set/out, 2011.

LUIZE, P. B. et al. Condutas após exposição ocupacional a MB em um hospital especializado em oncologia**. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 170-7, jan/mar, 2015.

MARKOVIC-DENIC, L. et al. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids among Health-Care Workers in Serbia. **Medical Principles and Practice**, Belgrade, v. 24, n. 1, p. 36–41, jan, 2015.

MARTINS, R. J. et al. Adesão às precauções padrão sob o prisma do Modelo de Crenças em Saúde: a prática de reencapar agulhas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 193-198, 2015.

MARZIALE, M. H. P. et al. Consequências da exposição a material biológico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 11-16, jan/mar, 2014.

MARZIALE, M. H. P. et al. Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p.199-206, jan/fev, 2013. Número especial.

MARZIALE, M. H. P. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 164-168, mar/abr, 2003.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana de enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 36-42, jan/fev, 2004.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem.

Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-7, jul/ago, 2002.

MENDES, J. M.; RODRIGUES, T. P.; MORAIS, L. F. Riscos Biológicos e suas medidas preventivas na prática dos profissionais de enfermagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 5, n. 1, p. 82-91, jan/mar, 2014.

MOONGTUI, W.; GAUTHIER, D. K.; TURNER, J. G. Using peer feedback to improve handwashing and glove usage among Thai health care workers. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 28, n. 5, p. 365-9, out, 2000.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P.; GEMELLI, L. M. G. Acidente com material biológico em hospital universitário do oeste do Paraná. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 65-78, ago, 2005.

NDEJJO, R. et al. Occupational Health Hazards among Healthcare Workers in Kampala, Uganda. **Journal of Environmental and Public Health,** Basel, v. 2015, n. 2015, p. 1-9, jan, 2015.

NERIS, T. M. S.; DIAS, E. G. Conhecimento da Equipe de Enfermagem Quanto ao Acidente de Trabalho com Perfurocortantes e a Conduta Pós-Acidente. **UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde,** Londrina, v. 16, n. 3, p. 185-90, 2014.

OLIVEIRA, A. C., LOPES, A. C. S.; PAIVA, M. H. R. S. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 677-83, 2009.

OLIVEIRA, A. C., PAIVA, M. H. R. S. Condutas pós-acidente ocupacional por exposição a MB entre profissionais de serviços de urgência. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 116-22, 2014.

OLIVEIRA, A. C.; DIAZ, M. E. P.; TOLEDO, A. D. Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre a equipe multiprofissional de uma unidade de emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 341-49, abr/jun, 2010.

OLIVEIRA, B. R. G.; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à

saúde de seu trabalho. **Revista Latino-americana de enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, jan, 2001.

OLIVEIRA, E. C. et al. Análise epidemiológica de acidentes de trabalho com exposição a MB entre profissionais de enfermagem. **SANARE**, Sobral, v. 14, n. 01, p. 27-32, jan/jun, 2015.

OMRANI, A. S.; FREEDMAN, A. Prophylaxis of HIV infection. **British Medical Bulletin**, London, v. 73-74, n. 1, p. 93-105, jun, 2005.

PAIVA, M. H. R. S.; OLIVEIRA, A. C. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profissionais do atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p.268-273, 2011.

PIMENTA, F. R. et al. Atendimento e seguimento clinico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 198-204, 2013.

PINHEIRO, J.; ZEITOUNE, R. C. G. Hepatite B: conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 268-84, jun, 2008.

PINHO, C. L. M.; RODRIGUES, C. M.; GOMES, G. P. Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 291-4, mai/jun, 2007.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Work situations experienced by family health strategy professionals in Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

RAJKUMARI, N. et al. A prospective look at the burden of sharps injuries and splashes among trauma health care workers in developing countries: true picture or tip of iceberg. **Injury: british journal of accident surgery**, Bristol, v. 45, n. 9, p. 1470-8, sep, 2014.

RAPPARINI, C. et al. Occupational exposures to bloodborne pathogens among health care workers in Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of Hospital Infection**, London, v. 65, n. 2, p. 131-7, fev, 2007a.

RAPPARINI, C. et al. Occupationally acquired infectious diseases among health care workers in Brazil: use of internet tools to improve management, prevention and surveillance. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 35, n. 4, p. 267-70, mai, 2007b.

RAPPARINI, C. Occupational HIV infection among health care workers exposed to blood and body fluids in Brazil, **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 34, n. 4, p. 237-40, mai, 2006.

REDA, A. A. et al. HIV/AIDS and exposure of healhcare workers to body fluids in Ethiopia: attitudes toward universal precautions. **Journal of Hospital Infection**, London, v. 71, n. 2, p.163-9, feb, 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual do Serviço de Assistência Domiciliar.** Ribeirão preto – SP, 2007.

RIBEIRO, E. J. G.; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 535-40, set/out, 2007.

SAILER, G. C.; MARZIALE, M. H. P. Vivência dos trabalhadores de enfermagem frente ao uso dos antirretrovirais após exposição ocupacional a material biológico. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 55-62, jan/mar. 2007.

SANTOS, L. R.; LEON, C. G. R. M. P.; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 855-863, 2011.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Guia de Legislações do SUS e Controle Social. **Lei Nº 10.424**, DE 15 DE ABRIL DE 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, abr, 2002.

_____. Secretaria do Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/Aids. **Ofício nº 141/99** Vigilância Epidemiológica, São Paulo, 29 set. 1999.

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**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 701-4, set/out, 2009.

SASAMOTO, A. S. et al. Perfil de acidentes com material biológico em uma instituição de ensino odontológico. **ROBRAC - Revista Odontológica do Brasil-Central**, Goiânia, v. 19, n. 50, p. 251-257, 2010.

SIEGEL, J. D. et al. **2007 Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings**. CDC, Atlanta, Jun. 2007. Disponível em: < http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>. Acesso em: 21 de junho de 2015.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-76, fev, 2010.

SIMÃO, S. A. F. et al. Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 87-91, Jan/Mar, 2010.

SOSSAI, D. et al. Using an intravenous catheter system to prevent needlestick injury. **Nursing Standard**, Harrow, v. 24, n. 29, p. 42-46, 2010.

SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Londrina –PR. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 315-23, jun, 2008.

SPRICIGO, L.; MADUREIRA, V. S. F. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o risco ocupacional de infecção pelo HIV. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 1, p. 57-65, jan/jun, 2003.

TABAK, N.; SHIAABANA, A. M.; SHASHA, S. The health beliefs of hospital staff and the reporting of needlestick injury. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 10, p. 1228-39, out, 2006.

TARANTOLA, A.; ABITEBOUL, D.; RACHILINE, A. Infection risks following accidental exposure to blood fluids in health care workers: a review of pathogens transmitted in published cases. **American Journal of Infection Control,** St. Louis, v. 34, n. 6, p. 367-75, ago, 2006.

TIPPLE, A. F. V. et al. Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 378-84, mai/jun, 2013.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. **Revista Latino-americana de enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-12, set/out, 2009.

TUKUR, D. et al. An Epidemiological Study of Needlestick Injury among Healthcare Workers in Ahmadu Bello University Teaching Hospital, Zaria, Nigeria. **West African Journal of Medicine**, Lagos, v. 33, n. 4, p. 234-8, out/dez, 2014.

VELASCO, A. R. et al. Ocorrência de acidentes de trabalho em saúde com exposição a material biológico. **Revista Enfermagem Profissional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 37-49, jan/abr, 2014.

VOIDE, C. et al. Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss University Hospital. **Swiss Medical Weekly**, Basel, v. 142, n. 13523, p. 1-7, fev, 2012.

WICKER, S. et al. Needlestick injuries: causes, preventability and psychological impact. **Infection**, Munich, v. 42, n. 3, p. 549-52, jun, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis b infection**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154590/1/9789241549059_eng.pdf?ua=1>. Acesso em 09 de junho de 2015.

_____. Health care worker safety. **AIDE-MEMOIRE for a strategy to protect health workers from infection with bloodborne viruses**. Geneva, dez, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/activities/1am_hcw.pdf >. Acesso em 21 de julho de 2015.

_____. **The world health report 2002 – Reducing risks, promoting health life**, Geneva, 2002.

YAZDANPANAH, Y. et al. Risk factors for hepatitis C virus transmission to health care workers after occupational exposure: a European case-control study. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 41, n. 10, p. 1423-30, nov, 2005.

Apêndices

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados

Sexo: ( ) 1. Feminino ( ) 2. Masculino Setor de trabalho:
Função: ( ) 1. Enfermeiro ( ) 2. Téc enf ( ) 3. Aux enf ( ) 4. Médico ( ) 5. Dentista
Data de nascimento: Data da entrevista:
Tempo de exercício profissional (meses e/ou anos completos) :
Tempo de exercício na Prefeitura em Atenção domiciliar (meses e/ou anos completos):
Quantos empregos você tem? Especificar tipo de atividade:
Jornada de trabalho semanal na Prefeitura (Horas): Outros emprego (hora/semanal):
Nível escolaridade:
Você recebeu treinamento específico sobre prevenção e condutas frente à ocorrência de acidentes com MB? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não
Quantos treinamentos você recebeu? Há quanto tempo:
Você já sofreu alguma exposição à MB (perfuração, respingo) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não
Se sim quantas?
Data da última exposição:
Se sim, que tipo de exposição: :( ) 1. percutânea ( ) 2. cutâneo mucosa ( ) 3. Cutânea ( ) 4. percutânea e cutâneo mucosa Qual fluido envolvido? ( ) 1. sangue ( ) 2. outro fluido com sangue visível. ( ) 3. outro fluido sem sangue visivel É vacinado contra Hepatite B? ( ) Sim ( ) Não Fez CAT ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Não sabe. Se não porque: Procurou Serviço Especializado? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não Qual?_____ Se não porquê:_____ _____ Se sim , que tipo de exposição:( ) 1. percutânea ( ) 2. cutâneo mucosa ( ) 3. Cutânea ( ) 4. percutânea e cutâneo mucosa Qual o fluido envolvido? ( ) 1. sangue ( ) 2. outro fluido com sangue visível. ( ) 3. outro fluido sem sangue visível É vacinado contra Hepatite B: ( ) Sim ( ) Não Fez CAT ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Não sabe. Se não porque: Procurou Serviço Especializado? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não Qual?_____ Se não porquê:_____

1) Cite quais fatores contribuíram para você não notificar o acidente e quais fatores contribuíram para você não procurar o atendimento clínico especializado:

2) Qual procedimento estava fazendo no momento do acidente?

3) Quais são os EPI que você normalmente utiliza durante as visitas domiciliares? Em quais situações costuma utilizá-las? Há fatores que dificultam você utilizar os EPI em sua pratica profissional no domicilio?

4) Descreva, de acordo com seus conhecimentos, quais são as condutas preconizadas pela SMS de Ribeirão Preto que o profissional deve tomar em caso de acidente com Material biológico

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa *"***Condutas de profissionais de enfermagem vítimas de acidentes com MB de um Serviço de Atenção Domiciliar do interior paulista***"*, e convidá-lo a participar deste estudo.

Meu nome é Amanda Pavinski Alves, enfermeira e aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Silvia Rita Marin da Silva Canini.

Esta pesquisa tem por objetivo identificar e caracterizar os profissionais de enfermagem que sofreram acidentes ocupacionais com MB, analisar a conduta realizada pelo profissional no momento do acidente em relação à notificação por meio da comunicação do acidente de trabalho (CAT) e procura por atendimento clínico especializado. Os resultados poderão subsidiar a elaboração e implementação de protocolos para atendimento de profissionais vítimas desse tipo de acidente e minimizar os riscos de soroconversão dos vírus das hepatites B e C e do HIV.

Sua participação será espontânea, porém é necessário que o (a) senhor (a) nos conceda uma entrevista, que será realizada no seu próprio local de trabalho, em sala privativa em horário previamente agendado. A entrevista tem previsão de duração de cinco a dez minutos e visa obter informações sociodemográficas e relacionadas à caracterização dos acidentes ocupacionais com MB e condutas após a exposição.

Todas as informações fornecidas pelo Sr (a) serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum. Ao fim da pesquisa, os resultados serão divulgados por meio de artigos científicos publicados em revistas e apresentados em encontros científicos. Sua participação será completamente voluntária e sem custos.

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, o senhor tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Resolução CNS 466/2012, Item IV). Cabe ressaltar que não haverá qualquer tipo de remuneração por sua participação nesta pesquisa.

Eu, Amanda, me empenharei para minimizar ao máximo os riscos inerentes ao processo de pesquisa junto aos profissionais de saúde que farão parte do presente estudo. Esta pesquisa pode lhe causar algum tipo de desconforto emocional. Caso isso ocorra, sua participação no estudo poderá ser cancelada a qualquer momento sem nenhuma sanção ou prejuízo. Posso lhe garantir que todas as informações obtidas serão tratadas de forma anônima e sigilosa. Ressalto, inclusive, que sua participação no estudo não implicará em comprometimento do seu vínculo empregatício.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma via deste Termo assinada pelos pesquisadores (eu e o responsável pela coleta). Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço de e-mail ou do telefone abaixo.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os sujeitos das pesquisas. O CEP-EERP está situado na Avenida dos Bandeirantes, 3900, no Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, na cidade de Ribeirão Preto - SP – Brasil; telefone para contato: (16) 3602-3386, com horário de funcionamento das 08:00h às 17:00h em dias úteis.

Coloco-me à disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre o assunto.

_____ _____

Amanda Pavinski Alves
Entrevistadora
Telefone: (16) 3602 3414
e-mail: amanda.alves@usp.br

Entrevistado

De acordo com a resolução CNS 466/12, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, minha assinatura demonstra que concordo em participar da pesquisa supracitada.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201_.

Anexos

ANEXO A - Anuência da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

SUS

Of. nº 4394/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 07 de outubro de 2013.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Silvia Rita Marin da Silva Canini
Prezada pesquisadora
Amanda Pavinski Alves

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – Ilka Barbosa Pegoraro, e a Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar – **Emília Maria P. C. Chayamiti;** manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **"CONDUTAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM VÍTIMAS DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO DE UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO INTERIOR PAULISTA",** nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 049739 4.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades Especialidade, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa está autorizada, sendo a Secretaria da Saúde cooparticipante, porém a coleta de dados ocorrerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Secretaria Municipal da Saúde
Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP
Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br

ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA DA EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 076/2014

Ribeirão Preto, 22 de abril de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de abril de 2014.

Protocolo CAAE: 19461013.2.0000.5393

Projeto: Condutas de profissionais de enfermagem vítimas de acidentes com material biológico de um Serviço de Atenção Domiciliar do interior paulista.

Pesquisadores: Silvia Rita Marin da Silva Canini
Amanda Pavinski Alves

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Silvia Rita Marin da Silva Canini
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP