

**PREFEITO**

**Gilberto Kassab**

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**Maria Cristina Faria da Silva Cury**

de: mai. de 2005 a 11 de out. de 2006

**Maria Aparecida Orsini de Carvalho Fernandes**

de: 11 de out. de 2006 à publicação deste

**COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA**

**Maria de Fátima Faria Duayer**

de: abr. de 2006 a 07 de nov. de 2006

**Neide Miyako Hasegawa**

de: 07 de nov. de 2006 à publicação deste

**COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**- COVISA**

**Marisa Lima de Carvalho**

**PROGRAMA DE DTS/AIDS DO MUNICÍPIO DE  
SÃO PAULO**

**Maria Cristina Abatte**

**COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS**

**- CRH**

**Marly Hatsuco Kajimoto**

**FICHA TÉCNICA**

**Projeto gráfico e editoração:** Olho de Boi Comunicações

**Impressão:** Uni Repro Soluções para documentos

**Fotos:** Rogério Lacanna

**Endereços:** • **ATENÇÃO BÁSICA**

• **DST/Aids**

• **CRH-G/CEFOR**

Rua General Jardim nº 36 – República – CEP: 01223-906 – PABX: 3218-4000

• **COVISA**

Rua Santa Isabel nº 181 – Vila Buarque – CEP: 01221-010 – PABX: 3350-6619

## RISCO BIOLÓGICO - BIOSSEGURANÇA NA SAÚDE

- BIOSSEGURANÇA NA SAÚDE
- BIOSSEGURANÇA NA SAÚDE E O CUIDADO COM AS MÃOS
- EPI
- EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL
- VIGILÂNCIA OCUPACIONAL

### ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Anna Luiza de F. P. Lins Gryscek

Marisa Beraldo

Solange T. Prieto Santos

Vera Regina de Paiva Costa

### COLABORADORES

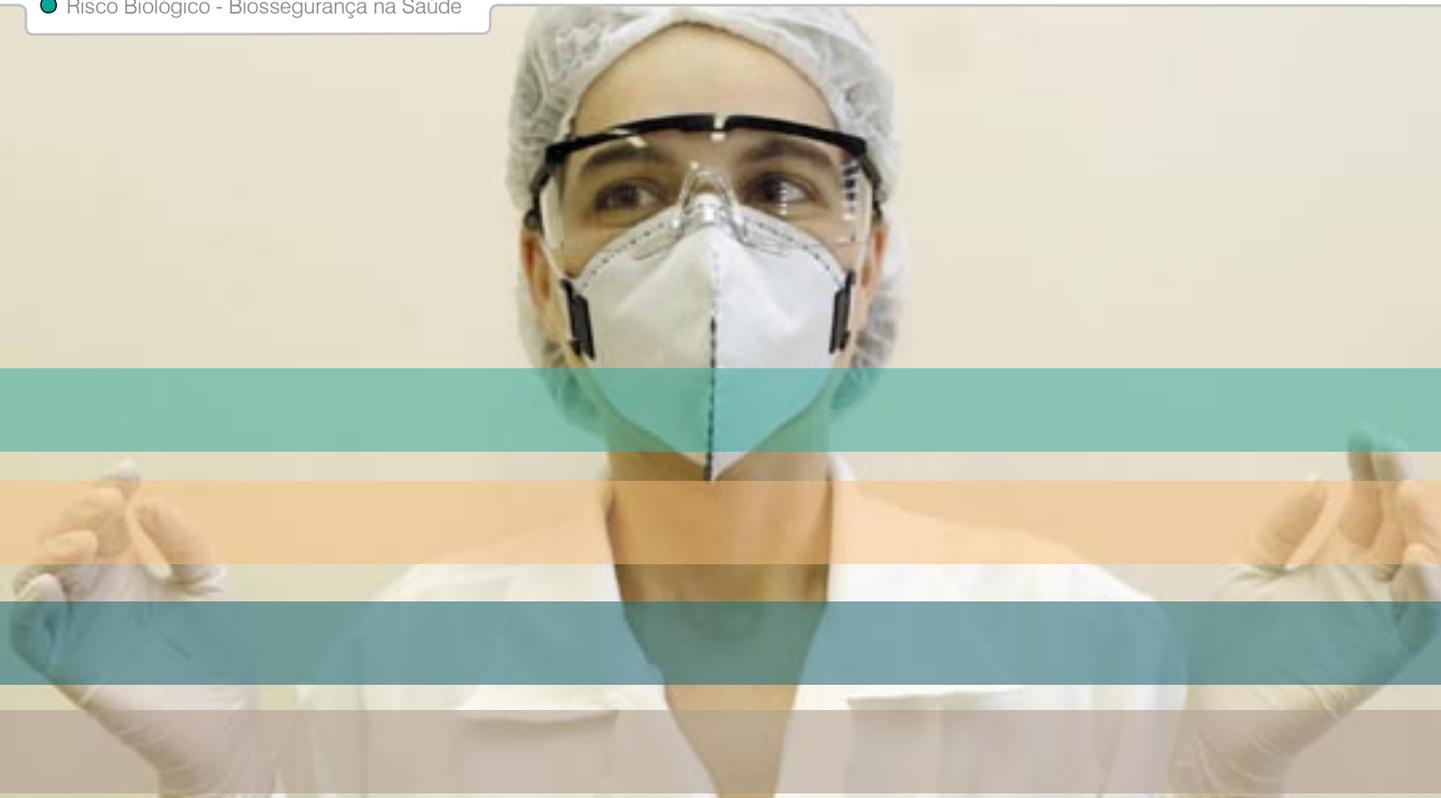
Alberto Fischer (HSPM); Ana Maria Amato Bergo (CEFOP); Anna Luiza Lins Gryscek (DST/Aids); Antonio Sérgio Melo Barbosa (DST/Aids); Celia Regina Cicolo da Silva (CCD Hepatites); Denise L. dos Santos (HM Cachoeirinha); Eliete Melien Bechara (SUVIS Vila Mariana); Elvira Belini Azevedo (HM Proença de Gouveia); Jefferson Benedito Pires de Freitas (CODPPS - Saúde do Trabalhador); Juvenal Vieira Filho (UBS Pq Novo Mundo I); Lisiane M. T. Antón (AE Vila Prudente); Luiz Cláudio Sartori (CODEPPS - Saúde Bucal); Márcia Maria de S. C. R. de Camargo (HM Menino Jesus);

Magda Andreotti (Vig. Saúde do Trabalhador); Maria Eugênia C. Pereira (HSPM); Maria Stella Barbosa Dantas (DST/AIDS); Marilisa Baralhas (CSE Butantã); Marisa Beraldo (Atenção Básica); Midori Nakaguma (HSPM); Naira Regina dos Reis Fazenda (PSF/Atenção Básica); Naomi Kawaoka Komatsu (CCD Tuberculose); Necha Goldgrub (CCD Tuberculose); Rita de Cássia Bessa dos Santos (Vig. Saúde do Trabalhador); Solange T. Prieto Santos (UBS Jd. Seckler); Sonia Regina T. Ramos (CCD-COVISA); Vera Regina de Paiva Costa (CCD-COVISA) e Adriana Marcos (Enf<sup>a</sup>. Convidada).

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SÃO PAULO**

**2007**



#### Ficha Catalográfica

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde

Risco biológico, biossegurança: recomendações gerais / Secretaria da Saúde.

Coordenadoria de Atenção Básica.

Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS.

Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA – São Paulo: SMS, 2007.

120p.

1. Biossegurança. I. Brasil. Coordenadoria de Atenção Básica e PSF. Coordenação de Gestão Descentralizada. Coordenação de Vigilância em Saúde. II. Título.

CDU

# APRESENTAÇÃO



Este material, fruto de intenso trabalho de revisão de literatura, tem como objetivo principal trazer subsídios para uma prática profissional segura nas instituições de saúde.

A biossegurança, frente aos riscos biológicos, é uma preocupação que recrudescceu com o advento da aids no início da década de 80, quando os profissionais da área da saúde vislumbravam a vulnerabilidade de suas atividades profissionais e a possibilidade de contrair o vírus HIV.

Portanto, o principal objetivo deste manual é oferecer fundamentos para que os profissionais da saúde, técnicos em segurança do trabalho e gestores possam reduzir os riscos de exposição a materiais biológicos e os agravos infecciosos.

Esperamos que este material seja utilizado em toda a Secretaria Municipal da Saúde e que seja um guia para a realização de procedimentos seguros, capazes de prevenir a ocorrência de riscos biológicos entre trabalhadores da área da saúde.

Coordenadora de Atenção Básica

# 00

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>

### 01

<b>BIOSSEGURANÇA NA SAÚDE</b> .....	<b>10</b>
-------------------------------------	-----------

Breve histórico.....	11
----------------------	----

### 02

<b>CUIDADO COM AS MÃOS COMO MEIO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INJEÇÃO</b> .....	<b>18</b>
---	-----------

Microbiologia da pele .....	19
Higienização das mãos .....	19
Produtos a serem utilizados na higienização das mãos.....	22
Preparo pré-operatório das mãos .....	25
Soluções antissépticas .....	26

### 03

<b>EPI</b> .....	<b>29</b>
------------------	-----------

Equipamentos de proteção .....	30
Equipamentos de proteção individual .....	41

## 04

**EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL..... 42**

Acidentes com material biológico.....	43
Cuidados com material perfurocortante e material biológico.....	48
Procedimentos recomendados pós exposição com material biológico nas instituições de saúde em geral.....	50
Vacinação para profissionais de saúde.....	53
Hepatite B.....	54
Medidas de controle da infecção pelo VHB.....	55
Vacina contra Hepatite B.....	56
Exposição percutânea ou mucosa a sangue ou material contendo sangue.....	57
Hepatite C.....	58
Medidas de controle da infecção pelo VHC.....	58
Tuberculose – aspectos gerais.....	59

## 05

**VIGILÂNCIA OCUPACIONAL..... 74****NOTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS ACIDENTES BIOLÓGICOS EM PROFISSIONAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
PORTARIA Nº1892/2001 SMS-G (SINABIO)**

Risco biológico.....	75
Acidentes de trabalho.....	75
Ministério do trabalho.....	77
Previdência social.....	78
Notificações do acidente biológico - orientações gerais.....	79
Legislação na saúde: SINABIO.....	80
Anexo 1: Orientações em casos de acidentes biológicos.....	82
Ficha de notificação de acidentes biológicos com profissionais da saúde.....	83
Anexo 2: Ficha de notificação de acidentes biológicos com profissionais da saúde instruções para o preenchimento.....	83
Anexo 3: Fluxograma de orientação quimioprofilática anti-retroviral após a exposição ocupacional.....	87
Ficha de notificação acidentes de trabalho SIVAT.....	93
Portaria nº 777/2004, de 28 de abril de 2004.....	96
Lei nº 8.213/1991, de 24 de julho de 1991.....	98
Fluxo de procedimentos da licença do funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou atacado de doença profissional.....	101
Orientações para o preenchimento da ficha de notificação de acidentes de trabalho.....	107
Prefeitura do Município de São Paulo - comunicação de acidente do trabalho - CAT.....	115

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 117**



# INTRODUÇÃO

É de grande importância que todos os profissionais da área da saúde, em um contexto multidisciplinar, compreendam que a biossegurança é uma normalização de condutas visando a segurança e proteção da saúde de todos aqueles que trabalham na área da saúde, e não apenas um conjunto de regras criadas com o simples objetivo de atrapalhar ou dificultar nossa rotina de atendimento. Devemos nos basear principalmente no conhecimento científico disponível, não para termos apenas uma atitude de obediência diante dessas normas, mas para que possamos fazer com satisfação aquilo que sabemos ser o certo.

As condições de segurança dos trabalhadores da área de saúde dependem de vários fatores: características do local, material utilizado, cliente a ser assistido, informação e formação da equipe etc.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como o Ministério da Saúde (MS) publicam periodicamente manuais sobre normas de segurança. Da mesma forma a Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo se propõe, com este instrumento, atender a tal necessidade, fornecendo recomendações técnicas baseadas em referencial teórico atualizado para subsidiar a gerência, a assistência e instrumentalizar as equipes de trabalho para a educação continuada nas suas unidades de saúde.

# 01

## BIOSSEGURANÇA NA SAÚDE

### ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Anna Luiza de F. P. Lins Gryscek

Marisa Beraldo

Solange T. Prieto Santos

Vera Regina de Paiva Costa

## I – Breve Histórico

“O isolamento de pessoas com doenças contagiosas é praticado desde tempos antigos, como fica evidente a partir dos relatos bíblicos sobre as colônias de leprosos.”

“O isolamento de um grupo de pessoas para evitar infecção generalizada remonta ao século XIV. Os navios que retornavam de portos mediterrâneos onde houvesse doenças epidêmicas ou aqueles com um doente incomum a bordo, precisavam submeter-se a um período de 40 dias de isolamento do navio, carga, passageiros e tripulação.” (CASTLE; AJEMIAN, 1987). “Este procedimento conhecido como quarentena é proveniente da palavra quaranta, que significa quarenta em italiano” (Oxford Reference Dictionary, 1986).

As precauções de isolamento são cruciais para o controle eficaz de infecções nos ambientes hospitalares. As práticas de isolamento desenvolveram-se consideravelmente ao longo dos últimos 150 anos; os sistemas e procedimentos atuais de isolamento são racionais e com base científica. Os padrões epidemiológicos das doenças modificam-se e as precauções

de isolamento têm como meta evitar sua disseminação. (GAMMON, 1998).

Historicamente, o Centro de Controle de Doenças (CDC – Center for Disease Control), um órgão dos Estados Unidos da América, tem regulamentado as questões relativas às precauções e isolamentos. Já em 1970, dividia os tipos de isolamento em sete categorias determinadas pelas características epidemiológicas da doença e por suas formas de transmissão.

Na década de 80, com a constatação da transmissão ocupacional de várias doenças transmissíveis, bem como da síndrome recentemente identificada, a Aids, sentiu-se a necessidade de utilizar técnicas de isolamento, na assistência a todos os pacientes, independentemente de sua suspeita diagnóstica.

Foi assim que, em 1985, o CDC publicou as precauções universais, que recomendavam o uso de medidas de barreira todas as vezes que houvesse a possibilidade de contato com sangue, secreções e/ou fluidos corpóreos, independentemente do conhecimento do diagnóstico ou status sorológico do paciente.

Visando reduzir o risco de transmissão de microorganismos a partir de fontes conhecidas ou

não, propôs-se em serviços de saúde a utilização de novas medidas chamadas precauções padrão (PP). As PP incluem o uso de barreiras, de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), e devem ser aplicadas toda vez que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções e/ou fluidos corpóreos, de pele não-

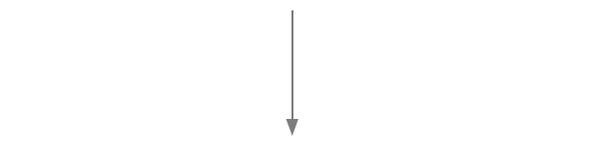
íntegra e mucosa, com exceção do suor (PEDST/Aids, 1998).

Mais recentemente, o Conselho Consultivo de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar do CDC/EUA publicou um guia revisado mais claro e conciso sobre isolamento, que defende um sistema de precauções em duas etapas (Figura 1):



**Figura 1**

**Sistema de precauções padrão (1ª etapa)**



**Precauções baseadas na transmissão (2ª etapa)**



Adaptado do CDC, 1996.

A primeira etapa é o Sistema de PRECAUÇÕES PADRÃO OU BÁSICAS, que utiliza as características principais das PRECAUÇÕES UNIVERSAIS e aplica-se a todos os pacientes, independente do seu diagnóstico ou status sorológico.

A segunda etapa de precauções é para pacientes com infecção conhecida ou suspeita, que exijam mais que o padrão para prevenir disseminação exógena da infecção. Três precauções baseadas na transmissão são propostas: precauções contra aerossóis, gotículas e contato.

As precauções contra aerossóis são previstas para reduzir o risco de exposição e infecção por meio de transmissão aérea, através de microgotículas aerodispersas inferiores a 5 micra, provenientes de gotículas desidratadas que podem permanecer em suspensão no ar por longos períodos de tempo, contendo agente infeccioso viável (TÉCNICAS PARA COLETA DE SANGUE, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1997).

Os microorganismos transportados dessa forma podem ser dispersos para longe pelas correntes de ar, podendo ser inalados por um hospedeiro suscetível dentro do mesmo quarto ou em locais situados a longa distância do paciente-fonte

(dependendo dos fatores ambientais), podendo alcançar até os alvéolos do hospedeiro. Por esse motivo, indica-se circulação do ar e ventilação especial para prevenir essa forma de transmissão.

Dentro desta categoria incluem-se os agentes etiológicos da tuberculose, varicela (catapora) e do sarampo. Nas precauções para aerossóis deve-se utilizar proteção respiratória do tipo respirador N-95 (vide p. 39).

As precauções de gotículas reduzem a disseminação de patógenos maiores que 5 micra a partir de um indivíduo infectado e que podem alcançar as membranas mucosas conjuntiva, do nariz ou da boca de um hospedeiro suscetível. As gotículas originam-se de um indivíduo fonte sobretudo durante a tosse, o espirro, a conversação e em certos procedimentos, tais como a aspiração ou a broncoscopia.

A transmissão de gotículas maiores que 5 micra requer um contato próximo entre o indivíduo e o receptor, visto que tais gotículas não permanecem suspensas no ar e geralmente se depositam em superfícies a uma curta distância. Daí a importância de ressaltarmos a necessidade da limpeza concorrente e terminal.

Uma vez que as gotículas não permanecem em suspensão, não é necessário promover a circulação

do ar ou ter ventilação especial para prevenir a sua transmissão. Esse tipo de precaução aplica-se a qualquer paciente com suspeita de infecção por patógenos como: *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis*.

As precauções de contato representam o modo mais importante e freqüente de evitar a transmissão de infecções hospitalares e estão divididas em dois subgrupos: contato direto e contato indireto.

**Contato direto:** esse tipo de transmissão envolve o contato pele a pele e a transferência física, partindo de um indivíduo infectado (ou colonizado por microorganismos) para um hospedeiro suscetível.

Essa transmissão pode ocorrer quando o profissional de saúde realiza a mudança de decúbito, a higienização ou ao executar procedimentos que exijam contato físico; e também entre dois pacientes pelo contato com as mãos, por exemplo.

**Contato indireto:** envolve a transmissão para um hospedeiro suscetível intermediado por objetos contaminados usualmente inanimados, tais como: instrumentos contaminados, agulhas, roupas ou mãos contaminadas, ou até luvas que não são trocadas entre os procedimentos.





São exemplos de doenças transmitidas por contato as gastroenterites, o impetigo, a pediculose, a escabiose, o herpes simples e a furunculose.

Neste instrumento técnico, as rotas comuns de contaminação e a transmissão por vetores serão discutidas brevemente, pois elas não têm um papel significativo na transmissão das infecções hospitalares.

Rotas comuns de contaminação se aplicam a microorganismos transmitidos por itens contaminados, tais como alimentos, água, medicamentos e equipamentos.

Transmissões por vetores ocorrem quando vetores como mosquitos, moscas, ratos e vermes têm importante papel na transmissão de doenças infecciosas.

Doenças com múltiplas rotas de transmissão podem exigir uma combinação dessas precauções baseadas na transmissão, em que cada tipo pode ser usado em conjunto com as precauções padrão. As precauções padrão e as precauções baseadas na transmissão envolvem a utilização de barreiras representadas pelos EPI, bem como a utilização de outras medidas visando a biossegurança do profissional de saúde e do cliente assistido (infecção cruzada) que serão detalhadas a seguir.

## Apresentação Pessoal

CABELOS	Quando compridos, devem ficar permanentemente presos na sua totalidade.
MAQUIAGEM	A maquiagem é uma grande fonte de partículas na área laboratorial e hospitalar, partículas estas que significam perigo! As maquiagens liberam milhares delas e na sua maioria aderentes, pois contêm glicerina, mica, titânio, entre outros. Dentre as maquiagens, o excesso de batom e rímel significa, sem dúvida, um dos maiores problemas na liberação dessas partículas, assim como o laquê.
PERFUME	Os perfumes devem ser evitados em serviços de saúde por inúmeros motivos: são poluentes ambientais, muitos pacientes têm intolerância a odores em função de seu estado de saúde, e outros em função dos medicamentos de que fazem uso (quimioterapia e radioterapia, antivirais e por vezes alguns antibióticos); podendo então impregnar ambientes fechados que contenham filtros de ar condicionado e agravar o estado de saúde de muitos.
JÓIAS, BIJUTERIAS E RELÓGIOS	Em função da heterogenicidade dos serviços, recomenda-se não usar.
UNHAS	Devem ser curtas e bem cuidadas. Não podem ultrapassar a “ponta dos dedos” e preferencialmente não devem conter esmalte. O esmalte libera partículas por micro-fraturas. As reenâncias das micro-fraturas acomodam sujidades. Unhas postiças também não são recomendáveis.
UNIFORME	Estabelecido pela instituição, deverá estar apresentável.
OBSERVAÇÃO IMPORTANTE	Os profissionais de saúde com lesões cutâneas secretantes ou exsudativas devem evitar contato com o paciente.

Adaptado de [www.medicina.ufmg/edump/clm/ptclhiv.htm](http://www.medicina.ufmg/edump/clm/ptclhiv.htm) e MMWR, October 2002, vol. 51, nº RR, p. 16-30 (CDC.gov.mmwr/PDF)

## Orientações aos Funcionários das Unidades de Saúde

EXPRESSAMENTE PROIBIDO	COMER	NOS QUARTOS, ENFERMARIAS, SALAS DE UTILIDADES  OU  QUALQUER SETOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE DA ÁREA DA SAÚDE
	BEBER	
	FUMAR	
	FAZER APLICAÇÕES DE COSMÉTICOS	

Adaptado de DEFFUNE, E. et al. Manual de enfermagem em hemoterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. São Paulo, 2003.

## Orientações aos Clientes e Familiares das Unidades de Saúde

CUIDADOS COM OS CLIENTES	Promover educação do paciente para evitar disseminação e contaminação acidental de superfícies e objetos.
	Orientar sobre a lavagem das mãos ao sair do banheiro, ao alimentar-se, e após contato direto ou indireto com sangue e secreções em geral.
	Não sentar no leito de outro paciente.
	Não trocar ou emprestar objetos, roupas e livros a outros pacientes ou funcionários de áreas críticas.

Adaptado do Caderno Brasileiro de Medicina, vol. XIV, nos 1-4, jan/dez, 2001.



02

## **CUIDADOS COM AS MÃOS COMO MEIO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO**

### **ELABORAÇÃO**

**Vera Regina de Paiva Costa**

### **ORGANIZAÇÃO**

**Anna Luiza de F. P. Lins Gryscek**

**Marisa Beraldo**

**Solange T. Prieto Santos**

**Vera Regina de Paiva Costa**

## 1 – Microbiologia da Pele

A pele (ou *cútis*) é o manto de revestimento do organismo e é indispensável à vida pois isola o componente orgânico do meio exterior, impede a ação de agentes externos de qualquer natureza, dá proteção imunológica, faz termorregulação, propicia a percepção, tem função secretória e também evita perda de água, eletrólitos e outras substâncias do meio interno.

A superfície da pele apresenta sulcos e saliências, que são particularmente acentuadas na região palmo-plantar e nas extremidades dos dedos; e, dependendo do seguimento corpóreo, variações e pregas (articulares e musculares), orifícios pilosebáceos e sudoríparos.

A secreção sebácea produzida é importante para a manutenção eutrófica da própria pele, particularmente na camada córnea, pois evita a perda de água. O sebo tem propriedades antimicrobianas e contém substâncias precursoras da vitamina D.

A pele possui dois tipos de microbiota: a **transitória** e a **residente**.

A microbiota **transitória** compreende os microrganismos adquiridos por contato direto com o meio ambiente que contaminam a pele temporariamente e não são considerados

colonizantes. Esses microrganismos podem ser facilmente removidos com o uso de **água e sabão** ou **degermante**. No entanto, adquirem particular importância em ambientes hospitalares, devido à facilidade de transmissão de um indivíduo a outro.

A microbiota **residente** é composta por microrganismos que vivem e se multiplicam nas camadas mais profundas da pele, glândulas sebáceas, folículos pilosos, feridas ou trajetos fistulosos, e são viáveis por longo período de tempo.

Os microrganismos dessa flora não são facilmente removidos. Entretanto, podem ser inativados por antissépticos. Nas mãos, os microrganismos localizam-se em maior quantidade em torno das unhas e sob elas.

### Higienização das Mãos

Antes de iniciar a lavagem das mãos devem ser retirados: anéis, pulseiras e relógios.



a) **Lavagem básica das mãos**  
(tempo aproximado de 15 segundos)

É o simples ato de lavar as mãos com água e sabão preferencialmente neutro (podendo em algumas situações usar o antisséptico),

visando a remoção de microrganismos transitórios e alguns residentes, como também células descamativas, pêlos, suor, sujidades e oleosidade da pele.

O profissional de saúde deve fazer desse procedimento um hábito.

## Técnica

### HIGENIZAÇÃO DAS MÃOS

Fique em posição confortável, sem tocar a pia.

Abra a torneira de preferência com a mão não dominante, isto é, com a esquerda se for destro, e com a direita se for canhoto.

Se possível, mantenha a água em temperatura agradável, já que a água quente ou muito fria resseca a pele.

Use, de preferência, de 3 a 5 ml de sabão líquido com ou sem germicida.

Molhe as mãos e ensaboe. Friccione-as por 15 segundos, no mínimo, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos.

Enxágüe as mãos retirando totalmente a espuma e resíduos de sabão, enxugue-as com papel toalha descartável.

Feche a torneira utilizando o papel toalha descartável (evite encostar as mãos na pia).

Fonte: CDC Atlanta, 2002.

Norma e Manuais Técnicos - Lavar as mãos. Brasília, 1989.

## As mãos devem ser lavadas

### SEMPRE QUE:

- estiverem sujas

### ANTES DE:

- preparar e ministrar medicamento oral e injetável;
- preparar e ministrar: inalação, nebulização, etc.

## As mãos devem ser lavadas

### ANTES E DEPOIS DE:

Funções fisiológicas e/ou pessoais:

- se alimentar;
- limpar e assoar o nariz;
- usar toalete;
- pentear cabelos;
- fumar ou tocar qualquer parte do corpo.

Manusear cada paciente e também entre as diversas atividades realizadas com o mesmo paciente por exemplo:

- higiene;
- aspiração endotraqueal;
- esvaziamento da bolsa coletorade urina;
- tratamento das feridas;
- preparo de materiais ou equipamentos:
  - respiradores;
  - nebulizadores;
  - inaladores etc.

- manipulação de materiais ou equipamentos;
- coleta de espécimes, por exemplo: coleta de escarro, biópsias etc.
- higienização e troca de roupas dos pacientes.

Adaptado de CDC Atlanta, 2002.



### ATENÇÃO:

**Os profissionais com lesões cutâneas secretantes ou exsudativas devem evitar contato com o paciente.**



## Produtos a serem Utilizados na Higiene das Mãos

### SABÕES

São sais formados a partir da reação de ácidos graxos obtidos de gorduras vegetais e animais, com metais ou radicais básicos (sódio, potássio, amônia, etc.).

Os sabões têm ação detergente, removendo as sujidades, detritos e impurezas da pele ou outras superfícies.

O uso de sabão líquido é obrigatório nos hospitais e nas unidades de saúde.

### ÁLCOOL GEL70%

Soluções à base de álcool, com ou sem emoliente, em formulação líquida ou gel podem ser usadas, porém cabe ressaltar que são ineficientes quando as mãos estão sujas.

**PROCEDIMENTO:** deve-se utilizar de 3 a 5 ml do produto, friccionando as mãos em todas as faces pelo tempo de 1 minuto (p. 23/24). As mãos devem secar-se naturalmente e não por intermédio do papel-toalha.

**ESSE PROCEDIMENTO NÃO SUBSTITUI A LAVAGEM DAS MÃOS**

**OBS.:** na maioria das Unidades de Saúde, observam-se problemas relativos à estrutura física, evidenciados pela falta de pias em número adequado, a fim de proporcionar a lavagem freqüente das mãos.

## Técnica de HIGIENIZAÇÃO das mãos

Repita cada movimento 5 vezes



1º Palma contra palma



2º Palma direita sobre dorso esquerdo



3º Palma esquerda sobre dorso direito



4º Dedos entrelaçados palma contra palma



5º Parte posterior dos dedos em oposição à palma

## Técnica de HIGIENIZAÇÃO das mãos Repita cada movimento 5 vezes



6º e 7º Rotação do polegar



8º Utilizar a mão componente e friccionar o punho com movimento de rotação



9º Posição de enxágüe: deve ser com água em abundância a partir da mão para o antebraço



10º Secagem: enxugar com duas folhas de papel toalha



## Preparo Pré-operatório das Mãos

O preparo pré-operatório das mãos, também denominado como escovação das mãos ou antissepsia cirúrgica das mãos, é realizado para remoção de detritos, eliminação da microbiota transitória e redução da microbiota residente das mãos do cirurgião e seus auxiliares.

Recomenda-se o uso de escovas apropriadas com cerdas macias, descartáveis ou convenientemente esterilizadas. As de cerdas duras são contraindicadas, pois podem promover lesões cutâneas nas mãos e antebraços.

O tempo recomendado para o primeiro preparo pré-operatório das mãos é de 5 minutos, sendo que 3 minutos são suficientes para preparos subseqüentes ao longo do dia.

Antissépticos degermantes com boa ação germicida e efeito residual ajudam a manter a baixa contagem microbiana. As soluções degermantes à base de iodóforos ou clorexidina são indicadas.

Na técnica deve-se dar especial atenção às unhas e espaços sub-ungueais que devem ser limpos com espátula. A escovação deve concentrar-se nessa área, nos espaços interdigitais e mãos; a fricção dos antebraços pode ser feita com esponja.

O enxágüe deve ser realizado com água em abundância a partir da mão para o antebraço e a secagem, com compressas estéreis. Após o preparo pré-operatório das mãos, pode-se aplicar solução alcoólica do mesmo antisséptico utilizado na fase de degermação.

## As mãos devem ser submetidas ao preparo pré-operatório para:

- cirurgias de um modo geral;
- inserção de cateteres venosos centrais, arteriais e umbilicais;
- punção pleural, paracentese, instalação de cateter peritonial;
- punções do espaço epidural e raquidiano ou instalação de cateter epidural;
- realização de biópsias;
- preparo de solução parenteral ou enteral;
- outros.

## Soluções Antissépticas

São formulações germicidas de baixa causticidade, hipoalergênicas e destinadas à aplicação na pele e mucosas.

As formulações comerciais destinadas à antissepsia das mãos estão divididas em dois grupos:

- **Solução alcoólica** para antissepsia das mãos – o álcool age por desnaturação das proteínas e tem excelente ação bactericida e micobactericida. O álcool é um dos mais seguros e efetivos antissépticas, reduzindo rapidamente a contagem microbiana da pele, apesar de não possuir efeito químico residual e rápida evaporação. A concentração é importante, determinando sua eficácia. A concentração de 70% é a mais indicada por causar menor ressecamento da pele. Como sua grande desvantagem é o ressecamento causado pela remoção da gordura da pele, novos produtos adicionam emolientes ao álcool para minimizar este efeito sem interferência na sua ação germicida. A ausência de efeito residual e pequena inativação na presença de matéria orgânica é outra desvantagem.

- **Soluções antissépticas com detergente** (degermantes)

Essas soluções associam detergentes com antissépticas e destinam-se à degermação da pele, removendo detritos e impurezas:

- **Clorexidina:** Pertence ao grupo das biguanidas, age por destruição da membrana celular e precipitação dos componentes internos da célula microbiana, apresenta maior efetividade com um pH entre 5.5 a 7.0. Tem excelente ação contra bactérias Gram-positivas, fungos e vírus, mas pequena ação contra micobactérias. Apresenta baixo potencial de toxicidade e de fotossensibilidade ao contato, sendo pouco absorvida pela pele íntegra. Apesar da clorexidina ter ação mais lenta que o álcool, estudos demonstram boa redução da microbiota após 15 segundos de lavagem das mãos. O principal benefício é o efeito residual de 6 a 8 h.

As fórmulas usuais são:

- Solução degermante a 2 ou 4%, contendo não menos que 4% de álcool etílico para

evitar contaminação do produto por bactérias Gram-negativas. Não há diferença significativa da atividade antisséptica entre solução a 2 ou 4%;

- Solução alcoólica a 0,5%;
  - Solução aquosa a 0,2%, específica para procedimentos de gineco-obstetrícia.
- **Iodo e iodóforos:** O iodo é um elemento químico não metálico, de símbolo “I”, pouco solúvel em água, porém solúvel em álcool, glicerol, óleos, benzeno e clorofórmio. Apresenta facilidade em penetrar na parede celular dos microrganismos, inibindo a sua síntese vital, oxidando e substituindo o conteúdo microbiano por iodo livre. Possui ação micobactericida, fungicida e viricida, podendo ter alguma ação contra esporos após longo tempo de exposição. O uso do iodo foi limitado por muitos anos, por ocasionar queimaduras, irritação de pele e de mucosas. Com o desenvolvimento de compostos iodóforos que são mais potentes, mais solúveis e menos irritantes, o uso do álcool iodado tem sido abandonado. Os iodóforos são combinações de iodo com um agente solubilizante e transportador, a polivinilpirrolidona (PVP), compondo o

polivinilpirrolidona-iodo (PVP-I). Atua carregando moléculas de iodo que são liberadas gradualmente em baixas concentrações, mantendo o efeito germicida próprio do iodo, mas reduzindo sua toxicidade.

Os iodóforos necessitam de aproximadamente 2 minutos de contato para a liberação do iodo livre, atingindo assim um nível adequado de antisepsia. Devido à sua liberação lenta, possuem efeito residual de 2 a 4 horas. No entanto, sua ação é rapidamente neutralizada pela presença de matéria orgânica.

Os iodóforos podem ser encontrados nas formulações degermante, alcoólica e aquosa em concentração de 10% com 1% de iodo livre. Os antissépticas à base de iodo podem sofrer decomposição pela exposição excessiva à luz e calor.

Os iodóforos não mancham tecidos.

Podem causar queimaduras químicas se permanecerem em contato com a pele por período prolongado.

**Especial atenção** deve ser dedicada à antisepsia cirúrgica, evitando a permanência de campos molhados ou poças do antisséptico sob o paciente. Há relatos de absorção percutânea e por mucosas em recém-nascidos, levando ao hipotireodismo após exposição.

## Conservação dos Antissépticas

As soluções antissépticas devem ser protegidas da luz solar direta ou de temperaturas elevadas. No uso de almotolias reenvasáveis, elas devem ser autoclavadas ou desinfetadas. Deve se estabelecer rotina para troca, incluindo o esvaziamento, limpeza e secagem no mínimo a cada 7 dias, pois há relatos de contaminação por bacilos Gram-negativos ou por estafilococos.

## Materiais e Equipamentos Necessários

- Dispensadores

Devem apresentar dispositivos que facilitem o seu esvaziamento, enchimento e/ou troca de refil. Preferencialmente devem ser usados os modelos descartáveis, acionados com o pé ou o cotovelo. Para soluções antissépticas degermantes, deve-se utilizar dispensadores de parede que reduzam a possibilidade de sua contaminação com a microbiota das mãos.

O acionamento pode ser manual quando utilizado para lavagem das mãos, porém, para o preparo pré-operatório das mãos, são indicados dispensadores com acionamento por cotovelos, pés ou célula fotoelétrica .

- Pias

Devem estar sempre limpas, adequadamente localizadas e em número necessário para facilitar o ato de lavar as mãos, e com torneiras que funcionem. No Centro Cirúrgico, se possível, devem ter água quente e fria e o acionamento devem ser com o pé, cotovelo ou joelho.

As pias e torneiras devem ser instaladas de maneira que não propiciem ao usuário respingos de água durante sua utilização. Os profissionais, visando não contaminar seus uniformes, devem criar o hábito de não encostar na pia quando forem lavar as mãos.

- Porta papel-toalha

Deve-se dar preferência aos modelos para papéis em bloco que possibilitam o uso individual folha a folha. Outra opção é em rolo, porém a manipulação para o uso é mais complicada. O papel-toalha deve ser de material suave, para não machucar as mãos e de fácil retirada dos suportes.

O suporte deve ser fixado junto às pias, ser de fácil limpeza e de material que não oxide. Contra-indica-se o uso de toalhas de tecido do tipo comum. O secador elétrico, na prática, não é bem utilizado, pois os profissionais não obedecem ao tempo necessário para a total secagem das mãos.



# EPI - INDICAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

03

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Anna Luiza de F. P. Lins Gryscek

Marisa Beraldo

Solange T. Prieto Santos

Vera Regina de Paiva Costa

## Equipamentos de Proteção

O objetivo do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) não se restringe somente à proteção dos profissionais de saúde, mas também se destina à redução do risco de transmissão de microrganismos.

Seu emprego relaciona-se ao risco potencial de exposição ao sangue, fluidos corpóreos, secreções e excretas, contato com lesões de pele, membranas mucosas e durante cuidados envolvendo procedimentos invasivos.



## Aventais de uso diário

AVENTAL  
JALECO  
OU  
GUARDA-PÓ

Use avental de mangas longas preferencialmente durante o inverno, pois ele protegerá suas vestes, podendo ter punhos ajustáveis. No verão poderá ser de mangas curtas, o que facilita a lavagem das mãos e do antebraço. Deverá ser de comprimento abaixo dos joelhos.

Deve estar sempre abotoado para proteger as vestes. A região frontal é a que oferece maior possibilidade de exposição.

Não utilize o avental em áreas públicas: passeio, retorno a outro estabelecimento ou ir para casa, em compras, bancos, lanchonetes e bares.  
Não abrace pessoas ou carregue crianças com seu avental de uso diário, ele poderá estar contaminado.

Troque-o quantas vezes for necessário pelo avental descartável ou de tecido, de acordo com o procedimento a ser realizado.

Antes de dirigir-se ao refeitório, copa, ou sair da unidade de saúde, retire o avental protetor.

Deixe guardado no setor de trabalho após seu turno, acondicionando-o em saco impermeável. Pode ser utilizado posteriormente, desde que em boas condições de uso.

Deverá ser lavado periodicamente sempre que necessário ou, no mínimo, duas vezes por semana.

Adaptado de MAGALHÃES, H.P. de Técnica cirúrgica e cirurgia experimental. São Paulo: Sarvier, 1993, p. 338

## Avental Berçário

Usar avental de mangas curtas (pois eles facilitam a lavagem das mãos e do antebraço, evitando a contaminação cruzada na assistência do recém-nascido na incubadora).

Adaptado de CADERNO BRASILEIRO DE MEDICINA. Vol. XIV, NOS 1, 2, 3 e 4, jan/dez, 2001.

## Avental para uso em procedimentos não invasivos

AVENTAL TECIDO  
(não estéril)

- Use avental de mangas compridas.
- Não dobre as mangas.

AVENTAL DESCARTÁVEL  
(não estéril)

- Não dobre as mangas.

Usar sempre que necessário como um equipamento de proteção individual.

Deve ser utilizado sempre que houver risco de contaminação da roupa por sangue, fluidos corpóreos, secreções e excretas (exceto lágrima) no manuseio de pacientes, e também no manuseio de materiais e equipamentos que possam levar a essa contaminação.

Uso indicado durante procedimentos de isolamento com risco de contato com material infectante e pequenos procedimentos cirúrgicos.

### ATENÇÃO!

Remover o avental após o uso e lavar as mãos, evitando transferência de microrganismos para outros pacientes ou ambientes.

Adaptado do Programa de Saúde Ocupacional disponível no site: <http://www.cac.org.br/prosao.htm>

Obs.:

1. Sempre que possível deve-se dar preferência aos aventais descartáveis em detrimento dos de tecido.
2. Avental de tecido deve ser lavado na Unidade de Saúde.

## Avental - procedimentos invasivos

### AVENTAL CIRÚRGICO

O avental CIRÚRGICO é longo, com mangas compridas e com punhos ajustáveis, incluindo uma alça de fixação no polegar, o que evita que o punho se desloque em direção ao cotovelo durante o procedimento cirúrgico.

É esterilizado, dobrado e empacotado com técnica, de modo que o profissional possa retirá-lo sem haver contaminação. O avental é então apreendido pela gola para se desenrolar.

O profissional introduz as mãos e braços pela parte de trás do avental. Com a ajuda do circulante, as pontas dos cintos são amarradas nas costas e no decote. Deve-se tomar alguns cuidados como evitar o toque na face externa do avental, ou mesmo o toque da circulante no profissional.

Deverá ser utilizado em situações com grande exposição a sangue como: cirurgias cardiovasculares, partos vaginais, histerectomia vaginal, passagem de cateter central, flebotomia e até em necropsias. Recomenda-se usar, sob os aventais cirúrgicos, aventais impermeáveis que protejam o tronco e os membros inferiores.

Adaptado do Programa de Saúde Ocupacional disponível no site: <http://www.cac.org.br/prosao.htm>

### GORRO

Deve ser utilizado pela equipe de saúde para a proteção dos cabelos da contaminação por aerossóis, impedindo que o profissional leve para outros locais os microrganismos que colonizaram seus cabelos.

Deve ser utilizado para evitar a queda de cabelo em material e campo cirúrgico.

Deve recobrir todo o cabelo e orelhas e ser descartado em lixo contaminado.

Deve ser descartável e de uso único.



Adaptado de Manual de condutas: controle de infecção e práticas odontológicas. 2000.

## Uso de Luvas

### É importante:

- Usar luvas de procedimentos ao desenvolver atividades com o paciente quando necessário.
- Trocar as luvas após contato com materiais que possam conter maior concentração de microrganismos (Ex.: matéria fecal ou de drenagem).
- Entre um procedimento e outro com o mesmo paciente, **deve-se também** trocar as luvas.
- Remover as luvas prontamente ao término da atividade ou procedimento, deixar o ambiente do paciente e lavar as mãos imediatamente com água, sabão e antisséptico, se necessário.
- Após remoção das luvas e lavagem das mãos, certificar-se de que as mãos não toquem artigos e superfícies contaminadas, evitando a transferência de microrganismos para outros pacientes ou ambientes.

<p>LUVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequadas para a característica de cada setor ou atividade</li> <li>• Precauções de Contato e Padrão</li> </ul>	Luvas de limpeza não precisam permitir a mesma sensibilidade que as cirúrgicas e/ou de procedimentos.
	Luvas de procedimento: Usar quando em contato com sangue, fluido corpóreo, mucosa e pele não íntegra, bem como na manipulação de qualquer material biológico, produtos químicos e no fechamento de sacos plásticos de resíduos hospitalares.
	Usar luvas de procedimento para manuseio de objetos ou superfícies sujas com sangue e outros fluidos.
	Usar luvas de procedimento na punção venosa periférica.
	É necessário conhecer as limitações das atividades para não prejudica outras pessoas. Ex.: é proibido tocar em maçanetas, puxadores de armário, apertar botões, atender telefone ou outros objetos de uso comum quando com mãos enluvadas.

## Com Relação ao Uso de Luvas

É sempre bom lembrar que as luvas reduzem o risco de contaminação, mas sem eliminá-lo. Elas devem ser descartadas após cada cuidado prestado, nunca lavadas. Não é recomendado o seu uso prolongado e indiscriminado, pois além de facilitar a transmissão de infecções, pode provocar várias reações adversas e sensibilização cutânea.

As luvas, durante seu processo de fabricação, são desidratadas e, durante seu uso, sofrem reidratação, aumentando sua porosidade e, conseqüentemente, a passagem de microrganismos.

As mãos podem se contaminar durante a remoção das luvas.

A opção do uso de luvas estéreis ou de procedimento depende da atividade a ser realizada e da suscetibilidade do paciente. Elas podem ser feitas de látex ou materiais sintéticos. Luvas de látex proporcionam maior proteção, porém podem provocar alergia. As luvas sintéticas são de maior custo. Quando feitas de vinil, têm um bom nível de proteção, mas as de polietileno devem ser evitadas pela fragilidade e permeabilidade. Obs.: luvas de látex têm melhor resistência que as de vinil.

- Deve-se utilizá-las para a proteção do paciente e do funcionário, e para contato com sítios

estéreis. O uso na presença de lesões de pele, mucosas e em todas as atividades que apresentem risco de exposição ao sangue, fluidos corpóreos, secreções e excretas e na manipulação de material perfurocortante, é indicado para a proteção do funcionário.

- Devem ser descartáveis, calçadas imediatamente antes do procedimento de risco e removidas tão logo a atividade seja completada. Devem ser trocadas ao atender outro paciente ou realizar outro procedimento no mesmo paciente.
- Devem ser desprezadas no lixo hospitalar (saco branco leitoso NBR 9191- ABNT) como lixo ou material infectante, e as mãos devem ser lavadas após sua remoção.

Fonte: FERNANDES, A.T.; BARATA, L.C.B. Medicina baseada em evidências e controle de infecção hospitalar. 2001.

## Luvas Estéreis

- O profissional de saúde deve usar luvas estéreis não apenas na sala de cirurgia, mas em qualquer situação onde seja realizado um procedimento invasivo.
- As luvas devem ser grandes o bastante para serem colocadas com facilidade, mas pequenas o suficiente para não ficarem folgadas.

## Ação Sugerida

Material:

- Pacote de luvas estéreis no tamanho adequado, com identificação correta.
- Mesa ou superfície limpa para abertura do pacote.

SEQÜÊNCIA	Retirar todas as jóias, acessórios e lavar as mãos (p. 20 e 24).
	Abrir o pacote de luvas sem contaminá-lo e deixá-lo sobre uma superfície plana.
	Abrir o invólucro interno e, tocando apenas na face externa, abrir ambas as dobras.
	Retira-se uma das luvas do pacote segurando-a pelo lado interno do punho, que deverá estar dobrado sobre o lado externo.
	Levante-a mantendo-a longe do corpo, acima da cintura, com os dedos da luva para baixo.
	Calça-se essa luva e, depois, pega-se a outra, de modo a não tocar na parte interna. Deve-se aproveitar a dobradura do punho introduzindo quatro dedos e calçando-a.
	Pode-se agora acomodá-las melhor nas mãos, eliminando as dobras e as rugas.
	As luvas são colocadas de modo a cobrirem o punho do avental.
	Esse EPI não deve ser frouxo ou largo, mas deve se acomodar às mãos.
	Muitas vezes, como precaução, o cirurgião usa 2 luvas, ou troca-as a cada hora de cirurgia.
	Às vezes, conforme o tipo de cirurgia (Ex.: cirúrgicas ortopédicas), faz-se necessário o uso de luvas para alto risco (antiderrapantes).
	Se ocorrer contaminação em qualquer momento do procedimento, descarte as luvas e comece novamente com luvas novas.

Adaptado de: MAGALHÃES, H.P.de. Técnica cirúrgica e cirurgia experimental. São Paulo: Sarvier, 1993. p.338. APECI H (1999).

## Colocação das Luvas Esterilizadas



<http://www.fob.usp.br/adm/comissoes/bioseseg/cap09.htm>

## A Remoção das Luvas

### LUVAS REMOÇÃO

Segure uma das luvas pelo lado externo na região do punho, mantendo uma barreira entre superfícies contaminadas (punho do avental).

Estique e puxe a extremidade da luva para baixo, enquanto inverte-a durante a remoção (mantendo isolado o lado contaminado).

Introduza os dedos da mão sem luva dentro da extremidade interna da luva ainda calçada (punho do avental), propiciando contato direto com a superfície mais limpa da luva.

Puxe a segunda luva de dentro para fora enquanto encapsula a primeira luva na palma da mão (limitando o reservatório de microrganismos).

Descarte as luvas em recipiente adequado para tal fim (saco de lixo plástico branco leitoso de espessura 10 micra segundo NBR 9191 - ABNT).

Lave as mãos imediatamente após a retirada das luvas (p.20 a 24). Esse procedimento propicia a retirada de microrganismos transitórios e residentes que podem ter proliferado no ambiente escuro, quente e úmido do interior das luvas.

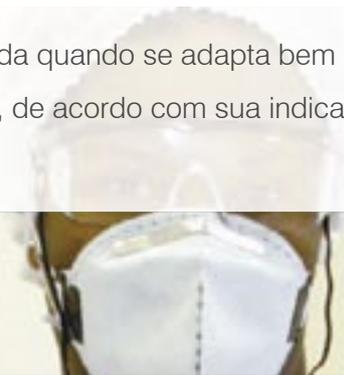


## Uso de Máscaras

MÁSCARA DESCARTÁVEL OU CIRÚRGICA	MÁSCARA COM FILTRO OU RESPIRADOR
<p>Deve ser usada quando houver risco de contaminação da face com sangue, fluidos corpóreos, secreções e excretas.</p>	<p>Deve ser colocada antes de entrar no quarto do paciente portador ou sob suspeita de tuberculose pulmonar bacilífera ou outras patologias transmitidas por patógenos menores que 5 micra (N95), como sarampo e varicela. E ser retirada após sua saída (precaução para aerossóis).</p>
<p>Deve ser usada para evitar contaminação do ambiente (precaução contra gotículas) ou em procedimentos em que se utilize material estéril: instalação de cateter venoso central, punção líquórica, sondagem vesical, aspiração traqueal, dissecação venosa etc.</p>	<p>Deve ser utilizada em áreas de alta contaminação com produtos biológicos e/ou na manipulação de substâncias químicas com alto teor de evaporação, mesmo quando manipuladas em capela de exaustão externa.</p>
<p>Deve ser utilizada:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• protege por tempo limitado, cerca de 20', apesar de atender à maioria das situações.</li><li>• eventualmente, por pacientes com tosse persistente.</li></ul>	<p>Deve ser utilizada: durante necropsia de pacientes suspeitos de tuberculose, sarampo, varicela e herpes zoster disseminado.</p>

Adaptado de: <http://www.saudetotal.com/microbiologia/biosseg.htm>

Obs.: A máscara está adequada quando se adapta bem ao rosto do usuário e filtra partículas de tamanho correto, de acordo com sua indicação.



## Respiradores N95 para a Proteção Respiratória do Profissional



Fonte: [www.cdc.gov/nchstp/tb](http://www.cdc.gov/nchstp/tb)

### RESPIRADOR

#### N95

Este EPI deve ser colocado antes de entrar no quarto e retirado após a saída do local, e pode ser reutilizado pelo mesmo profissional desde que se mantenha íntegro, seco e limpo e que não gere desconforto durante o uso. Utilizar:

- nos quartos com pacientes com tuberculose pulmonar confirmada ou suspeita, sarampo e varicela;
- em locais onde ocorram procedimentos indutores de tosse e geradores de aerossóis (salas de broncoscopia, inalação com pentamidina, salas de indução de escarro, laboratórios de micobacteriologia, consultório de odontologia).

- Os respiradores não têm um prazo limitado de uso, podendo ser utilizados por um longo período pelo mesmo profissional.
- O tempo de uso está condicionado à sua integridade.

Para garantir a utilização de uma máscara segura para tal finalidade, é importante que ela possua o CA (Certificado de Aprovação) emitido pelo Ministério do Trabalho.

- para a emissão desse certificado é medida a passagem das partículas pela trama do tecido da máscara.

Nos EUA, essa classe de produto é denominada N95 (95% de eficiência de filtragem para partículas não-oleosas) o que fez com que o produto fosse conhecido assim mundialmente.

No Brasil, esta máscara também é conhecida por N95, porém a NBR 13698/96 classifica

o filtro para esta finalidade de P2, onde a passagem de partículas permitida é no máximo 6%. Para garantir que os 6% restantes sejam retidos pela máscara, a mesma é carregada eletrostaticamente para reter estas partículas menores.

## Protetor Ocular e/ou Facial e Sapatos e Botas

### Protetor Ocular e/ou Facial

PROTETOR OCULAR E/OU FACIAL	<p>Deve ser usado quando houver risco de contaminação dos OLHOS E/OU FACE com sangue, fluidos corpóreos, secreções e excretas, não sendo de uso exclusivamente individual.</p>
	<p>É imprescindível o uso de protetor ocular e/ou protetor facial em todo atendimento a paciente que possa produzir respingo de sangue em maior quantidade em momentos previsíveis, tais como: punção venosa para coleta de sangue, sondagens, aspiração traqueal ou oral, durante a realização de curativos que apresentem secreções, em pós-operatório de pacientes que apresentem sangramento pela incisão, em necropsia etc.</p>
	<p>O protetor ocular e/ou facial é fabricado com materiais rígidos (acrílico ou polietileno) e deve limitar entradas de respingos pelas porções superiores e laterais dos olhos.</p>
	<p>A limpeza dos protetores é realizada com água, sabão e hipoclorito de sódio. Não é indicado o uso de álcool 70% para desinfecção.</p>

### Sapatos e Botas

SAPATOS	<p>Exclusivamente fechados e de preferência de couro ou de outro material impermeável. Não é permitido o uso de sandálias dentro da unidade de saúde.</p>
BOTAS	<p>Seu uso é indicado durante procedimentos de limpeza em unidades de saúde para profissionais da lavanderia e para aqueles que realizam necropsias.</p>

Adaptado de:

- 1 - DEFFUNE, E. et al. Manual de enfermagem em hemoterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo: fev/2003.
- 2 - <http://www.saudetotal.com/microbiologia/biosseg.htm>

## Equipamentos de Proteção Individual

Procedimentos	Lavar as Mãos	Luvax	Avental	Óculos e Máscara
Exame de paciente sem contato com material biológico, mucosa ou pele íntegra.	X	-	-	-
Exame de paciente incluindo contato com sangue, fluidos corporais, mucosa ou pele não íntegra.	X	X	( * )	-
Coleta de exames de sangue, urina e fezes.	X	X	-	-
Realização de Curativos.	X	X	( * )	( ** )
Administração de medicamentos via parenteral.	X	X	-	( ** )
Punção ou dissecação venosa profunda, procedimentos invasivos.	X	X	X	X
Aspiração de vias aéreas, entubação traqueal, endoscopia e broncoscopia.	X	X	X	X
Procedimentos odontológicos.	X	X	X	X
Procedimento que possibilite respingos de sangue e secreções (material biológico).	X	X	X	X

(\*□) realização de curativos de grande porte em que haja maior risco de exposição do profissional, grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves e escaras de decúbito.

(\*\*) O uso de óculos de proteção está recomendado somente durante os procedimentos em que haja possibilidade de respingo ou para aplicação de medicamentos quimioterápicos.

Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de condutas: exposição ocupacional a materiais biológicos: Hepatite B e HIV. Brasília: 1999.



04

## EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

### ELABORAÇÃO

- Acidentes com Material Biológico  
Solange T. Prieto Santos
- Hepatites  
Célia Regina Cicolo da Silva
- Tuberculose  
Naomi Kawaoka Komatsu  
Necha Goldgrub  
Solange T. Prieto Santos

### ORGANIZAÇÃO

- Anna Luiza de F. P. Lins Gryscek
- Marisa Beraldo
- Solange T. Prieto Santos
- Vera Regina de Paiva Costa

## Acidentes com Material Biológico

A preocupação com riscos relacionados a materiais biológicos surgiu a partir da constatação de agravos à saúde de profissionais que exerciam atividades em laboratórios desde o início dos anos 40. No entanto, somente a partir da epidemia da Aids nos anos 80 que as normas relacionadas à segurança no ambiente de trabalho foram inicialmente estabelecidas para profissionais de saúde.

Estão expostos a riscos biológicos todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, além de visitantes e outros profissionais que estejam ocasionalmente nesses serviços.

O risco de exposição varia de acordo com a categoria profissional, a atividade realizada ou o setor de atuação nos serviços de saúde. São considerados de alto risco: profissionais de área cirúrgica, de emergência, odontólogos, laboratório, estudantes, estagiários e pessoal da limpeza.

A equipe de enfermagem é uma das principais categorias de risco à exposição com material biológico, provavelmente por ser o maior recurso humano nos serviços de saúde e por ter contato direto na assistência prestada ao paciente.

Os odontólogos também são de alto risco, sendo que alguns estudos mostram que 85% dessa

categoria profissional, tem pelo menos uma exposição percutânea a cada cinco anos.

A exposição a material biológico (sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente contaminados) pode resultar em infecção por patógenos como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e os vírus das hepatites B e C. E este capítulo pretende abordar medidas profiláticas relacionadas à prevenção desses patógenos.

Os acidentes ocorrem habitualmente através de picadas com agulhas; ferimentos com material ou instrumentos cortantes (acidentes percutâneos); e contato direto da mucosa ocular, nasal, oral e pele não íntegra quando em contato com sangue ou materiais orgânicos contaminados.

O risco desses acidentes resultarem em infecção é variável e está associado ao tipo de acidente, ao tamanho da lesão, à presença e ao volume de sangue envolvido no acidente, à quantidade de vírus no sangue do paciente fonte (carga viral) e à utilização de profilaxia específica (para o HIV com medicamentos anti-retrovirais e para a hepatite B com vacinação pré-exposição ou administração de imunoglobulina específica pós-exposição).

Aproximadamente, 800 mil acidentes com perfurocortantes são notificados anualmente nos Estados Unidos. No Reino Unido, eles representam 16% das intercorrências ocupacionais em seus hospitais, sendo que apenas metade é notificada.

A maioria dos acidentes está relacionada com venopunção, administração de medicamentos no acesso venoso e reencape de agulhas após o uso. São, portanto, potencialmente preveníveis.

No Brasil, a vigilância das exposições ocupacionais de profissionais que manipulam materiais biológicos existe de forma isolada em alguns hospitais universitários e em alguns serviços de saúde.

Em 1999, a Divisão de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual DST/Aids (PE-DST/Aids) elaborou a primeira proposta de fluxo de atendimento e sistema de vigilância de acidentes com material biológico em profissionais da saúde do Estado de São Paulo, visando principalmente a prevenção de infecção pelo HIV e pelos vírus das Hepatites B e C.

Em junho de 2001, foi realizado pelo PE-DST/Aids treinamento do Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos (SINABIO) para o sistema informatizado de vigilância de acidentes com exposição a fluidos biológicos. No mesmo ano, a Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde atualizou as recomendações para as condutas na exposição ocupacional ao HIV, publicadas nas “Recomendações para terapia anti-

retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV”, que se baseiam em experiências nacionais de atendimento e condução de casos de exposição ocupacional a fluidos biológicos e seguiram a atualização feita pelo CDC (EUA).

As recomendações para indicação de terapia anti-retroviral em casos de exposição com material biológico serão atualizadas anualmente pela Coordenação Nacional de DST/Aids (consenso).

Nesse período houve também a investigação epidemiológica e confirmação do primeiro caso brasileiro de infecção pelo HIV como consequência de acidente de trabalho em profissional de saúde, ocorrido em outubro de 1994.

O SINABIO foi implantado em outubro de 2001, pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que propôs a introdução de algumas informações trabalhistas na ficha de notificação e estabeleceu a notificação compulsória dos acidentes biológicos dos trabalhadores da saúde.

O aprimoramento da qualidade do atendimento e da informação sobre acidentes com material biológico visa fornecer subsídios para análise epidemiológica e planejamento de recursos, além de eventual uso jurídico e previdenciário por profissionais cujos acidentes possam resultar em infecção.



### Exposição Ocupacional a Material Biológico:

Contato de mucosas, pele não íntegra ou acidente percutâneo com sangue ou qualquer outro material biológico potencialmente infectante.

### Devem ser Considerados Fluidos Biológicos de Risco:

Sangue, líquido orgânico contendo sangue e líquidos orgânicos potencialmente infectantes: sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, peritonal, pericárdico e amniótico. Suor, lágrima, fezes, urina, vômitos, secreções nasais e saliva (exceto em ambiente odontológico) são líquidos biológicos **SEM** risco de transmissão ocupacional do HIV. Nesses casos, a quimioprofilaxia e o acompanhamento sorológico **NÃO** são recomendados. A presença de sangue nesses líquidos torna-os infectantes.

## Fatores para a Ocorrência de Infecção

ATENÇÃO	A patogenicidade do agente infeccioso.
	O material biológico envolvido.
	O volume de material envolvido.
	A carga viral do paciente fonte (paciente envolvido no acidente).
	A forma de exposição.
	A suscetibilidade do profissional de saúde.
	A existência de profilaxia pós-exposição.

De dezembro de 1999 a agosto de 2002, o SINABIO recebeu 3.513 notificações de acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos, provenientes de 124 municípios diferentes, representando 20% dos municípios do Estado de São Paulo. Vale ressaltar que, nesse Estado, esses acidentes ainda não são de notificação compulsória.

Embora as informações obtidas não possam ser generalizadas para todo o Estado, elas seguem padrões e tendências semelhantes às descritas na literatura disponível sobre os acidentes com exposição a fluidos biológicos.

Profissionais da enfermagem estiveram envolvidos em 58% dos acidentes, mostrando que procedimentos de prevenção devem ser priorizados e que a necessidade de atualização deve ser rotineira.

ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO	58% ENFERMAGEM	TIPO DE EXPOSIÇÃO	86% PERCUTÂNEO
	8,3% PROFISSIONAIS LIMPEZA		6% MUCOSA OCULAR
	7% MÉDICOS		5% PELE NÃO ÍNTEGRA
	7% ESTUDANTES		2% MUCOSA ORAL
	2,7% DENTISTAS		1% OUTROS
	17% OUTRAS CATEGORIAS		
	3.513 notificações 1999 a 2002		

Adaptado do Boletim Epidemiológico CRDST/AIDS/CVE, ano I, nº 01, outubro, 2002.

CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE	16,2%	durante a administração de medicamentos
	16,0%	por descarte inadequado
	13,4%	em punções inadequadas
	10,3%	em procedimentos cirúrgicos
	7,1%	em procedimentos odontológicos
	4,7%	por reencape de agulhas
	32,3%	outras situações

Adaptado do Boletim Epidemiológico: CRDST/AIDS/CVE, ano I, nº 01, outubro, 2002.

## Situação vacinal para Hepatite B no momento do acidente

71,5%	Referiram vacinação completa
26%	Vacina incompleta ou não vacinados
2,5 %	Informação ignorada

Adaptado do Boletim Epidemiológico: CRDST/AIDS/CVE, ano I, nº 01, outubro, 2002.

O sangue foi o fluido notificado em 82% das exposições. Agulhas com luz foram os instrumentos responsáveis por 63% das exposições.

Não foram relatadas soro-conversões por HIV, VHB e VHC relacionadas com acidentes, entre os casos notificados até o momento do estudo.

## Risco Médio após Acidente com Material Biológico (Sangue)

HIV	0,3 % após exposição percutânea
	0,09% após exposição mucocutânea
HEPATITE B	Pode chegar a 60% após exposição percutânea(Fonte Ag HBs+)
HEPATITE C	1 a 10 % após exposição percutânea(fonte VHC positiva)

Adaptado de Manual CVE/SPHepatites, 2003.

**A MELHOR PROFILAXIA PARA A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL CONTINUA  
SENDO O RESPEITO ÀS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA**



## Cuidados com Material Perfurocortante e Material Biológico

Ao manusear perfurocortante	
	Ter máxima atenção durante a realização de procedimentos invasivos.
	Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimento que envolva material perfurocortante.
agulhas,	Nunca reencapar, entortar, quebrar ou desconectar a agulha da seringa.
escalpes,	Não utilizar agulhas para fixar papéis.
lâminas de bisturi,	Desprezar agulhas, escalpes, lâminas de bisturi e vidrarias, mesmo que estéreis, em recipiente próprio.
vidrarias	Não descartar material perfurocortante em saco de lixo comum, mesmo que seja branco.
e	
outros.	Usar sapatos fechados (não de tecido) para proteção dos pés em locais úmidos, com presença de material biológico ou onde haja risco de acidente percutâneo (Ex: consultório odontológico, sala de coleta de exames, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de material e esterilização, pronto-socorro e outros.).



**TODOS OS OBJETOS PERFUROCORTANTES DEVEM SER DESCARTADOS EM RECIPIENTE DE PAREDE RÍGIDA, IMPERMEÁVEL E CONTER TAMPA.**

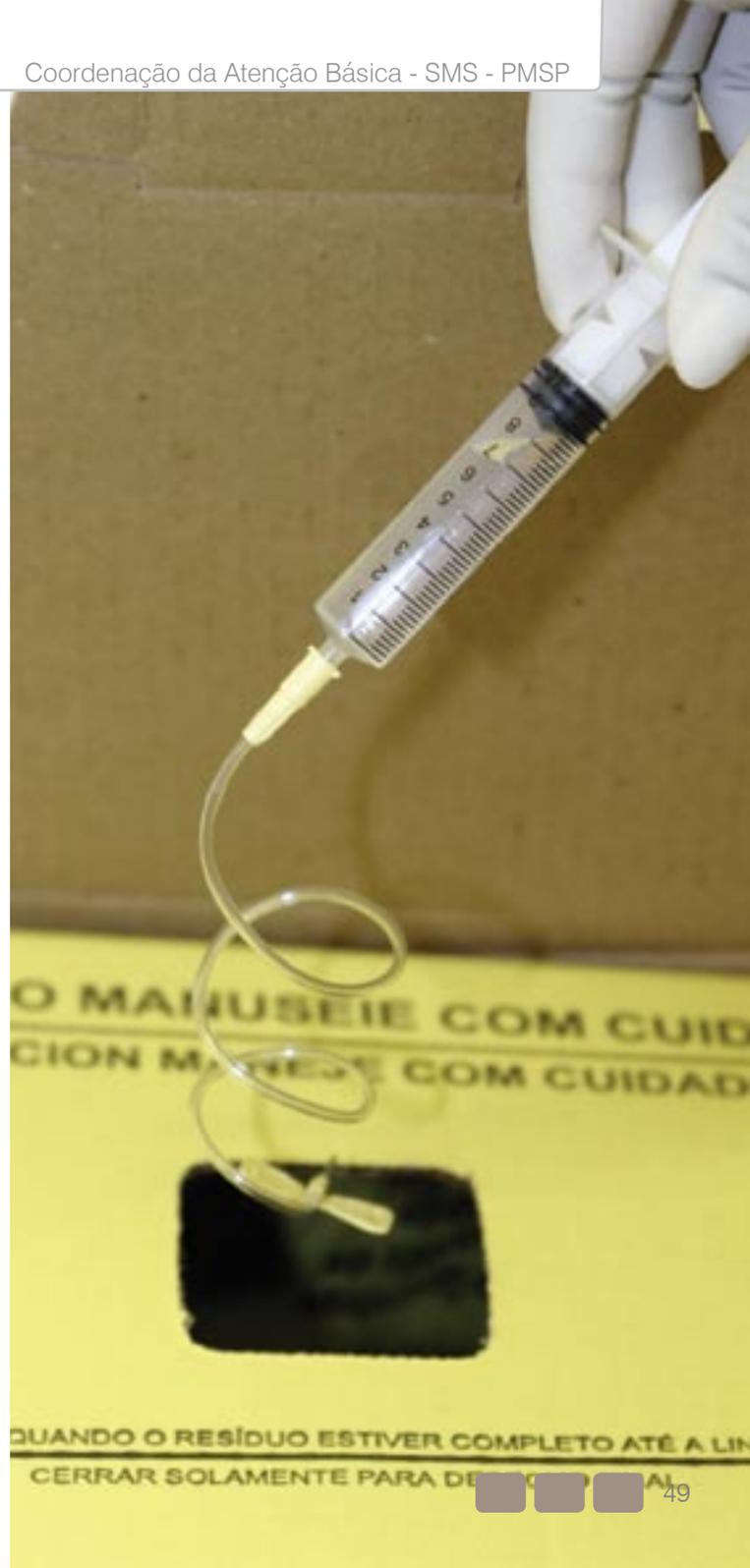
## Recipiente para Material Perfurocortante

- Deve conter paredes rígidas e impermeáveis e tampa;
- Não deve ser preenchido acima do limite de 2/3 de sua capacidade total;
- Não deve ser deixado no chão, devendo estar sempre em local seguro;
- Deve ser colocado em ponto estratégico;
- Deve-se vedá-lo com fita adesiva e colocá-lo em saco branco leitoso, dar um nó e encaminhá-lo para o destino final.

## Cuidados com o Transporte de Material Biológico

- Etiquetar os frascos coletores antes da coleta do material.
- Acondicionar as amostras em saco plástico transparente.
- Colocar o saco com as amostras em caixa térmica para transporte que contenha gelo reciclável.
- O transporte é de responsabilidade do laboratório executor.

Adaptado de Técnicas para coleta de sangue/Coordenação Nacional de DST e Aids. 2ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.



## Procedimentos Recomendados Pós-exposição a Material Biológico nas Instituições de Saúde em Geral

Em caso de exposição a material biológico

Após exposição em pele íntegra, lavar o local com água e sabão ou solução antisséptica com detergente (PVPI, clorexidina) abundantemente. O contato com pele íntegra não constitui situação de risco.

Após exposição em mucosa lavar com soro fisiológico 0,9% ou água corrente em abundância, repetindo a operação por várias vezes.

PROCEDIMENTO IMEDIATO

Se o acidente for percutâneo, lavar imediatamente o local com água e sabão ou solução antisséptica com detergente (PVPI, clorexidina).

Não fazer espremedura do local ferido pois há um aumento da área lesada e, conseqüentemente, aumento da exposição ao material infectante.

CUIDADOS LOCAIS

Não usar soluções irritantes como éter, hipoclorito de sódio ou glutaraldeído.

Se o paciente fonte for conhecido com situação sorológica desconhecida, colher, após aconselhamento e consentimento, sorologias para HIV, VHB e VHC (dois tubos secos). Sempre que possível realizar teste rápido para HIV no paciente fonte.

*(Teste rápido: teste de triagem que produz resultado em minutos, indicado para situações de emergência, devendo ser obrigatoriamente confirmado através de testes confirmatórios).*

**Obs.:** para teste rápido, a coleta deverá ser feita em um tubo de tampa roxa (com anticoagulante).

Em caso de exposição  
a material biológico

NOTIFICAÇÃO DO  
ACIDENTE

Notificar à chefia imediata.

Notificar ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) ou médico do trabalho para avaliação do acidente e encaminhamento aos serviços de referência para atendimento através de "Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos".

Notificar o setor de Pessoal, que deverá preencher a comunicação de Acidente de Trabalho (CAT ou similar).

Obs.: É impossível afirmar que o profissional se infectou em serviço se o acidente ocupacional não for devidamente notificado, portanto, medidas que viabilizem esse procedimento devem ser implementadas em todos os serviços de saúde.

Em caso de exposição  
a material biológico

CONDUTA  
PÓS-ACIDENTE

- Colher, após aconselhamento e consentimento do funcionário acidentado, sorologias para HIV, AgHBs, anti HBs e anti HCV:

- Esse procedimento é utilizado para exclusão de infecção prévia.

Não é indicado o teste rápido para HIV.

Avaliar imunização para Hepatite B.

Avaliar situação sorológica do paciente fonte.

Avaliar indicação de profilaxia para HIV e Hepatite B (ver cap. "Hepatites" deste Manual)

Obs.: não existe quimioprofilaxia para Hepatite C.

Investigar outras situações de risco para aquisição de infecção pelo HIV, VHB e VHC do profissional acidentado.

Acompanhamento sorológico do funcionário acidentado por 6 meses (data zero = data do acidente, 6 semanas, 3 meses e 6 meses).

A recusa do profissional acidentado em realizar as sorologias ou profilaxias específicas quando indicadas ou o acompanhamento sorológico, deve ser registrada em prontuário funcional.

Em caso de exposição  
a material biológico

ORIENTAÇÃO  
PÓS-EXPOSIÇÃO  
A MATERIAL  
BIOLÓGICO

Usar preservativos nas relações sexuais.

Se o funcionário acidentado for do sexo feminino:

- descartar e evitar gravidez;
- não amamentar durante o acompanhamento.

Não doar sangue, órgãos ou sêmen durante o acompanhamento.

Não há necessidade de restringir as atividades do profissional exposto.

O conhecimento sobre a eficácia da profilaxia pós-exposição é limitado para o HIV.



## IMPORTANTE:

A exposição ocupacional ao vírus HIV deve ser tratada como emergência médica, uma vez que a quimioprofilaxia deve ser iniciada o mais precocemente possível, quando indicada, idealmente até duas horas após o acidente e, no máximo, até 72 horas.

O profissional acidentado deve receber orientação do enfermeiro ou do médico do S.C.I.H. ou de profissional devidamente treinado.

**A MELHOR PREVENÇÃO É EVITAR ACIDENTES!**

## Vacinação para Profissionais da Saúde

A vacinação é para prevenção de algumas doenças infecciosas de possível transmissão em unidades de saúde (Hepatite B, sarampo, influenza, caxumba e rubéola).

A vacinação adequada de profissionais de saúde diminui o risco de aquisição dessas doenças por diminuir o número de suscetíveis a doenças imunopreveníveis. Deveria ser realizada previamente ao ingresso desses profissionais em sua prática, o que ocorre raramente no Brasil.

Fonte: <http://www.riscobiologico.org/imuniza/imuniza.htm>



### Vacinas Especiais:

**VARICELA:** para profissionais da saúde no atendimento a pacientes imunodeprimidos.

**RAIVA:** profilaxia de pré-exposição para profissionais que poderão ter contato com animais transmissores em suas atividades.

dT	✓ dupla adulto: difteria e tétano
SCR	✓ sarampo, caxumba e rubéola
Hepatite B	✓ Hepatite B

## Hepatite B

O vírus da Hepatite B (VHB) é transmitido através do sangue ou fluidos corpóreos, como exsudato de feridas, sêmen, secreção cervical (colo uterino) e vaginal de pessoas portadoras do vírus (AgHBs positivas), sendo que o sangue contém a mais alta concentração do vírus.

- Vírus da Hepatite B não é transmitido pela via oro-fecal.
- Pessoas com infecção crônica pelo vírus da Hepatite B são os reservatórios primários da infecção.

**A exposição, percutânea ou da mucosa, a sangue ou fluidos corpóreos é uma das formas de transmissão ocupacional do VHB.**

“O risco de infecção pelo vírus da Hepatite B está relacionado ao grau de contato com sangue no local de trabalho e também à presença do marcador AgHBe (replicação viral) da pessoa fonte. Em estudos com profissionais de saúde que se acidentaram com agulhas contendo sangue, se este contivesse o AgHBs e AgHBe, o risco de desenvolver hepatite clínica foi de 22 a 31%, e o risco de desenvolver evidência sorológica de infecção pelo vírus B foi de 37 a 62%. Em

comparação, se o sangue contido nas agulhas fosse AgHBs positivo e AgHBe negativo, o risco de desenvolver hepatite clínica era de 1 a 6%, e de 23 a 37% de evidência sorológica de infecção” (CDC,2001).

**O vírus da Hepatite B sobrevive no sangue seco à temperatura ambiente, em superfícies, por pelo menos uma semana.**

O ambiente contaminado também parece ser um reservatório importante do vírus. Em alguns estudos, profissionais que cuidaram de pacientes AgHBs positivo foram infectados sem ter acidente percutâneo. O contato direto de mucosas e pele não íntegra (queimaduras, escoriações, arranhaduras ou outras lesões) com superfícies contaminadas pode transmitir o VHB.

Isso está demonstrado em investigação de surtos entre profissionais e pacientes em unidades de hemodiálise.

Em estudos epidemiológicos conduzidos na década de 70 nos Estados Unidos, a soroprevalência de infecção por VHB entre os profissionais de saúde era dez vezes maior que na população geral.

“Depois da adoção de medidas de prevenção como a vacinação pré-exposição de todos os profissionais de saúde, com a vacina da Hepatite B, e a adoção de precauções padrão quando

houvesse risco de exposição a sangue e a outros fluidos corpóreos potencialmente infectantes, ocorreu um rápido declínio na ocorrência de Hepatite B entre os profissionais de saúde.”

Na hemodiálise a transmissão do VHB pode ser por exposição da mucosa ou percutânea ao vírus; além disso, o vírus pode estar viável no ambiente, mesmo sem sangue visível.

O AgHBs tem sido detectado em braçadeiras, tesouras, botões de controle das máquinas de diálise e maçanetas das portas em centros de hemodiálise. Assim, se essas superfícies não são rotineiramente limpas e desinfetadas, podem representar um reservatório do vírus – e os profissionais podem transmitir o vírus aos pacientes através de mãos ou luvas contaminadas.

A maioria dos surtos de infecção por VHB em HEMODIÁLISE já investigados foi resultado de contaminação cruzada entre pacientes por:

- superfícies ou equipamentos que não foram rotineiramente limpos e desinfetados depois do uso;
- frascos de medicação multidoso ou soluções intravenosas que não foram usadas exclusivamente em cada paciente;
- medicações injetáveis que foram preparadas em áreas próximas às áreas de armazenamento das amostras de sangue;
- profissionais de saúde que cuidavam simultaneamente de pacientes infectados e não infectados pelo vírus da Hepatite B.

## Medidas de Controle da Infecção pelo VHB

As medidas de controle da transmissão do vírus da Hepatite B com impacto em saúde pública são referentes à profilaxia pré-exposição, profilaxia pós-exposição, precauções com pacientes internados, controle do sangue e de produtos derivados do sangue e do plasma, bem como vigilância epidemiológica da Hepatite B.

## Profilaxia Pré-exposição

A vacinação pré-exposição de pessoas suscetíveis é o meio mais efetivo para impedir a transmissão da Hepatite B e para quebrar a cadeia de transmissão da infecção. A vacinação universal é necessária.

Profissionais que exerçam atividade na área da saúde, do setor público ou privado, devem ser vacinados.

## OBSERVAÇÃO

Cada mililitro contaminado com o vírus da Hepatite B contém 100.000.000 de partículas virais, que podem permanecer viáveis por até uma semana. Basta uma dessas partículas para contaminar uma pessoa.

Fonte: Técnicas para coleta de sangue/Coordenação Nacional de DST e Aids, 2ª ed., Brasília, 1997

## Vacina contra a Hepatite B

Trata-se de vacina subunitária contendo antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (AgHBs) purificado, obtida por engenharia genética e contendo hidróxido de alumínio como adjuvante.

- Vacina com 90% a 95% de eficácia e a imunidade conferida é duradoura.
- Doses:  
Para menores de 20 anos: 0,5 ml  
Para pessoas com idade igual ou superior a 20 anos: 1,0 ml.
- Não há necessidade de reforço para pessoas imunocompetentes.
- Não são indicados testes sorológicos antes da vacinação.

- Após a vacinação, os testes estão recomendados somente para pessoas de risco acrescido (como trabalhadores de saúde), devendo ser realizados 1 a 2 meses depois da última dose.
- As pessoas vacinadas que não apresentarem soroconversão deverão ser revacinadas com novo esquema de três doses de vacina, segundo a SES/SP. Não havendo soroconversão após a revacinação, não estão indicadas novas doses.
- Para profissionais com esquema incompleto recomenda-se dar seqüência ao esquema iniciado, independentemente das datas de aplicação anterior.

## Profilaxia Pós-exposição

Pode ser feita com a aplicação de vacina, de gamaglobulina hiperimune ou de ambas, conforme a situação apresentada (ver tabela).

A imunoglobulina para Hepatite B é obtida do plasma de doadores hiperimunizados que sabidamente contêm altos títulos de anti-HBs, sendo negativo para anti-HIV e anti-VHC. O processo usado para preparar essa imunoglobulina inativa ou elimina o HIV e o VHC.



**A gamaglobulina padrão não é eficaz para a profilaxia pós-exposição ao vírus da Hepatite B porque os títulos de anticorpos são muito baixos.**

### Exposição Percutânea ou de Mucosa a Sangue ou Material Contendo Sangue

Situação do Profissional da Saúde Exposto	Paciente Fonte AgHBs POSITIVO ou desconhecido COM RISCO*	Paciente Fonte AgHBs DESCONHECIDO SEM RISCO	Paciente Fonte AgHBs NEGATIVO
Não Vacinado ou Vacinação Incompleta	01 dose de HBIG <sup>1</sup> e Iniciar Esquema Vacinal** ou Completar Vacinação	Iniciar Esquema Vacinal** ou Completar Esquema Vacinal	Iniciar Esquema vacinal** ou completar esquema vacinal
Vacinado com Resposta Adequada <sup>2</sup>	Não Imunizar	Não Imunizar	Não Imunizar
Vacinado sem Resposta Adequada <sup>3</sup>	01 dose de HBIG e revacinar <sup>5</sup> ou 02 doses de HBIG <sup>4</sup>	Revacinar <sup>5</sup>	Revacinar <sup>5</sup>
Vacinado com Resposta Não Conhecida	Fazer anti-HBs <sup>5</sup> ; com resposta adequada, não imunizar; sem resposta adequada <sup>3</sup> , 01 dose de HBIG e revacinar <sup>5</sup> , 02 doses de HBS <sup>4</sup>	Fazer Anti-HBs <sup>7</sup> ; com resposta adequada, não imunizar, sem resposta adequada, revacinar <sup>5</sup>	Não Imunizar

(\*) Pacientes politransfundidos, com cirrose, em hemodiálise, HIV positivos e usuários de drogas.

(\*\*) A vacina contra Hepatite B consiste em 03 doses (0, 1 e 6 meses).

(1) HBIG – Imunoglobulina Humana contra a Hepatite B – o mais precocemente possível, até sete dias após acidente / dose 0,06 ml/Kg administrada por via IM. Solicitar o HBIG aos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

(2) Anti-HBs  $\geq$  10 mUI/ml.

(3) Anti-HBs  $<$  10 mUI/ml.

(4) Apenas para as pessoas que mesmo revacinadas continuem sem resposta adequada. Aplicar duas doses de HBIG com intervalo de um mês entre elas.

(5) Administrar novamente 03 doses da vacina contra hepatite (0, 1, e 6 meses). Caso continue sem resposta adequada, cada caso será discutido individualmente.

(6) Na i□

dose de HBIG + 01 dose de vacina contra Hepatite B.

(7) Na impossibilidade de fazer o teste anti-HBs, indicar uma dose de vacina contra Hepatite B para o profissional acidentado.

## Hepatite C

**A infecção pelo vírus da Hepatite C é disseminada fundamentalmente pela exposição parenteral ao sangue ou a derivados de sangue de pessoas infectadas.**

### Exposição nos estabelecimentos de saúde

Nos estabelecimentos de saúde, a transmissão é possível se não houver um controle de infecção hospitalar eficaz.

Trabalhadores de saúde estão mais sujeitos à infecção. Entretanto, a prevalência em trabalhadores de saúde não é maior do que na população em geral.

Segundo estudos realizados, a média de soroconversão após um acidente percutâneo de fonte VHC positiva foi de 1,8% (0,3% para o HIV, de 37% a 62% para o AgHBe positivo, e de 23% a 37% para o AgHBs positivo) (CDC, 2001).

*“A transmissão pela exposição de mucosa é rara e ainda não foram identificados casos de transmissão pela pele mesmo não íntegra. As informações sobre a sobrevivência do VHC no ambiente são limitadas. Dados epidemiológicos sugerem que, ao contrário*

*do VHB, a contaminação ambiental com sangue não apresenta risco de transmissão significativa nos estabelecimentos de saúde, com exceção dos centros de hemodiálise. Nesses foram registradas taxas de prevalência de 10% entre os pacientes, chegando a 60% em alguns serviços (CDC, 1998). O risco de transmissão por outros fluidos não está quantificado, mas é aparentemente baixo.”*

### Medidas de Controle da Infecção pelo VHC

#### Imunoprofilaxia

A imunoprofilaxia pós-exposição com a imunoglobulina padrão não está indicada devido à falta de eficácia em experiências com sua utilização. Além disso, a Imunoglobulina padrão é manufaturada com plasma de doadores testados para o VHC.

Não existe até o momento uma vacina contra o VHC.

**A MEDIDA EFICAZ PARA ELIMINAR O RISCO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE C É A PREVENÇÃO DE ACIDENTES.**

Medidas Específicas para Hepatite C	
	Não existe profilaxia para prevenção de Hepatite C.
RISCO OCUPACIONAL	Risco de transmissão: Percutânea ou de mucosa (sangue). É transmitida principalmente por via parenteral, sendo baixa sua transmissão por via sexual.

## Tuberculose – Aspectos Gerais

“O Brasil é um país com elevado número de casos de tuberculose notificados, o que propicia um contato freqüente dos profissionais da área de saúde com a doença. Diversos estudos nacionais registraram elevada prevalência de infecção tuberculosa vigente entre os profissionais de saúde, superior à da população geral.”

(<http://www.riscobiologico.org/imuniza/imuniza.htm>).

“Em avaliações prospectivas, evidenciou-se também uma alta taxa de viragem tuberculínica entre profissionais da área de saúde (ROTT et. al, 2000). Em estudo realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a viragem tuberculínica anual entre profissionais da área de saúde foi de 8,6%, taxa superior àquela estimada para a população geral do Brasil (1%) e de países africanos (2 a 4%).”

(<http://www.riscobiologico.org/imuniza/imuniza.htm>).

Alguns estudos nacionais têm demonstrado que, além do risco de infecção, o risco de adoecimento

entre profissionais da área da saúde é superior ao da população em geral. Portanto, é fundamental que medidas de prevenção sejam adotadas nas unidades de saúde para minimizar o problema. Dessa forma, medidas de controle da transmissão da tuberculose são propostas pela OMS para que sejam adotadas nas Unidades de Saúde cujo ambiente proporcione elevado risco de infecção pelo bacilo da tuberculose, transmissão de paciente para paciente ou de paciente para profissional (FUNASA, 2002).

## II. Medidas Preventivas

As medidas preventivas contra a transmissão da tuberculose dividem-se em três grupos:

- A) Administrativas;
- B) Ambientais (ou de engenharia);
- C) De proteção respiratória.

## II.a. Medidas de Controle Aéreo

### II.a.1. Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na demanda da Unidade

A busca ativa nada mais é do que perguntar, para todas as pessoas que procuram a unidade, se estão com tosse há mais de três semanas. Caso afirmativo, a pessoa é denominada **SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR)** e imediatamente deve ter seu material de escarro coletado e encaminhado para diagnóstico através de baciloscopia.

A adoção dessa medida como rotina, visa reduzir a exposição dos profissionais de saúde, tanto técnicos como administrativos, bem como das demais pessoas presentes na unidade de saúde.

Iniciar imediatamente o tratamento do paciente que acabou de ser diagnosticado.

Pacientes com suspeita de tuberculose devem ser encaminhados para salas de espera separadas e ter seu atendimento agilizado.

Escalonar os horários de atendimento para evitar acúmulo de pessoas em filas ou salas de espera. Evitar que pacientes suspeitos de tuberculose sejam atendidos em locais contíguos ao atendimento de portadores de imunodeficiências ou crianças.

### II.a.2. Coleta de Escarro

Nunca deve ser feita em locais fechados e sem ventilação adequada (por exemplo, banheiros). A coleta deve ser feita em local específico, arejado, com luz solar e longe de outros pacientes e profissionais de saúde. Um local preparado para este fim, no jardim da unidade, embaixo da árvore etc., separado por um biombo, com abrigo para chuva, por exemplo, é preferível do que dentro da unidade, desde que não discrimine o paciente.

Nunca perder a oportunidade de colher a primeira amostra do escarro quando houver suspeita de tuberculose, bem como anotar de forma legível o endereço e telefone (LIVRO DO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO), possibilitando o contato imediato para início de tratamento, caso o resultado seja positivo.

(vide Fluxo proposto para vacinação BCG, p.72)

## Coleta de Material de Escarro - Baciloscopia Ziehl-Neelsen

LOCAL DA COLETA	<p>Deve ser um local aberto, de preferência ao ar livre. (os raios UV dispersam ou eliminam os núcleos de Wells).</p> <hr/> <p>Se a coleta for realizada em recinto fechado, em sala ou consultório, o recinto deve ser arejado. No momento da coleta, a porta deve permanecer fechada e a(s) janela(s) aberta(s) para que haja fluxo de ar direcionado para fora do ambiente.</p>
-----------------	--

Adaptado de CVE-SP - Divisão de tuberculose, 2002.



### IMPORTANTE!

1. “Uma boa amostra de escarro é aquela que vem da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse, e não a que se obtém da faringe ou por aspiração de secreções nasais, nem tampouco a que contém somente saliva. O volume ideal está compreendido entre 5-10 ml” (MS, 2002).
2. A primeira amostra deve ser colhida no momento da suspeita. A segunda amostra, no dia seguinte ao despertar.
3. Não é necessário estar em jejum, porém é importante que a boca esteja limpa, sem resíduos alimentares. Isso é conseguido através da realização de um simples bochecho apenas com água.
4. Não escovar os dentes nem usar antisséptico oral.

## Recepção e Transporte das Amostras de Escarro

ACONDICIONAR AMOSTRAS	Receber e checar as amostras fazendo uso de luvas.
	Conferir a quantidade de escarro sem abrir o pote.
	Em caso de extravasamento de escarro, desinfetar o pote com hipoclorito a 1% na sua parte externa.
	No transporte, colocar os potes com as tampas fechadas e voltadas para cima em caixa de parede rígida de isopor ou plástico. O escarro deve ser acondicionado e transportado cuidadosamente, para evitar o risco de contaminação das pessoas e do ambiente.

Adaptado de CVE - Divisão de tuberculose, 2002

### II.a.3. Agilização do Diagnóstico

Sabe-se que o doente bacilífero NÃO TRATADO é a principal fonte de infecção e que o início do tratamento efetivo diminui o risco de transmissão após alguns dias. Assim, é fundamental identificar precocemente o sintomático respiratório e agilizar o diagnóstico bacteriológico.

(RECOMENDAÇÕES PARA REDUÇÃO DO RISCO DE TRANSMISSÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE – CVE-SES-SP, 1998).

Esforços devem ser feitos para garantir o retorno dos resultados da baciloscopia em 4 horas nas unidades de urgência/emergência, e em 24 horas nos ambulatórios.

Nos casos de hospitalização, o diagnóstico precoce com o isolamento de pacientes bacilíferos e o início imediato do tratamento adequado são decisivos para a redução da transmissão do M. tuberculosis em unidades hospitalares. Nos pacientes que ficam hospitalizados por dias ou semanas sem confirmação do diagnóstico de tuberculose, a demora e os erros diagnósticos, colocam em risco os outros pacientes e os profissionais de saúde que os atendem.

#### II.a.4. Educação do Paciente

Os pacientes devem ser orientados a cobrir a boca e o nariz com lenços de papel ou papel toalha ou similares quando tossirem ou espirram. Nos pacientes internados deve-se orientar a utilização de máscara cirúrgica quando for necessário que os pacientes circulem pelo hospital.

Cartazes enfatizando estas medidas em locais estratégicos são de grande valia. A população deve saber como se dá a transmissão da doença.

#### II.b. Medidas de Controle Ambiental

O controle ambiental é complementar às medidas administrativas. O objetivo do controle ambiental é diminuir a quantidade de gotículas infectantes no ambiente através da ventilação e direcionamento do fluxo de ar dos locais menos contaminados para os mais contaminados e eliminação para o ambiente externo. Em locais onde há portas e janelas, a simples mudança na disposição dos móveis do consultório pode facilitar a saída do ar contaminado.

Os locais onde os pacientes bacilíferos são atendidos devem ter pressões negativas em relação aos corredores ou salas vizinhas de tal forma que, ao abrir a porta do consultório, o ar

deste não passe, por exemplo, para o corredor, podendo contaminar pessoas que possam estar aguardando a próxima consulta.

Esse efeito pode ser conseguido de forma natural, mantendo-se janelas e/ou portas abertas em extremidades opostas. Caso não seja possível dessa forma, pode-se criar um fluxo de ar com o uso de ventiladores e/ou exaustores, convenientemente instalados. Locais de alto risco podem necessitar de medidas complementares como instalação de filtros HEPA (High Efficiency Particulate Air).

Em ambientes de permanência de bacilífero, recomenda-se o mínimo de 6 a 12 trocas de ar por hora.

#### II.c. Medidas de Proteção Respiratória

A proteção respiratória consiste no uso de máscaras especiais denominadas N95, sendo uma medida complementar às administrativas e ambientais.

O seu nome vem do fato de ter eficiência de 95% para reter partículas de diâmetro médio de 3 micra e de adaptar-se bem aos diferentes tipos de rosto. Os profissionais de saúde devem ser orientados a ajustá-las ao rosto e também sobre os cuidados na sua conservação. Essas máscaras devem ser

utilizadas nos locais de risco onde as medidas administrativas e ambientais não são suficientes para impedir a inalação de partículas infectantes.

“Essas máscaras especiais podem ser utilizadas pelo mesmo profissional por períodos longos, desde que sejam mantidas íntegras, secas e limpas (sem áreas rasgadas, puídas ou amassadas)” (KRITSKY, 2000).

Devem ser guardadas em locais limpos e secos, evitando-se o armazenamento em sacos de plástico após o uso, pois podem reter a umidade. Recomenda-se a utilização de máscaras N95 comprovadamente aprovadas pelo NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) – ([www.cdc.gov/niosh/homepage.html](http://www.cdc.gov/niosh/homepage.html)), bem como pelo Ministério do Trabalho.

As máscaras cirúrgicas não oferecem proteção adequada aos profissionais de saúde quanto à inalação de partículas infectantes. Elas são indicadas para os pacientes de tuberculose, suspeitos ou diagnosticados, nas situações em que se deseja diminuir a formação de gotículas e a velocidade do ar expirado, servindo como barreira e anteparo contra sua disseminação no ar ambiente.

### **III – Recomendações para o Atendimento de Pacientes de TB**

#### **III.a. Unidades Ambulatoriais**

##### **III.a.1. Medidas Administrativas**

Item 1 – Implantação da busca ativa na unidade e organização do fluxo de atendimento interno dos suspeitos e dos já confirmados;

Item 2 – Recepção de casos já diagnosticados em outras unidades, agilização e organização do fluxo de atendimento;

Item 3 – Organização da coleta e do fluxo de exames e de resultados. Não esquecer de colher a primeira amostra no próprio serviço, no momento em que se faz a suspeição;

Item 4 – Educação em saúde dos clientes – uso de lenço de papel ou máscara cirúrgica;

Item 5 – Escalonamento de horários ou dias de atendimento, agendamento de consultas – diminuir espera e aglomeração;

Item 6 – Agendamento de forma diferenciada dos pacientes sabidamente multirresistentes;

Item 7 – Treinamento continuado de toda a equipe (recepção, vigias, pessoal da limpeza e o corpo técnico).

### III.a.2. Medidas de Controle Ambiental

Item 1 – Escolha de salas adequadas quanto à ventilação e iluminação para atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados de tuberculose;

Item 2 – Disposição dos móveis, favorecendo a dispersão do ar contaminado para o meio exterior;

Item 3 – Janelas abertas;

Item 4 – Instalação de ventiladores quando não se consegue a ventilação de forma natural ou se ela for insuficiente, principalmente em locais de grande número de atendimentos;

Item 5 – É recomendada instalação de exaustores ou filtros HEPA, conforme a área física, o número e tipo de atendimento. Por exemplo, em unidades de referência para pacientes multirresistentes;

Item 6 – Quando necessário, reforma ou construção.

### III.a.3. Medidas de Proteção Respiratória

Em serviços ambulatoriais recomenda-se o uso de máscara N95 por funcionários:

- responsáveis por procedimentos indutores de tosse em pacientes suspeitos de tuberculose ou tratamento com pentamidina;

- que atendem pacientes sabidamente multirresistentes.

Em serviços com grande concentração de doentes novos bacilíferos discute-se o uso da máscara nestes atendimentos. Porém, essa indicação não é consensual, visto que é sabido que os doentes sem tratamento são o maior foco, além do fato que, após a saída do doente do consultório, os bacilos permanecem em suspensão. Discute-se ainda que a máscara possa ser um fator que estimule no paciente o sentimento de rejeição, que poderia facilitar o abandono, piorando o controle da doença, com conseqüente aumento de cepas multirresistentes.

## III.b. Serviços de Emergência

### III.b.1. Medidas Administrativas Relativas à Identificação do Doente

Item 1 – Busca Ativa de Tuberculose:

No ingresso do paciente, identificar se:

- a) o doente tem tuberculose pulmonar comprovada;
- b) é fortemente suspeito;
- c) é fracamente suspeito;
- d) não tem tosse.

Em serviços de grande porte, sugere-se a proposta TSN, criada pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas na qual, no pronto-socorro, o paciente é classificado como T (bacilífero), S+ (fortemente suspeito), S- (fracamente suspeito) e N (não-tuberculoso). Isolar em salas separadas os doentes T, S+ e S- e cuidar para que não permaneçam nos corredores;

Item 2 – Disponibilizar baciloscopias de escarro em caráter de urgência (4 horas);

Item 3 – Estabelecer fluxos e instrumentos de encaminhamento para garantir que o paciente chegue a outros serviços de saúde encarregados do seguimento dos casos. Manter listagem dos pacientes, respectivos endereços, telefones e locais de encaminhamento;

Item 4 – Notificar os casos de tuberculose à vigilância epidemiológica. Os casos suspeitos devem ser encaminhados para elucidação, tendo-se o cuidado de registrar os dados pessoais do paciente para posterior localização.

### **Relativas aos Funcionários:**

Item 1 – Manter registro e estatística de profissionais de saúde que adoecerem de tuberculose e dos seus contatos.

Item 2 – Treinar os funcionários novos e oferecer

treinamento continuado para todos os funcionários. Realizar discussões periódicas de casos com a equipe encarregada e apresentar, de forma periódica, vídeos e outros materiais educativos.

### **III.b.2. Medidas de Controle Ambiental**

São basicamente as que se aplicam aos serviços ambulatoriais e dependem do tipo de serviço, características e quantidade da demanda. Essas medidas são:

Item 1 – Evitar a recirculação do ar;

Item 2 – Manter a ventilação com um mínimo de 6 a 12 trocas de ar por hora;

Item 3 – Manter pressão negativa em locais de permanência de doentes ou suspeitos de tuberculose;

Item 4 – Instalar ventiladores colocados estrategicamente (voltados para a janela) para direcionar o ar para o exterior em áreas com grande número de atendimentos de tuberculose;

Item 5 – Instalar exaustores ou filtros HEPA, conforme o número e tipo de atendimentos, e em unidade de referência para pacientes multirresistentes;

Item 6 – Reforma ou construção de salas

adequadas às medidas de biossegurança recomendadas.

Em serviços que atendem grande número de pacientes com tuberculose e/ou são referências para tuberculose multirresistente, recomenda-se a instalação de sistemas de exaustão, filtros HEPA e construção ou reformas dos setores de atendimento para cumprir os requisitos de biossegurança.

### III.b.3. Medidas de Proteção Respiratória

Recomenda-se o Uso de Máscaras  
Apropriadas a Cada Situação

Profissionais de saúde devem usar máscaras N95:

- ao efetuar procedimentos indutores de tosse em pacientes suspeitos de tuberculose (como inalações, tratamento com pentamidina);
- ao entrar em enfermarias onde haja pacientes com tuberculose em fase contagiante;
- no transporte de pacientes bacilíferos em ambulâncias ou demais veículos fechados;
- quando atendem pacientes sabidamente multirresistentes.

Pacientes com tuberculose bacilífera:

- devem usar máscaras cirúrgicas comuns ao circular pelos setores do hospital;

- devem proteger a boca e o nariz com lenços de papel ou papel toalha ao dirigir-se às outras pessoas.

## III.c. Hospitais

### III.c.1. Medidas Administrativas

Item 1 – Busca Ativa Geral. Verificar se há tosse há mais de 3 semanas em doentes internados por outras patologias;

Item 2 – Evitar internações desnecessárias.

Internar somente na impossibilidade do tratamento ambulatorial e pelo tempo em que perdurar a necessidade da internação;

Item 3 – Nunca colocar na mesma enfermaria doentes com tuberculose confirmada, suspeitos de tuberculose e pacientes sem tuberculose;

Item 4 – Isolar os suspeitos: Sintomáticos respiratórios e doentes com tosse persistente mesmo que com menos de 3 semanas, acompanhada de febre ou outros sinais e sintomas sugestivos de tuberculose; doentes com RX de tórax sugestivo de tuberculose, especialmente com cavitação;

Item 5 – Isolar pacientes com tuberculose pulmonar ou laríngea, bacilíferos: Na impossibilidade de

isolar um por quarto, admite-se o compartilhamento da enfermaria, desde que os doentes não apresentem resistência medicamentosa. O paciente somente pode ser liberado após 3 baciloscopias negativas consecutivas, realizadas 2 semanas após o início do tratamento;

Doentes multidrogarresistentes devem ser isolados em quartos individuais.

Item 6 – Não necessitam isolamento respiratório:

Crianças com tuberculose, desde que não apresentem baciloscopia de escarro ou lavado gástrico positivos. Doentes com tuberculose pulmonar não bacilífera ou extra-pulmonar.

Item 7 – Restringir ao mínimo o número de pessoas que entram nos quartos de isolamento. Limitar o número de visitantes.

Item 8 – Pacientes bacilíferos devem permanecer no quarto com a porta fechada! Em caso de absoluta necessidade de transportar o paciente para outras áreas do hospital, ele deve usar máscara cirúrgica comum. Neste caso, os funcionários das áreas de apoio não necessitam utilizar máscaras.

Item 9 – Facilitar o acesso aos exames para diagnóstico e agilizar o retorno dos resultados. As baciloscopias de escarro devem ser processadas em caráter de urgência (4 horas).

Item 10 – Procedimentos diagnósticos e

terapêuticos, sempre que possível, devem ser realizados em locais com isolamento (irrigação de abscessos tuberculosos podem formar gotículas contendo bacilos).

Item 11 – O tratamento do paciente institucionalizado deve ser supervisionado, com observação direta da ingestão do medicamento (tratamento supervisionado pelo profissional de saúde).

Item 12 – A revisão de casos para mudança de esquema (mudança de esquema sem necessidade real pode favorecer a resistência medicamentosa) deve ser criteriosa e discutida com a pessoa ou comissão responsável pelo controle da transmissão da tuberculose na instituição, devendo também ser notificada à CCIH.

Item 13 – Estabelecer critérios para alta hospitalar, rotinas de encaminhamento de pacientes para tratamento ambulatorial, normas específicas de transferência de pacientes e garantia de continuidade do tratamento. Manter comunicação com o serviço que vai receber o paciente. Notificar a vigilância epidemiológica da região.

Item 14 – Manter registro e estatística do contrato de profissionais de saúde que adoecerem de tuberculose.

Item 15 – Oferecer treinamento continuado para toda a equipe e treinar os funcionários novos.

Realizar discussões periódicas de casos com a equipe encarregada. Apresentar de forma periódica vídeos e outros materiais educativos.

### III.c.2. Medidas de Controle Ambiental

Verificar a necessidade de reformas e instalação de equipamentos especiais nos espaços destinados ao paciente com tuberculose. Hospitais que atendem mais de 100 pacientes com tuberculose devem ter em sua equipe um engenheiro hospitalar que faça um levantamento das condições locais para avaliar a necessidade de instalação estratégica de ventiladores, exaustores, filtros HEPA, fluxos e saídas de ar, pressão negativa onde necessário, luz ultravioleta e, quando indicado, construções, adaptações e reformas do espaço.

Basicamente são:

Item 1 – Caso não haja boa ventilação no quarto, instalar ventiladores e exaustores para direcionar o fluxo de ar e obter pressão negativa nas enfermarias de tuberculose;

Item 2 – Escolher as salas mais adequadas para consultórios, salas de espera e enfermarias. Para essas finalidades, dar preferência a locais bem ventilados (o ideal é haver, no mínimo, 6 a 12 trocas

de ar por hora), sem recirculação do ar para outras áreas internas. É desejável ter luz solar direta, uma vez que a luz ultravioleta é bactericida;

Item 3 – Nas enfermarias de isolamento de tuberculose, instalar um sistema de exaustão para, se necessário, manter a pressão negativa;

Item 4 – Manter as janelas abertas sempre que possível;

Item 5 – Manter as portas das enfermarias fechadas e dotadas de molas.

### III.c.3. Medidas de Proteção Respiratória

Recomenda-se o Uso de Máscaras

Apropriadas a cada Situação

Para os profissionais de saúde, máscaras N95:

Item 1 – Ao efetuar procedimentos indutores de tosse em pacientes suspeitos de tuberculose (como inalções, tratamento com pentamidina);

Item 2 – Ao entrar em enfermarias onde haja pacientes com tuberculose em fase contagiante;

Item 3 – No transporte de pacientes bacilíferos em ambulâncias ou em demais veículos fechados;

Item 4 – Funcionários que atendem pacientes sabidamente multirresistentes.

Para pacientes com tuberculose bacilífera:

Item 1 – Usar máscaras cirúrgicas comuns ao circular pelos vários setores do hospital;

Item 2 – Proteger a boca e o nariz com lenços de papel ou papel toalha ao dirigir-se a outras pessoas.

### **III.d. Laboratórios, Salas de Necropsia, Salas Cirúrgicas e UTI**

Item 1 – Laboratórios: devem cumprir o Manual de Normas para Laboratórios, do Ministério da Saúde;

Item 2 – Salas de Necropsia: este ambiente deve ter boa ventilação, com um mínimo de 6 a 12 trocas de ar por hora, sendo ideal que seja dotado de pressão negativa e exaustão do ar para o exterior. Os funcionários devem usar máscaras N95. Está em discussão a conveniência de instalação de luz ultravioleta;

Item 3 – Cirurgias: procedimentos eletivos em pacientes com tuberculose devem ser feitos depois de superada a fase contagiosa. A cirurgia deve ser realizada em local com ante-sala, sendo desejável que estas salas sejam dotadas de filtros HEPA. A sala de recuperação anestésica deve ser separada e com ventilação adequada;

Item 4 – UTI: lembrar que neste ambiente o ar é geralmente recirculado, de forma que é necessário

o alerta aos funcionários de que há paciente com tuberculose.

### **III.e. Procedimentos Geradores de Tosse ou com Risco de Produção de Gotículas Contendo o Bacilo de Koch**

São procedimentos como profilaxia com pentamidina em aerossol, broncoscopia, broncoaspiração, entre outros procedimentos indutores de tosse e irrigação de abscesso tuberculoso.

As medidas recomendadas são:

Item 1 – Os procedimentos geradores de tosse devem ter indicação precisa e ser restritos a casos absolutamente necessários. Evitar profilaxia com pentamidina por via inalatória em doentes HIV+;

Item 2 – Manter na sala um paciente por vez quando da realização desses procedimentos;

Item 3 – A sala deve ser bastante ventilada e, para uma nova utilização, deve-se esperar que a ventilação remova 99% dos contaminantes do ar;

Item 4 – Uso de máscara N95 pelos funcionários;

Item 5 – Manter o paciente na sala após a realização do procedimento enquanto estiver com tosse. Instruí-lo a cobrir a boca e o nariz com um lenço de papel.

### III.f. Rotina para Proteção de Profissionais de Saúde

O risco de infecção tuberculosa em profissionais de saúde depende do setor de trabalho e do tempo de exposição. Salas de broncoaspiração, broncoscopia, profilaxia inalatória com pentamidina, procedimentos indutores de tosse e de irrigação de abscessos tuberculosos oferecem maior risco do que áreas essencialmente administrativas. Devem ser incluídas todas as categorias profissionais da área.

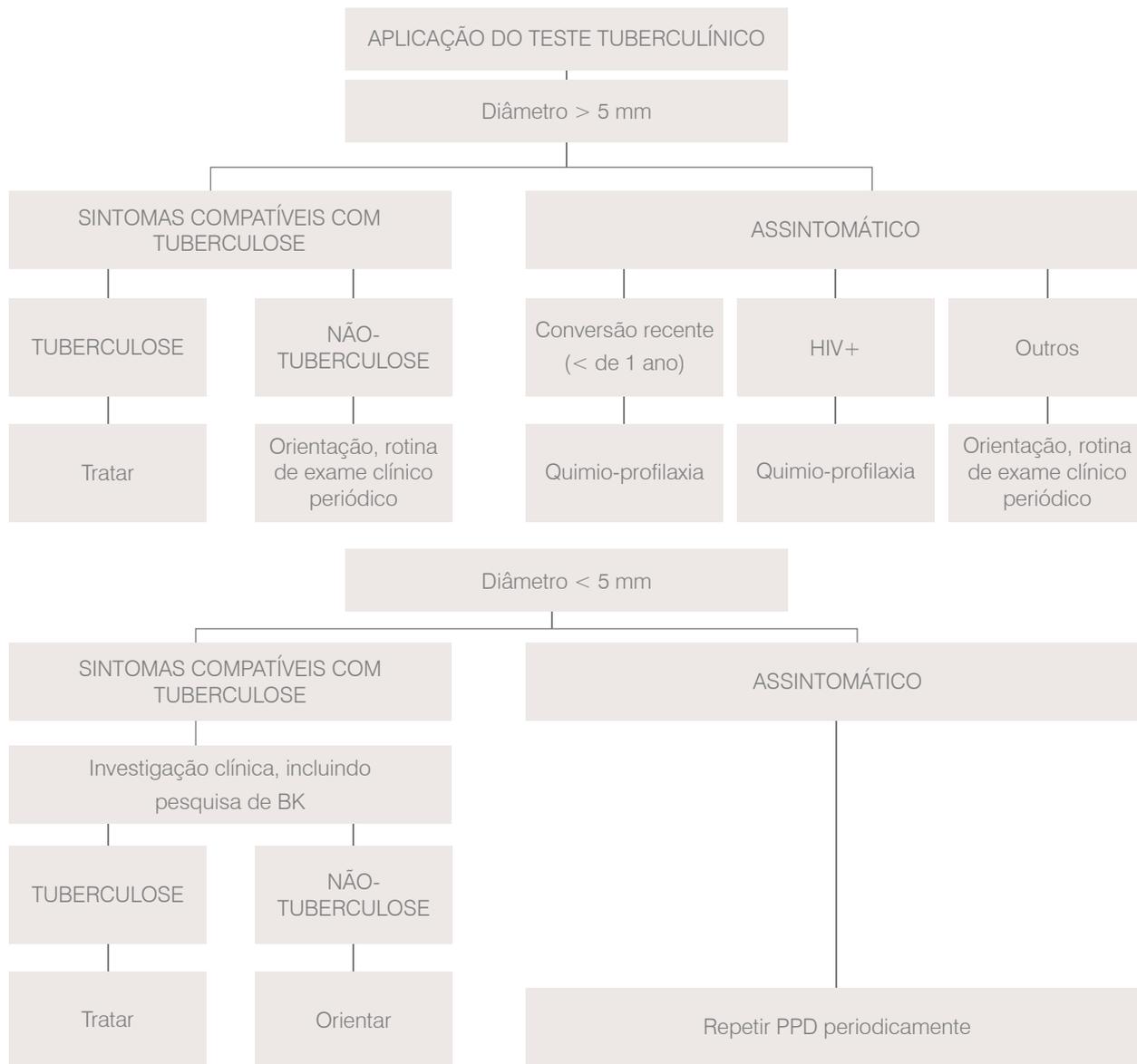
O adoecimento dependerá da capacidade imunológica da pessoa. Portanto, funcionários soropositivos para o vírus HIV ou portadores de outras imunodeficiências estarão sujeitos a um risco maior. O tratamento efetivo tem uma alta eficácia, exceto em casos multirresistentes.

- Recomenda-se que, na admissão, o funcionário seja informado e periodicamente treinado sobre a tuberculose, principalmente aqueles que habitualmente atendem esses pacientes.
- Todos os profissionais de saúde devem ser submetidos a exame médico inicial e periódico, com aplicação de teste tuberculínico e pesquisa de sintomas respiratórios.
- O funcionário identificado como sintomático respiratório deve realizar RX de tórax e baciloscopia de escarro. Profissionais de saúde com tuberculose devem ter acesso à cultura e teste de sensibilidade.
- Profissionais não-reatores submetidos a risco de infecção ocupacional devem ser incluídos nos programas de realização de prova tuberculínica periódica (II Consenso Brasileiro de Tuberculose – 2004).

Lembramos que esta vacina é contra-indicada em adultos HIV positivos.

- Profissionais com conversão recente devem ser avaliados para detecção de tuberculose em atividade. Não se confirmando a doença, está indicada a quimioprofilaxia (II Consenso Brasileiro de Tuberculose – 2004).
- Deve ser oferecido o teste HIV a todo funcionário que for trabalhar com tuberculose. O profissional HIV + ou com outras formas de imunodepressão, não deve trabalhar diretamente com doentes de tuberculose e de Aids.

## Fluxo Proposto para Profissionais de Saúde em Contato com Pacientes com TB



## Controle da Saúde dos Profissionais de Saúde

Todos devem ser submetidos aos exames pré-admissional e periódico que incluam teste tuberculínico, conforme citado anteriormente.

Ventilação e pressão negativa (controle ambiental) deve ter como intuito garantir a recomendação de, no mínimo, 6 a 12 trocas de volume de ar por hora, em quartos de isolamento. O ar desses locais deve ser direcionado para o exterior da unidade e, caso não seja viável tal procedimento, o ar recirculado deve ser filtrado adequadamente.

Treinamento dos profissionais de saúde envolvendo práticas profissionais que reduzam a probabilidade de infecção, os aspectos epidemiológicos, o risco ocupacional, as normas de isolamento e o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual) adequados.

Bibliografia: Center for Disease Control - Guidelines for Preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health Care Facilities. MMWR 1994;43; Ministério da Saúde. Coordenação de Pneumologia Sanitária. Manual de normas para o controle da Tuberculose - 4ª Edição, 1995, Monografia de Precauções de Isolamento - APECIH (Associação Paulista de Enfermeiras de Controle de Infecção Hospitalar ); Respiratory Protection Program in Health Care Facilities - NIOSH, 1999.



# 05

## VIGILÂNCIA OCUPACIONAL

### ELABORAÇÃO

Magda Andreotti

Rita de Cássia Bessa dos Santos

Solange T. Prieto Santos

Maria Stella Barbosa Dantas (revisão)

## **Notificação e Acompanhamento dos Acidentes Biológicos em Profissionais da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo**

### **Risco Biológico**

Os riscos biológicos envolvendo os profissionais da saúde são também do interesse da saúde do trabalhador. Todo e qualquer acidente ocorrido com o profissional de saúde durante o desempenho de sua atividade profissional é considerado acidente de trabalho e deve também ser tratado como tal. Isso porque os acidentes de trabalho relacionam-se diretamente com os ambientes, as condições e a organização do trabalho, e são, em princípio, eventos previsíveis e passíveis de prevenção. De outro modo, deles decorrem direitos de caráter previdenciário aos trabalhadores acidentados.

Desse modo, à notificação do acidente biológico ao SINABIO (Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos), sobrepõe-se a sua notificação ao SIVAT (Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho) e aos Institutos de Previdência de acordo com o vínculo empregatício do trabalhador:

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social; DSS – Departamento de Saúde do Servidor; DPME – Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo etc. O SIVAT registra o acidente de

trabalho independentemente do vínculo trabalhista do profissional.

### **Acidentes de Trabalho**

Os acidentes de trabalho configuram-se um grave problema de saúde pública, atingindo anualmente milhares de trabalhadores que perdem suas vidas ou comprometem sua capacidade produtiva em um evento potencialmente passível de prevenção. O acidente biológico é um tipo específico de acidente de trabalho, no qual os profissionais de saúde constituem o grupo de trabalhadores mais expostos – contudo não são os únicos. Os profissionais de limpeza também são bastante atingidos, devido principalmente aos descartes inadequados. Em se tratando de um tipo de acidente cujas conseqüências podem ser graves, com contaminação e evolução para doenças agressivas e/ou incuráveis, é importante reforçar os cuidados com a biossegurança e o cumprimento das recomendações, tanto quanto realizar a profilaxia pré-exposição (vacinação, uso de máscaras, luvas, lavagem de mãos etc.) e pós-exposição (lavagem da área contaminada, vacinação ou medicação profilática em tempo hábil etc.).

Os acidentes de trabalho têm sido objeto de políticas de saúde e, em 28/04/04, o acidente de trabalho com exposição a material biológico

tornou-se de notificação compulsória em rede de serviços sentinela, conforme definido na Portaria 777 do Ministério da Saúde.

No município de São Paulo os acidentes de trabalho tornaram-se de notificação compulsória com a instituição do Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho – SIVAT em abril de 2002, através da Portaria nº 1470/02. Essa notificação deve ocorrer em ficha de notificação específica que possui numeração seriada.

A criação do SIVAT em São Paulo inovou a atenção dada aos acidentes de trabalho e tem por objetivo central pensar políticas de prevenção e de promoção à saúde dos trabalhadores em seus ambientes de trabalho. Esse importante instrumento de saúde pública foi consolidado com a aprovação do Código Sanitário Municipal.

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Federal nº 8.080 de 19/09/90 inseriram, entre as competências do Sistema Único de Saúde, executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e também de saúde do trabalhador; e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho (art. 200, CF 1988).

A inserção do campo da saúde do trabalhador como competência do serviço de saúde, modifica toda a história do tratamento dado aos acidentes e doenças relacionados ao trabalho no Brasil.

Historicamente, os acidentes de trabalho sempre foram regidos pelo campo da Previdência Social e do Trabalho. O primeiro com o objetivo de compensar os danos provocados ao trabalhador e à sua família após a ocorrência do acidente; e o segundo com o objetivo de estabelecer normas de segurança e de proteção à saúde do trabalhador no ambiente de trabalho.

A saúde parte de uma nova premissa, que é avaliar as condições de trabalho a partir das ocorrências de acidentes ou de doenças relacionadas ao trabalho. E, a partir daí, prever mudanças nos ambientes de trabalho ou na sua organização, de modo a reduzir ou eliminar os riscos e agravos à saúde do trabalhador.

No município de São Paulo os acidentes de trabalho são de notificação compulsória e serão objeto de intervenção todos os óbitos, os acidentes graves e aqueles ocorridos com menores de 16 anos. Esses casos devem ser notificados, através do fluxo rápido, à SUVIS (Supervisão de Vigilância em Saúde) da empresa empregadora que, por sua vez, notifica à sub-gerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador para a adoção das medidas cabíveis. Com o objetivo de garantir o atendimento em tempo hábil, os acidentes biológicos foram inseridos no fluxo rápido do SIVAT, sendo que esses casos são repassados ao setor de DST/Aids. Independentemente do vínculo empregatício ser

estatutário, celetista ou temporário, o trabalhador tem direito à segurança e saúde no trabalho, motivo pelo qual o trabalho é objeto de normas e regulamentações a este respeito. O principal direito do trabalhador é, portanto, o direito à informação sobre os riscos que sua atividade ou suas condições de trabalho envolvem, seja de acidente, de doença ocupacional ou do trabalho.

## Ministério do Trabalho

O Ministério do Trabalho é o responsável pela coordenação, orientação, controle e supervisão da fiscalização e demais atividades relacionadas à segurança e à medicina no trabalho. As Delegacias Regionais do Trabalho são responsáveis pela fiscalização do cumprimento das normas, pela adoção de medidas de segurança no trabalho e pela imposição de penalidades para o descumprimento das Normas Regulamentadoras (NR). A CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) define a segurança e a medicina do trabalho quanto ao uso de equipamentos de proteção individual, medidas preventivas de medicina do trabalho, edificações, iluminação, instalação elétrica, máquinas e equipamentos, movimentação, manuseio e armazenagem de materiais, atividades insalubres e perigosas, condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho, prevenção da fadiga etc.

A PORTARIA nº 3.218 de 08/06/78 aprova as NR que disciplinam essas questões.

São Normas Regulamentadoras que possuem caráter mais amplo, tratando de questões comuns a todos os trabalhadores, tais como:

NR-4 – trata da adoção de Serviços Especializados em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) pelas empresas, os quais são responsáveis por aplicar os conhecimentos específicos das respectivas áreas na redução ou eliminação de riscos à saúde do trabalhador;

NR-5 – trata da constituição de CIPA (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes), que têm por objetivo a prevenção de acidentes e de doenças decorrentes do trabalho;

NR-6 – determina o fornecimento de EPI (Equipamento de Proteção Individual) pela empresa empregadora em conformidade com as peculiaridades de cada atividade profissional e destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador;

NR-7 – determina a necessidade dos empregadores de elaborar e implementar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) com objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto de seus trabalhadores;

NR-9 – estabelece a obrigatoriedade das empresas de estabelecer e implementar um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), visando a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores através de reconhecimento, avaliação e controle de riscos ambientais no local de trabalho.

Algumas NR, porém, tratam de questões específicas como trabalho a céu aberto, trabalho subterrâneo, construção civil, trabalho portuário, edificação etc. Para os profissionais da saúde está em vigor a NR-32, que trata das condições específicas a este setor.

No entanto, as NR, bem como a ação do Ministério do Trabalho, são restritas a empresas particulares submetidas ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho. Os órgãos públicos são regidos por normas próprias e possuem setores específicos que tratam da fiscalização dos ambientes de trabalho. No município de São Paulo, esse setor é o DSS – Departamento de Saúde do Servidor, órgão ligado à Secretaria de Gestão. A Lei Municipal Nº 13.174, de 05/09/2001, instituiu a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) para o serviço público municipal, definindo como os trabalhadores municipais devem se organizar para garantir a sua saúde.

É importante ressaltar que as normas e regulamentos constituem-se de material técnico (além de jurídico) que demarca um estágio no desenvolvimento de como os riscos são compreendidos no ambiente de trabalho, e a respectiva indicação de medidas que permitam a sua prevenção.

O acidente de trabalho deve ser comunicado, através de formulário próprio, ao INSS e também aos Departamentos Médicos da Prefeitura, do Estado ou da União. Muito embora esses formulários possuam o mesmo nome de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) não são o mesmo instrumento. O instrumento específico a ser utilizado dependerá do vínculo de trabalho do funcionário (servidor público municipal, servidor público estadual ou regime CLT).

A comunicação do acidente de trabalho é imprescindível na garantia dos direitos previdenciários dele decorrente. No caso de um acidente biológico cuja sorologia tenha positivado, é necessário notificar também a doença desencadeada como doença relacionada ao trabalho.

## Previdência Social

Os acidentes e doenças relacionados ao trabalho, na Previdência Social, são regidos pela Lei 8.213

de 24/07/1991, que estabelece que “acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art.11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (art. 19).

Também são considerados acidentes de trabalho a doença profissional, a doença do trabalho e o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado.

Todo acidente de trabalho deve ser notificado aos órgãos de previdência com o objetivo de documentar o acidente e garantir os direitos previdenciários decorrentes do acidente de trabalho.

De uma forma geral, a definição de acidente de trabalho da Previdência Social foi aceita e incorporada para os servidores públicos municipais, estaduais e federais, e é regida por leis específicas conforme seu Regime Jurídico Único:

- No Município, os acidentes de trabalho são regidos pelas leis 8.989/74; 9.159/80 e pelas Portarias 223/02 – SGP; 284/00 – IPREM; 354/SMA-G/00;
- No Estado, são regidos pelo Decreto 29.180, de 11/11/88;
- Na União, são regidos pela Lei Nº 8.112/90.

Em geral, são direitos decorrentes do acidente de trabalho:

- 1) Afastamento do trabalho para tratamento médico;
- 2) Benefício por incapacidade temporária ou permanente (quando demandar afastamento superior a 15 dias);
- 3) Estabilidade no emprego por um período de 12 meses (trabalhadores celetistas);
- 4) Aposentadoria por invalidez acidentária.

## Notificações do Acidente Biológico

### Orientações Gerais

#### 1) O acidente biológico deve ser notificado e comunicado:

- ao SINABIO, na ficha de acidente biológico em três vias, com objetivo de monitoramento da saúde dos profissionais acidentados;
- ao SIVAT, na ficha de notificação do SIVAT em 1 via, com objetivo de monitoramento das condições de trabalho desses profissionais;

- ao DSS, INSS ou DPME, nos formulários CAT ou Comunicação Interna de Acidente (Estado), com objetivo de garantir os direitos previdenciários e/ou trabalhistas decorrentes do acidente de trabalho;
- por acordo estabelecido com o DSS, esse órgão aceitará como equivalente ao instrumento CAT, a ficha de notificação do acidente biológico.

**2) É necessário atentar para os prazos de notificação em cada um destes instrumentos, visando o atendimento de seus objetivos e, portanto, priorizar as notificações em virtude das ações a serem desencadeadas:**

- O monitoramento à saúde implica que o acidente biológico seja rapidamente notificado com atendimento nas unidades de referência prioritariamente nas primeiras 2 horas após a ocorrência e prazo máximo de 72 horas após a ocorrência do acidente, após o qual não é possível nenhuma medida de profilaxia;
- O monitoramento das condições de trabalho não determina prazos mínimos ou máximos para sua notificação, podendo ser feita posteriormente com o registro da data do acidente;

- A garantia dos direitos dos trabalhadores, com o devido estabelecimento de nexos do acidente com o trabalho, terá prazos distintos, conforme o seu vínculo empregatício, assim:

- Para funcionários públicos municipais em regime estatutário, não será necessário preencher o instrumento CAT, e sim enviar uma via da ficha de notificação do acidente biológico ao DSS;
- Para funcionários públicos estaduais em regime estatutário, o prazo máximo de notificação é de até 8 dias após o evento;
- Para funcionários públicos em regime CLT, a comunicação deve ser efetuada em até 24 horas após a ocorrência; essa comunicação independe da necessidade de afastamento do trabalho pelo profissional acidentado.

**Legislação na Saúde: Sinabio  
Portaria nº SMS 1892/2001 SMS-G  
D.O.M. p. 16 e 17 de 25/10/01**

- *Texto na íntegra* -

A presente portaria institui o “Programa Santo de Casa”, destinado à promoção da saúde dos trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde,

foca inicialmente na prevenção e controle dos acidentes ocupacionais com material biológico, na redução de consumo de cigarros, álcool e drogas e na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, e abrange:

- a) Normatização do atendimento ao trabalhador da Secretaria Municipal da Saúde que tenha sofrido acidente com material biológico potencialmente contaminado, com diretrizes do roteiro “Orientações em casos de acidentes com materiais biológicos” (*Anexo 1*);
- b) Estabelecimento da notificação compulsória dos acidentes biológicos ocorridos com trabalhadores da rede municipal de saúde e com outros funcionários terceirizados pela “Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos” (*Anexo 2*);
- c) Disponibilização de medicamentos para profissionais. Promoção da distribuição gratuita de preservativos masculinos aos trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde, pelos Distritos de Saúde;
- d) Disponibilização, aos trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde expostos ao risco de acidente biológico, de testagem e de vacinação contra a Hepatite B;
- e) Estabelecimento da obrigatoriedade de adoção de medidas destinadas à prevenção

de acidentes biológicos entre trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde (*Anexo 4*);

- f) Implantação de um programa com objetivo de reduzir o consumo e os danos decorrentes do uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Compreende-se como acidente biológico, no contexto desta portaria, aquele que ocorrer com trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde no exercício de suas atividades profissionais em que haja lesão percutânea ou contato de membrana mucosa ou pele não íntegra, com sangue, tecidos ou outros fluidos corpóreos potencialmente contaminados, gerando risco de transmissão do HIV, Hepatite B ou Hepatite C.

Todas as unidades de saúde onde haja risco de ocorrência de acidentes biológicos devem manter, afixado em local visível e acessível aos servidores submetidos a tais condições de risco, as orientações em casos de acidentes biológicos (*Anexo 1*) e a ficha de notificação de acidentes biológicos com profissionais da saúde (*Anexo 2*).



**É IMPORTANTE REGISTRAR QUE ESSES ATENDIMENTOS DEVEM TER CARÁTER DE EMERGÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE.**

## **Anexo 1 - Orientações em Casos de Acidentes Biológicos**

**Portaria nº SMS 1891/2001.SMG**

1. Ocorrido o acidente, devem ser adotados os seguintes cuidados gerais:
  - a- Lavagem com água corrente e sabão (acidente percutâneo);
  - b- Lavagem com água corrente e soro fisiológico (acidente de mucosa);
  - c- Não espremer a lesão.
2. Se possível, identifique o paciente-fonte. Se for identificado, providenciar autorização para a coleta de sangue (Anexo 2) e testagem anti-HIV, Hepatite B e Hepatite C.
3. Com ou sem identificação do paciente-fonte, comunique à chefia imediata, que preencherá os campos de 0 (cadastro) a 6 (uso de EPI) da Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos com Profissionais da Saúde, e encaminhar o trabalhador acidentado (com a Ficha de Notificação) para a unidade de referência ou para o atendimento na própria unidade, quando esta dispuser de condições para tais cuidados.
4. Atendimento Médico em Unidade DST/AIDS ou HSPM, onde será completado o preenchimento da Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos e adotadas as medidas quimioprofiláticas adequadas.

5. Nos períodos noturnos, feriados e finais de semana, o primeiro atendimento será prestado nos Hospitais e Prontos-Socorros da região.
6. Medidas específicas da profilaxia medicamentosa para o HIV:
  - a- Avaliar a indicação de medicamentos anti-retrovirais conforme Fluxograma de Orientação Quimioprofilática Anti-retroviral Após Exposição Ocupacional (*Anexo 3*).
  - b- O tempo ideal de início da administração de drogas anti-retrovirais é de até 2 horas, devendo ser iniciado no máximo até 72 horas após o acidente.
  - c- Duração de 4 semanas da quimioprofilaxia.
  - d- Os Prontos-Socorros deverão fornecer as medicações em quantidades suficientes para suprir até o 1º dia útil subsequente ao acidente, quando o acidentado deverá comparecer a uma Unidade de DST/Aids para fornecimento dos medicamentos de acompanhamento.
7. O acidentado será acompanhado ambulatorialmente do ponto de vista clínico e será submetido à sorologia para HIV, Hepatite B e C por um período de 6 meses. Quando for o caso, serão adotadas medidas de imunização.

## **Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos com Profissionais da Saúde**

**Portaria nº SMS 1891/2001.SMG**

Contém:

- 1- Identificação;
- 2- Tipo de exposição;
- 3- Material orgânico;
- 4- Circunstância do acidente;
- 5- Agente;
- 6- Uso de EPI;
- 7- Informações do paciente fonte;
- 8- Solicitação e resultados de exames do funcionário (nome do acidente – data zero);
- 9- Situação vacinal do acidentado em relação à Hepatite B (antes do acidente);
- 10- Conduta no momento do acidente do funcionário;
- 11- Acompanhamento sorológico do funcionário acidentado;
- 12- Aderência ao esquema anti-retroviral do funcionário (ARV);
- 13- Evolução do caso;
- 14- Observações.

Essa ficha de notificação deverá ser preenchida em 3 (três) vias.

A primeira será utilizada para processamento de dados da unidade de atendimento do trabalhador acidentado e arquivada em seu prontuário médico; a segunda será enviada ao Departamento de Saúde do Servidor (DSS) da Secretaria de Gestão; e a terceira será entregue ao trabalhador acidentado.

Nos casos em que se verificar viragem sorológica após acidente, em período tecnicamente compatível para o estabelecimento de relação causal entre o acidente e a viragem sorológica, caberá à unidade de saúde responsável pelo acompanhamento do servidor comunicar a ocorrência ao DSS pela Comunicação de Acidente de Trabalho.

## **Anexo 2 - Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos com Profissionais da Saúde**

**Portaria nº SMS 1891/2001.SMG**

### **Instruções para o Preenchimento**

**ATENÇÃO:**

As instruções sobre a codificação de cada campo deverão ser rigorosamente seguidas.

Número de Ordem: deixar em branco. O programa preenche automaticamente.

Horário do acidente: considerar hora de 01:00 a 24:00h (4 dígitos)

CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

1- **Identificação:** preencher as caselas com os dados de identificação do profissional acidentado.

2- **Tipo de Exposição:** assinalar com um “X” a(s) casela(s) correspondente(s) ao(s) tipo(s) de exposição (01 ou mais). Ex.: mucosa oral e ocular.

3- **Material Orgânico:** assinalar com “X” a(s) casela(s) correspondente(s) ao Material Orgânico (01 ou mais) envolvido(s) no acidente. Ex.: sangue. Caso seja outro material, assinale a opção “outro” e especifique. Ex.: Escarro.

4- **Circunstâncias do acidente:** assinalar com “X” a casela correspondente e, no item Administração de Medicação, especificar se EV, IM, ou SC.

5- **Agente:** assinalar com um “X” a(s) casela(s) correspondente(s) ao(s) (01 ou mais). Obs.: Agulha com luz = Oca. Ex.: Agulha de punção; Agulha sem luz = maciça; Agulha Cirúrgica.

6- **Uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual):** preencher com os respectivos códigos no(s) EPI(s) (01 ou mais).

7- **Informações do paciente fonte:** assinalar com um “X” se paciente fonte conhecido Sim ou Não. Se NÃO, ir para o item 8 (deixar em branco as caselas do item 7). Se SIM, preencher todas as lacunas do item 7 com respectivos códigos e data do último CD4 e carga viral (se paciente fonte HIV+).

8- **Resultados dos exames dos funcionários (Data ZERO):** preencher os resultados e as datas dos exames.

9- **Situação Vacinal:** nesta casela interessa saber se o funcionário acidentado comprovadamente recebeu vacinação completa contra Hepatite B (03 doses) e se foi realizado Anti-HBs após a vacinação do mesmo.

10- **Conduta no momento do acidente do funcionário:** assinalar na(s) casela(s) as medidas realizadas após o acidente e no horário do início dos anti-retrovirais. Considerar hora de 01:00 a 24:00h (04 dígitos).

11- **Acompanhamento sorológico do funcionário:** os resultados das sorologias devem ser anotados nas seguintes datas: 06 semanas após a 1ª coleta; 03 meses após a 1ª coleta; 06 meses após a 1ª coleta para HIV. Não esquecer coleta no 6º mês para HBV e HCV (janela imunológica de 06 meses).

12- **Tempo de uso dos anti-retrovirais:** anotar em dias o tempo em que o funcionário acidentado fez uso da quimioprofilaxia (anti-retrovirais) ou marcar com um “X” se o tempo de uso dos anti-retrovirais é ignorado.

13- **Evolução do caso:** assinalar o tipo de alta do funcionário e a data da saída (Alta Definida do Ambulatório de Acidentes). Escrever o nome do profissional que notificou o acidente (escrever o nome legível) e o telefone para contato caso seja necessário algum esclarecimento em relação ao acidente.

14- Esta ficha deve ser preenchida em três vias.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE <b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES BIOLÓGICOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>					
Número de Ordem:	Data da notificação: ...../...../.....	Serviço notificador: Município notificador: _____	Código   ____ ____ ____ ____ ____ ____	DIR	DA  ____ ____
Nome do Município onde ocorreu o Acidente:		Data do Acidente:    /    /	Código do Município onde ocorreu o acidente:  ____ ____ ____ ____ ____ ____  DIR  ____  DA  ____		
Instituição onde ocorreu o Acidente:		Setor onde ocorreu o Acidente:	Horário do Acidente: ____:____		
Razão social do empregador:		CNPJ do empregador:  ____ ____ ____ ____ ____ ____	Reg. Funcional  ____ ____ ____ ____ ____	Carteira Profissional Número:  ____ ____ ____ ____  Série:  ____ ____	
<b>1 - IDENTIFICAÇÃO</b>					
Nome do Funcionário:				Sexo:  __	1 - Masc. 2 - Fem. 9 - Ign.
Data Nascimento : __/__/__	Cargo ou função:	Tempo na Função:	Vínculo:	Gestante:  __  1 - Sim 2 - Não 9 - Ign.	
Endereço do Funcionário (rua, avenida, n.º, apto):				Telefone p/contato:	
Bairro:	DA  ____	CEP:	Município da residência:	DIR  ____	
<b>2 - TIPO DE EXPOSIÇÃO</b> (marque com "X" na casela)					
<input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Mucosa Oral <input type="checkbox"/> Mucosa Ocular <input type="checkbox"/> Pele Não Íntegra <input type="checkbox"/> Pele Íntegra <input type="checkbox"/> Ignorada <input type="checkbox"/> Outro    Qual? _____					
2.1 - Em qual parte do corpo foi o acidente? _____					
<b>3 - MATERIAL ORGÂNICO</b> (marque com "X" na casela)					
<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> Líq. Pleural <input type="checkbox"/> Líq. Amniótico <input type="checkbox"/> Líq. Ascítico <input type="checkbox"/> Fluido c/ Sangue <input type="checkbox"/> Soro / Plasma <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro    Qual? _____					
<b>4 - CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE</b> (marque com "X" na casela)					
<input type="checkbox"/> Administração de medicação <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Subcutânea <input type="checkbox"/> Intradérmica <input type="checkbox"/> Punção venosa / arterial para coleta de sangue <input type="checkbox"/> Punção venosa / arterial não especificada <input type="checkbox"/> Reencepe de agulha <input type="checkbox"/> Dextro <input type="checkbox"/> Descarte Inadequado de Mat. Perf. cortante em saco de lixo <input type="checkbox"/> Descarte Inadequado de Mat. Perf. cortante em bancada, cama, chão, etc. <input type="checkbox"/> Lavanderia <input type="checkbox"/> Lavagem de material <input type="checkbox"/> Perfuração ou manipulação da caixa de mat. perfuro cortante <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimento odontológico <input type="checkbox"/> Procedimento laboratorial <input type="checkbox"/> Outro    Qual? _____					
<b>5 - AGENTE</b> (marque com "X" na casela)					
<input type="checkbox"/> Agulha com luz <input type="checkbox"/> Agulha sem luz <input type="checkbox"/> Intracath <input type="checkbox"/> Vidros <input type="checkbox"/> Lâminas/Lancreta (qualquer tipo) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro    Qual? _____					
<b>6 - USO DE EPI</b>					
<input type="checkbox"/> Luva <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção Facial <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Bota <input type="checkbox"/> Óculos				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<b>7 - INFORMAÇÕES DO PACIENTE FONTE</b> (no momento do acidente)					
Paciente Fonte conhecido: SIM  __  NÃO  __     1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Em adamento 9 - Ignorado					
Anti -HIV  __		HbsAg  __		Anti - Hbc  __	
Anti - HCV  __		__  CD4 _____		Data ____/____/____	
__  Carga viral  __		__  Carga viral  __		Data ____/____/____	

3ª via funcionário acidentado

2ª via UVIS-DESAT

1ª via serviço de atendimento

**8 - SOLICITAÇÃO E RESULTADOS DE EXAMES DO FUNCIONÁRIO (no momento do acidente - Data ZERO)**

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Em adamento 9 - Ignorado

Anti -HIV  data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Anti -Hbs  data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

HbsAg  data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Anti - HCV  data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**9 - SITUAÇÃO VACINAL DO ACIDENTADO EM RELAÇÃO A HEPATITE B (antes do acidente atual)**

Vacinado (03 doses) Realizou       Anti-HBs após a vacinação?      1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**10 - CONDUTA NO MOMENTO DO ACIDENTE DO FUNCIONÁRIO**

Data do início do anti-retroviral (ARV) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Horário : \_\_\_ : \_\_\_      1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

AZT + 3TC       AZT + 3TC + INDINAVIR       AZT + 3TC + NELFINAVIR      Outro esquema ARV: \_\_\_\_\_

Quimioprofilaxia desecessária       Recusou quimioprofilaxia indicada

Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)       Vacina contra Hepatite B

**11 - ADERÊNCIA AO ESQUEMA ANTI-RETROVIRAL (ARV) DO FUNCIONÁRIO E MOTIVO DA INTERRUPTÃO/SUSPENSÃO DO ARV**

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tempo de uso dos anti-retrovirais  dias       n.º de dias ignorado

Motivo da interrupção/suspensão:  término do tratamento       efeito colateral       pacte. fonte negativo       mudança de conduta       outro

**12 - ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO DO FUNCIONÁRIO ACIDENTADO**

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Em adamento 9 - Ignorado

Anti-HIV 6 semanas  Data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Anti-HIV 6 semanas  Data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Anti-HIV 3 meses  Data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Anti-HBV\* 6 meses  Data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Anti-HCV 6 meses  Data da coleta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**13 - EVOLUÇÃO DO CASO**

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Alta com conversão sorológica       Qual(is) agente(s)?  HIV       HBV       HCV       HIV/HBV       HIV/HCV       HIV/HBV/HCV

Alta sem conversão sorológica

Alta paciente-fonte negativo       Transferência       Transferido para: \_\_\_\_\_

Abandono:       Convocação

Óbito       Em seguimento

Data da Saída: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nome e Registro do profissional que notificou	Assinatura do profissional que notificou	Telefone/Registro
---	--	-------------------

Encaminhado para (nome da unidade): \_\_\_\_\_

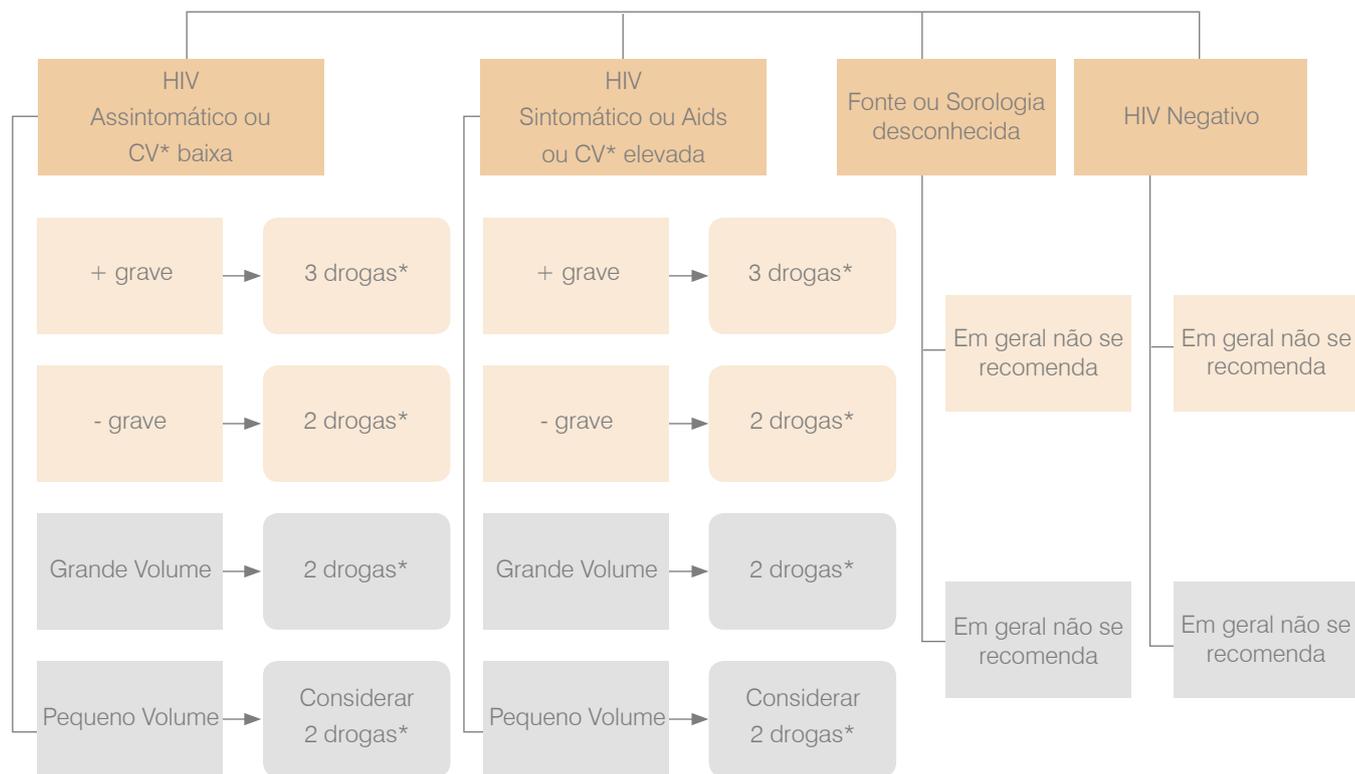
OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 3 - Fluxograma de Orientação Quimioprolifática Anti-retroviral após a Exposição Ocupacional

Portaria nº SMS 1891/2001.SMG



Exposição percutânea (caixa laranja)    Exposição de membrana mucosa e pele não integra (caixa cinza)

Este fluxograma foi adaptado do MMWR, June 29, 2001 e aprovado pelo Programa Nacional DST/Aids.

\* CV = carga viral

Atualizado segundo consenso DN DSTAIDS.

+ grave: agulha de grosso calibre e grande lúmen, lesão profunda, sangue visível no objeto contaminante ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente-fonte.

- grave: lesão superficial, agulha sem lúmen.

pequeno volume: poucas gotas de material biológico de risco.

grande volume: contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco.

## Em Resumo:

Os acidentes biológicos ocorridos com profissionais de saúde do município de São Paulo serão atendidos nos seguintes locais, que obedecerão às normas preconizadas na publicação de 25 de outubro de 2001, páginas 16 e 17, do Diário Oficial do Município:

1- Unidades de atenção às DST/Aids e HSPM farão o primeiro atendimento, a dispensação de ARV (se necessário) e o acompanhamento do profissional acidentado.

2- Ambulatórios especializados dos Hospitais Municipais e respectivas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar farão o primeiro atendimento, a dispensação de ARV (se necessário), e o acompanhamento de seus próprios profissionais acidentados.

3- Hospitais e Prontos-Socorros Municipais (no período noturno, feriados e fins de semana) farão o primeiro atendimento, a dispensação de ARV (se necessário) para suprir até o primeiro dia útil subsequente, e o encaminhamento do profissional acidentado a uma das unidades de atenção às DST/Aids ou ao HSPM que fará o acompanhamento do acidentado.

A unidade onde ocorreu o acidente deverá preencher todos os campos da Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos em Profissionais de Saúde até o item nº 7 (uso de EPI) em 3 vias e encaminhá-las, junto do funcionário acidentado, às unidades de atenção às DST/Aids ou ao HSPM, onde será feito o acompanhamento do acidentado.

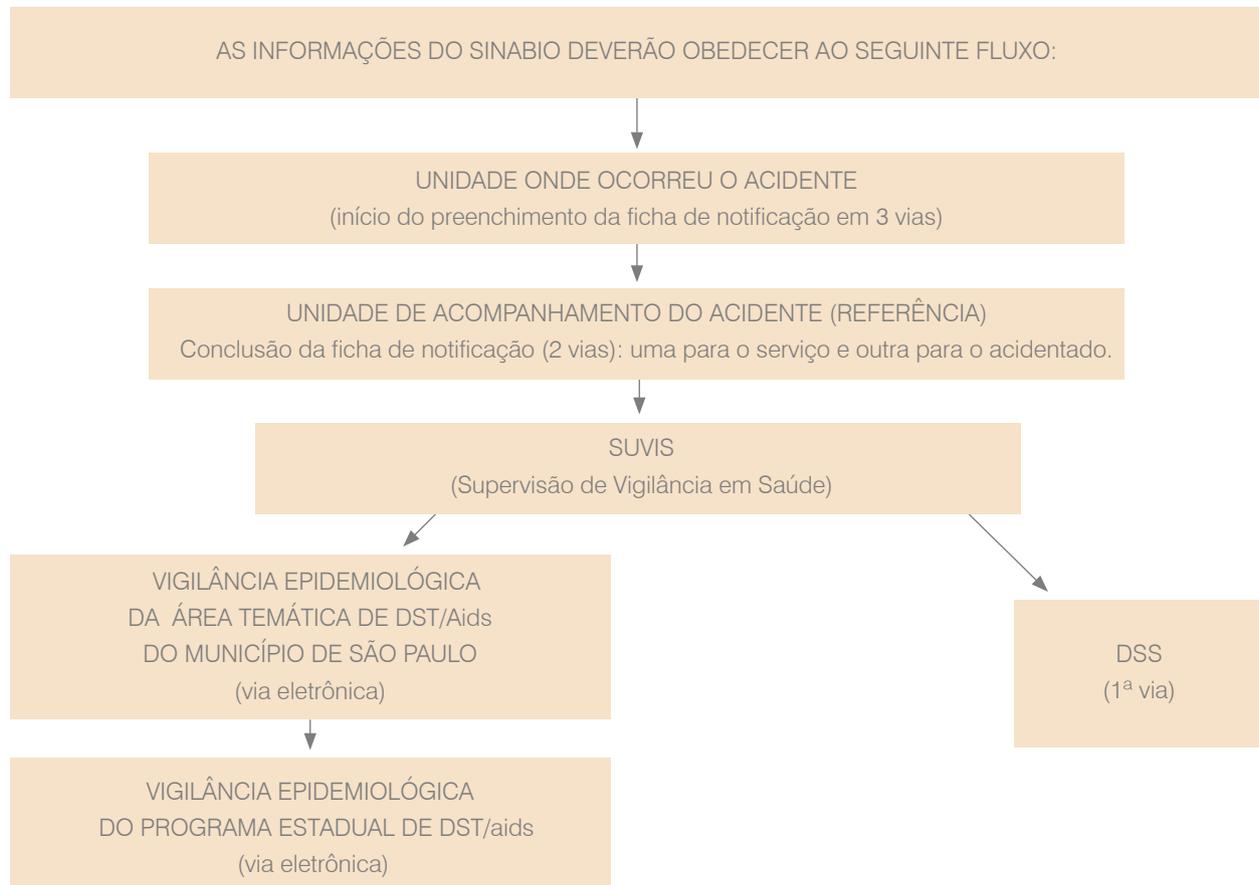
A primeira via deverá permanecer na unidade de acompanhamento e será atualizada durante o seguimento. No término do acompanhamento do acidente, suas informações serão digitadas no SINABIO (Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos).

Mensalmente, as unidades que tiverem casos novos ou atualizações digitadas no SINABIO, devem fazer um lote dessas informações e encaminhá-lo via disquete ou outro meio eletrônico para a Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) da sua coordenadoria de saúde, que posteriormente enviará à Vigilância Epidemiológica da Área Temática de DST/Aids do Município de São Paulo.

A segunda via da Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos será encaminhada por carga (malote interno) para o Departamento de Saúde do Servidor do Município de São Paulo – DSS imediatamente após a complementação da informação contida no item 10 da ficha (conduta no momento do acidente do funcionário).

OBS.: Somente no caso de ocorrer viragem sorológica para o HIV ou Hepatite B ou C, ou se o acidente com material biológico resultar em afastamento do funcionário de suas funções, a unidade responsável pelo acompanhamento do acidentado deverá preencher uma CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) e encaminhá-la ao DSS conforme legislação

vigente. Caso contrário, a Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos funcionará como uma CAT. A terceira via da Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos deverá ser entregue ao trabalhador acidentado ao término do acompanhamento. As informações contidas no SINABIO deverão obedecer ao seguinte fluxo:



## **Legislação na Saúde: SIVAT Portaria nº 1470/02 de 30 de Abril de 2002**

Institui o Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho - SIVAT no Município de São Paulo e regulamenta seu fluxo de informações:

O Secretário Municipal da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando:

- o estabelecido no artigo 200, Inciso II, da Constituição Federal e do artigo 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, que estabelecem como atribuição do Sistema Único de Saúde as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- a Resolução SS-60 de 17/02/1992 da Secretaria Estadual da Saúde, que dispõe sobre os procedimentos em Vigilância Epidemiológica no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo, que torna compulsória a notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de Acidentes do Trabalho, e de Doenças Profissionais e do Trabalho no Estado de São Paulo;
- a necessidade do município de São Paulo assumir a gestão plena do Sistema Único de

Saúde, incorporando ações de vigilância em saúde para o trabalhador;

- a necessidade de definição clara das competências das unidades de saúde que compõem a Secretaria Municipal da Saúde, no que diz respeito ao assunto, resolve:

Art. 1º. Fica instituído o Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho - SIVAT - no Município de São Paulo;

§ Único. As Normas Técnicas do Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho - SIVAT encontram-se definidas no Manual de Vigilância de Acidentes de Trabalho;

Art. 2º. Torna-se obrigatória a Notificação de Acidente do Trabalho assim definida: "Todo acidente, ocorrido no local de trabalho ou durante a prestação de serviço, independentemente do vínculo empregatício e do local onde ocorreu o evento, que cause a morte ou redução permanente ou temporária da capacidade laboral".

§ 1º. Todos os acidentes de trabalho fatais, graves, ou qualquer acidente de trabalho com menores de 16 anos deverão ser objeto de investigação pela Secretaria Municipal da Saúde para controle e/ou eliminação da condição de risco;

§ 2º. Serão considerados graves os acidentes do trabalho que resultem em politraumatismo, amputações, esmagamentos, traumatismo crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais e queimaduras que resultem na internação do trabalhador;

Art. 3º. Ficam instituídas: a) a Ficha de Notificação de Acidentes do Trabalho, presente no Manual de Vigilância de Acidentes do Trabalho (Anexo I), como o instrumento de Notificação Compulsória de Acidentes do Trabalho, aplicável a acidentes ocorridos com trabalhadores submetidos a qualquer regime de relação de trabalho; b) a Ficha de Investigação de Acidentes do Trabalho presente no Manual de Vigilância de Acidentes do Trabalho (Anexo I), como o instrumento de investigação de acidentes de trabalho fatais, graves ou qualquer acidente do trabalho com menores de 16 anos;

Art. 4º. Todas as instituições, serviços, unidades de saúde, consultórios, clínicas, ambulatórios, hospitais, serviços de pronto-atendimento e urgências ou emergências, sejam públicas, privadas, conveniadas ou filantrópicas, deverão proceder à notificação compulsória de casos de acidentes do trabalho;

Art. 5º. A notificação do acidente do trabalho será efetuada pela unidade de saúde que atendeu ao trabalhador acidentado a partir do diagnóstico

realizado pelo profissional responsável pelo atendimento (médico, odontólogo, psicólogo etc.), respeitadas as competências legalmente estabelecidas;

Art. 6º. As Unidades de Vigilância em Saúde - SUVIS dos Distritos de Saúde terão a responsabilidade de supervisionar as Unidades de Saúde de sua área de abrangência, oferecendo o suporte técnico necessário para o monitoramento das ações de vigilância epidemiológica;

Art. 7º. As Unidades de Vigilância em Saúde - SUVIS dos Distritos de Saúde terão a responsabilidade de executar as ações de investigação no meio ambiente de trabalho em acidentes de trabalho fatais, graves ou qualquer acidente do trabalho com menores de 16 anos (Anexo I);

Art. 8º. A Ficha de Notificação de Acidentes do Trabalho deverá ser preenchida em uma única via pela unidade que prestou o atendimento ao acidentado no trabalho.

As notificações serão encaminhadas para a SUVIS do respectivo Distrito de Saúde que registrará e consolidará os dados e enviará as informações para o Centro de Controle de Doenças da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as semanas epidemiológicas;

§ 1º. Os casos de acidentes fatais, graves ou qualquer acidente do trabalho com menores de

16 anos serão de notificação imediata à SUVIS, via telefone ou fax;

§ 2º. Os impressos da Ficha de Notificação de Acidentes de Trabalho que terão numeração seriada serão distribuídos pela Secretaria Municipal da Saúde às UVIS, mediante assinatura de “Termo de Responsabilidade”;

Art. 9º. O Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho será complementado por informações oriundas de outras instituições além daquelas que prestam o atendimento médico-ambulatorial-hospitalar ao trabalhador acidentado, tais como: Delegacias de Polícia, INSS, IML, meios de comunicação, sindicatos e outras organizações da sociedade civil;

Art. 10º. A emissão da Comunicação de Acidentes do Trabalho - CAT do Instituto Nacional do Seguro Social mantém-se obrigatória, conforme os ditames da Lei Federal 8.213 de 24 de julho de 1991;

§ 1º. Para a emissão do atestado médico da CAT, os serviços de saúde que atendam ao trabalhador deverão utilizar-se do Relatório de Atendimento de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho, presente no Manual de Vigilância de Acidentes do Trabalho (Anexo I);

Art. 11º. Para funcionários públicos, regidos por Estatutos e Legislações específicas, a notificação dos acidentes de que trata esta portaria não

substitui a notificação aos Departamentos Médicos Municipal ou Estadual;

Art. 12º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se a resolução da Secretaria Municipal de Saúde nº 003 de 13 de maio de 1992 e demais disposições em contrário.

*Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho*

Secretário Municipal da Saúde

**PMSP - SMS**  
**SIVAT**

**Ficha de Notificação de ACIDENTES DO TRABALHO**

<b>Dados do Acidentado</b>	1 Data da Notificação		2 Fonte de Informação		Código		Nº N° seriado		Nº da Ocorrência			
	3 Nome do Acidentado				4 Data de Nascimento		5 Sexo		M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>			
	6 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena		7 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-Mais de 12		8 Situação Ocupacional 1-Autônoma própria 2-Estatutário 3-Empregado registrado 4-Empregado não registrado 5-Cooperativado 8-Outros							
<b>Dados de Residência</b>	9 Número do Cartão SUS				10 Nome de Mfê							
	11 Endereço (rua, avenida,...)						12 Número		13 Complemento apto, casa,...)			
	14 Bairro / Distrito		15 Município		16 CEP		17 Telefone					
	18 Razão Social				19 CNPJ							
<b>Dados da Empresa Empregadora</b>	20 Endereço (rua, avenida,...)				21 Número		22 Complemento apto, casa,...)					
	23 Bairro / Distrito		24 Município		25 CEP		26 Telefone					
	27 O que a empresa faz								CNAE			
	28 Data do Acidente				29 Local do Acidente 1-Via pública 2-Instalações do empregador 3-Instalações de terceiros							
	Se o acidente ocorreu em instalações de terceiros, preencher os campos 30,31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39.											
<b>Dados do Local do Acidente</b>	30 Razão Social				31 CNPJ							
	32 Endereço (rua, avenida,...)						33 Número		34 Complemento apto, casa,...)			
	35 Bairro / Distrito		36 Município		37 CEP		38 Telefone					
	39 O que a empresa faz								CNAE			
<b>Dados do Acidente</b>	40 Descrição do Acidente											
	Causa externa											
	41 Máquina / Ferramenta Causadora do Acidente				Código		42 Se foi a óbito, Data		43 Afastamento do Trabalho			
	44 Diagnóstico 1						CID 10					
	45 Diagnóstico 2						CID 10					
Nome Legível do Responsável Pelo Preenchimento												

## Orientações para o Preenchimento da Ficha de Notificação de Acidentes do Trabalho – Portaria SIVAT

Os campos deverão ser preenchidos da forma mais completa possível. Quando necessário ao complemento das informações, outras fontes deverão ser utilizadas, como o serviço médico que realizou o atendimento, a família, a empresa e outros.

- 1 - **data da notificação:** data em que a ficha está sendo preenchida (dd/mm/aaaa).
- 2 - **fonte de informação:** identificar o local onde foi coletada a informação: unidade de saúde, delegacia de polícia, Instituto Médico Legal etc.; código - código da unidade no SIA-SUS (só para unidades conveniadas com o SUS); nº da ocorrência - informar o nº do registro de atendimento na unidade que prestou o serviço.
- 3 - **nome do acidentado:** informar o nome completo do acidentado, sem abreviaturas.
- 4 - **data de nascimento:** dd/mm/aaaa.
- 5 - **sexo:** utilizar o código de letra, presente no campo.
- 6 - **raça/cor:** utilizar o código numérico, presente no campo.
- 7 - **escolaridade:** informar a escolaridade em anos

concluídos, iniciando a contagem na 1ª série do Ensino Fundamental, utilizando o código numérico presente no campo.

- 8 - **situação ocupacional:** informar o tipo de vínculo empregatício do acidentado utilizando código numérico presente no campo.
- 9 - **número do cartão SUS:** informar o nº do cartão SUS quando o acidentado o possuir.
- 10 - **nome da mãe:** informar o nome completo da mãe do acidentado, sem abreviaturas.
- 11 - **endereço:** informar o nome do logradouro de residência do acidentado.
- 12 - **número:** informar o nº do imóvel no logradouro.
- 13 - **complemento:** informar o complemento, isto é, nº do apartamento, nº da casa etc.
- 14 - **bairro/distrito:** informar o bairro ou distrito administrativo da residência do acidentado.
- 15 - **município de residência:** informar o município da residência.
- 16 - **CEP:** informar o CEP do endereço da residência, com 8 dígitos.
- 17 - **telefone:** informar um telefone de contato com o acidentado.
- 18 - **razão social:** informar o nome da empresa empregadora do acidentado.
- 19 - **CNPJ:** informar o nº do Cadastro Nacional

de Pessoa Jurídica (antigo CGC). Este dado consta na Carteira de Trabalho dos empregados formalmente registrados.

20 - endereço: informar o nome do logradouro da empresa empregadora.

21 - número: informar o nº do imóvel no logradouro.

22 - complemento: informar o complemento, isto é, nº do apartamento, nº da casa etc.

23 - bairro/distrito: informar o bairro ou distrito administrativo da empresa empregadora.

24 - município: informar o município do endereço da empresa empregadora.

25 - CEP: informar o CEP do endereço da empresa, com 8 dígitos.

26 - telefone: informar o telefone da empresa empregadora.

27 - o que a empresa faz: descrever a atividade principal da empresa; CNAE - utilizar a Classificação do Código Nacional de Atividade Econômica.

28 - data do acidente: informar a data do acidente (dd/mm/aaaa).

29 - local do acidente: informar o local do acidente utilizando a lista de código numérico presente no campo.

30 - razão social: informar o nome da empresa onde ocorreu o acidente.

31 - CNPJ: informar o nº do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, da empresa onde ocorreu o acidente.

32 - endereço: informar o nome do logradouro da empresa onde ocorreu o acidente.

33 - número: informar o nº do imóvel no logradouro.

34 - complemento: informar o complemento, isto é, nº do apartamento, nº da casa etc.

35 - bairro/distrito: informar o bairro ou distrito administrativo da empresa onde ocorreu o acidente.

36 - município: informar o município do endereço da empresa onde ocorreu o acidente.

37 - CEP: informar o CEP do endereço da empresa, com 8 dígitos.

38 - telefone: informar o telefone da empresa onde ocorreu o acidente.

39 - o que a empresa faz: descrever a atividade principal da empresa; CNAE - utilizar a Classificação do Código Nacional de Atividade Econômica.

40 - descrição do acidente: descrever o que ocorreu, a causa do evento e as circunstâncias envolvidas. Causa Externa - codificar utilizando o Capítulo XX do CID 10 com 4 dígitos.

41 - máquina/ferramenta causadora do acidente: especificar a máquina ou ferramenta envolvida

no acidente, quando for o caso. Por ex.: prensa injetora. Código - utilizar a Tabela de Máquinas ou Ferramentas Causadoras do Acidente.

42 - se foi óbito: informar a data do óbito, se for o caso (dd/mm/aaaa).

43 - afastamento do trabalho: informar o número provável de dias de afastamento do trabalho.

44 - diagnóstico 1: escrever o diagnóstico principal e codificar utilizando o CID10 com 4 dígitos.

45 - diagnóstico 2: escrever o diagnóstico secundário e codificar utilizando o CID10 com 4 dígitos.

Nome legível do responsável pelo preenchimento: nome legível de quem preencheu esta ficha com a respectiva função.

### **Portaria nº 777, de 28 de Abril de 2004**

Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde – SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros está expressa, entre outros indicadores, pelos acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho;

Considerando que o art. 200, inciso II, da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, em seu art. 6º, atribui ao SUS a competência de atenção integral à Saúde do Trabalhador, envolvendo as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde;

Considerando que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), disposta na Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002, é estratégia prioritária da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS;

Considerando a valorização da articulação intra-setorial na saúde, baseada na transversalidade das ações de atenção à Saúde do Trabalhador, nos distintos níveis de complexidade do SUS, com destaque para as interfaces com as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental;

Considerando a necessidade de disponibilidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar as ações de saúde, a intervenção nos ambientes e condições de trabalho, subsidiando o controle social; e

Considerando a constatação de que essas informações estão dispersas, fragmentadas e pouco acessíveis, no âmbito do SUS, resolve: Art. 1º Regular a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes

e doenças relacionados ao trabalho em rede de serviços sentinela específica.

§ 1º São agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:

- I - Acidente de Trabalho Fatal;
- II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;
- III - Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico;
- IV - Acidentes de Trabalho com Crianças e Adolescentes;
- V - Dermatoses Ocupacionais;
- VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- VII - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
- VIII - Pneumoconioses;
- IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR;
- X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
- XI - Câncer Relacionado ao Trabalho.

§ 2º O Instrumento de Notificação Compulsória é a Ficha de Notificação a ser padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Art. 2º Criar a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, enumerados no

§ 1º do artigo 1º desta Portaria, constituída por:

- I - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- II - Hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e/ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e
- III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

Art. 3º Estabelecer que a rede sentinela será organizada a partir da porta de entrada no sistema de saúde, estruturada com base em ações de acolhimento, notificação e atenção integral, envolvendo assistência e vigilância da saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos técnicos de Vigilância à Saúde do Trabalhador deverão estar articulados com aqueles da vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Art. 4º Definir que a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, na rede de cuidados progressivos do Sistema deverá estar em consonância com as diretrizes estabelecidas

na Política de Educação Permanente para o SUS, prioritariamente pactuada nos Pólos de Educação Permanente.

Art. 5º Estabelecer que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretária de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a definição dos mecanismos de operacionalização do disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. A definição dessas diretrizes deverá ocorrer no prazo de até 60 (sessenta) dias, a contar da publicação desta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

### **Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991 Dou de 14/08/98 (Atualizada: fevereiro/2004)**

Alterada pela LEI No 10.839, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2004 - DOU DE 06/02/2004

Alterada pela LEI Nº 10.710 - DE 5 DE AGOSTO DE 2003 - DOU DE 06/08/2003

Alteração dada pela LEI Nº 10.699 - DE 9 DE JULHO DE 2003 - DOU DE 10/07/2003

Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

Art.19. Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do Art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

§ 1º A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador.

§ 2º Constitui contravenção penal punível com multa, a empresa deixar de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho.

§ 3º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular.

§ 4º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos parágrafos anteriores, conforme dispuser o Regulamento.

Nota:

Atualmente Ministério do Trabalho e Emprego. Denominação instituída pela Medida Provisória nº 1.795, de 1º.1.1999, reeditada até a de nº 2.216-37, de 31.8.2001, posteriormente transformada na Medida Provisória nº 103, de 1º.1.2003, convertida na Lei nº 10.683, de 28.5.2003.

Art. 20. Consideram-se acidente de trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

Nota:

Atualmente Ministério da Previdência Social - MPS. Denominação instituída pelo Art. 25, inciso XVIII da Medida Provisória nº 103, de 1º.1.2003, posteriormente convertida na Lei nº 10683, de 28.5.2003.

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

§ 1º Não são consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;
- b) a inerente a grupo etário;
- c) a que não produza incapacidade laborativa;
- d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é

resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

§ 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente de trabalho.

Art. 21. Equiparam-se também ao acidente de trabalho, para efeitos desta Lei:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em conseqüência de:

- a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
- c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;

- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1º Nos períodos destinados à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas no local do

trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

§ 2º Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior.

Art. 22. A empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.

§ 1º Da comunicação a que se refere este artigo receberão cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria.

§ 2º Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto neste artigo.

§ 3º A comunicação a que se refere o § 2º não exime a empresa de responsabilidade pela falta do cumprimento do disposto neste artigo.

§ 4º Os sindicatos e entidades representativas de classe poderão acompanhar a cobrança, pela Previdência Social, das multas previstas neste artigo.

Art. 23. Considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro.

### **Fluxo dos Procedimentos da Licença do Funcionário ou Servidor Acidentado no Exercício de suas Atribuições ou Atacado de Doença Profissional**

1) A licença do funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou atacado de doença profissional deverá obedecer à seguinte legislação:

- Artigos 58 a 62 do Decreto 29.180, de 11 de novembro de 1988 (parcial), que consta no verso da Guia para Perícia Médica – G.P.M. (Anexo I a).
- Artigos 181 a 190 do Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de São Paulo (Anexo II).
- Artigos 194 a 197 do Estatuto dos Funcionários

Públicos do Estado de São Paulo (Anexo III).

- Artigos 19, 20 e 23 da Lei da Previdência Social (Anexo IV).

2) Procedimentos:

2.1) O funcionário ou servidor quando acidentado no exercício de suas atribuições, deverá fazer um requerimento solicitando que seu caso seja enquadrado como licença por acidente de trabalho e anexá-lo junto com sua licença para tratamento de saúde (art. 58 da G.P.M.).

2.2) O(a) diretor(a) do setor onde trabalha o funcionário ou servidor acidentado, deverá narrar o acontecimento ocorrido (descrever como foi o acidente, data, horário, procedimentos adotados, horário de trabalho do funcionário, local de trabalho etc.) e encaminhar todos os dados na forma de processo ao Departamento de Perícias Médicas do Estado – D.P.M.E. (art. 59 e seu parágrafo único da G.P.M.).

Se houver testemunha do acidente, ela também deverá se manifestar por escrito, narrando o acontecimento, se identificando e assinando.

2.3) O(a) diretor(a) do setor onde trabalha o funcionário ou servidor acidentado, deverá fazer um relatório sucinto, narrando o acontecido e retificando as informações contidas no processo

formado e encaminhá-lo ao D.P.M.E. (art. 60 da G.P.M.)

2.4) O fluxo dos procedimentos para a licença do funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições será o mesmo para o caso de doença profissional.

## **Anexo Ia**

DECRETO Nº 29.180, DE 11 DE NOVEMBRO DE 1988 (PARCIAL)

### SEÇÃO III

Da Licença ao Funcionário ou Servidor Acidentado no Exercício de suas Atribuições ou Atacado de Doença Profissional

Artigo 58 – A licença será enquadrada, a princípio, como se licença para tratamento de saúde fosse, observando-se para tanto as disposições deste decreto.

Artigo 59 – Será indispensável para o enquadramento da licença como acidente de trabalho ou doença profissional a sua comprovação em processo, que deverá iniciar-se no prazo de 8 (oito) dias, contados do evento.

Parágrafo único – Do processo deverão constar os elementos suficientes à comprovação do acidente, devendo ser instruído com sua descrição.

Artigo 60 – Concluído o processo, será elaborado relatório sucinto e encaminhado ao D.P.M.E. que, por sua Comissão Médica, apreciará a presença de nexos causal, providenciado, quando for o caso, a retificação do enquadramento legal da licença.

Artigo 61 – O D.P.M.E. poderá, a qualquer tempo, solicitar o processo de comprovação do acidente de trabalho.

Artigo 62 – Os conceitos de acidentes de trabalho, bem como a relação das moléstias profissionais para fins desta Seção, serão os adotados pela legislação federal vigente à época do acidente.

## **Anexo II**

Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado de São Paulo

### CAPÍTULO II

Das Licenças

### SEÇÃO I

Disposições Gerais

Artigo 181 – O Funcionário poderá ser licenciado:

Para tratamento de saúde;

Quando acidentado no exercício de suas atribuições ou atacado de doença profissional;

No caso previsto no artigo 198 (licença gestante);

Por motivo de doença em pessoa de sua família;

Para cumprir obrigações concernentes ao serviço militar;

Para tratar de interesses particulares;

No caso previsto no artigo 205;

Compulsoriamente, como medida profilática; e

Como prêmio de assiduidade.

Parágrafo único – Ao funcionário ocupante de cargo em comissão serão concedidas as licenças previstas neste artigo, salvo a referida no item VI.

Artigo 182 – A licença dependente de inspeção médica será concedida pelo prazo indicado no respectivo laudo.

Artigo 183 – Finda a licença, o funcionário deverá reassumir, imediatamente, o exercício do cargo, salvo a prorrogação.

Parágrafo único – A infração deste artigo importará na perda total do vencimento ou na remuneração correspondente ao período de ausência e, se esta exceder a 30 (trinta) dias, ficará o funcionário sujeito à pena de demissão por abandono de cargo.

Artigo 184 – O funcionário licenciado nos termos

dos itens I a IV do art. 181 é obrigado a reassumir o exercício, se for considerado apto em inspeção médica realizada “ex officio” ou se não subsistir a doença na pessoa de sua família.

Parágrafo único – o funcionário poderá desistir da licença, desde que em inspeção médica fique comprovada a cessação dos motivos determinantes da licença.

Artigo 185 – A licença poderá ser prorrogada “ex officio” ou mediante solicitação do funcionário.

§ 1º - O pedido de prorrogação deverá ser apresentado pelo menos 8 (oito) dias antes de findo o prazo de licença; se indeferido, contar-se-á como de licença o período compreendido entre o seu término e a data do conhecimento oficial do despacho denegatório.

§ 2º - Não se aplica o disposto neste artigo às licenças previstas nos itens VI e IX, do art. 181, observando-se no que couber o disposto nas Seções VII e X deste Capítulo.

Artigo 186 – As licenças previstas nos itens I e II do art. 181, concedidas dentro de 60 (sessenta) dias, contado da terminação da anterior, serão considerados em prorrogação.

Artigo 187 – O funcionário licenciado nos termos dos itens I e II do art. 181 não poderá dedicar-se a qualquer atividade remunerada, sob pena de ser cassada a licença e de ser demitido por abandono

de cargo, caso não reassuma o seu exercício dentro do prazo de 30 (trinta) dias.

Artigo 188 – O funcionário licenciado nos termos dos itens I e II do art. 181 ficará obrigado a seguir rigorosamente o tratamento médico adequado à doença, sob pena de lhe ser suspenso o pagamento dos vencimentos ou remuneração.

Artigo 189 – O órgão médico oficial fiscalizará a observância do disposto no artigo anterior.

Artigo 190 – O funcionário que se recusar a submeter-se à inspeção médica, quando julgada necessária, será punido com pena de suspensão.

Parágrafo único – A suspensão cessará no dia em que se realizar a inspeção.

## Anexo III

### SEÇÃO III

Da Licença ao Funcionário Acidentado no Exercício de suas Atribuições ou Atacado de Doença Profissional

Artigo 194 – O funcionário acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional, terá direito à licença com vencimentos ou remuneração.

Parágrafo único – Considera-se também acidente a

agressão sofrida e não provocada pelo funcionário, no exercício de suas funções.

Artigo 195 – A licença prevista no artigo anterior não poderá exceder 04 (quatro) anos.

Parágrafo único – No caso de acidente, verificar a incapacidade total para qualquer função pública será desde logo concedida a aposentadoria ao funcionário.

Artigo 196 – A comprovação do acidente, indispensável para concessão da licença, será feita em processo, que deverá iniciar-se no prazo de 08 (oito) dias, contados do evento.

Artigo 197 – Para conceituação do acidente e da doença profissional, serão adotados os critérios da legislação federal de acidentes de trabalho.

## Legislação na Previdência Portaria nº 284/2000: IPREM

O Superintendente Substituto do INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO - IPREM, no uso de suas atribuições legais, e CONSIDERANDO:

- os termos da Lei 8.989/79, Capítulo III, e da Lei 9.159/80, que dispõem sobre benefícios devidos em virtude do Acidente do Trabalho e da Doença Profissional;
- o disposto no parágrafo único do artigo 15

da Lei 9.159/80, que atribui competência à Secretaria Municipal da Administração para expedir normas a respeito da comunicação interna para a participação do acidente de trabalho;

- a necessidade e a conveniência da padronização de rotinas e atos administrativos para o estabelecimento de fluxos mais ágeis e simplificados;
- a utilidade de se estabelecer orientação geral sobre Acidente de Trabalho, Moléstia Profissional e preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT; e
- o disposto na Portaria 354/SMA-G/2000, de 21 de setembro de 2000.

#### EXPEDE:

a presente Portaria aprovando normas para a implantação do Requerimento Padronizado “Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT”:

- 1 - as comunicações de acidente de trabalho e os casos suspeitos ou confirmados de moléstia profissional deverão ser feitos através do Requerimento Padronizado “Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT”, conforme modelo anexo;
- 2 - a simples emissão da CAT não importa em reconhecimento do nexos causal, nem gera benefícios ao servidor;

3 - todo e qualquer acidente ocorrido com o servidor em seu ambiente de trabalho ou no trajeto de acesso ou saída do referido, deve gerar a emissão da CAT;

4 - frente à ocorrência de quaisquer das situações previstas no item 1, o servidor ou quem tiver conhecimento do evento deverá imediatamente comunicá-lo à chefia imediata do servidor. A partir do conhecimento do fato, a chefia imediata ou seu substituto legal deverá providenciar a emissão e entrega da CAT, mediante protocolo, no prazo de 72 horas, sob pena de ser responsabilizada por omissão;

5 - o servidor, de posse da CAT deverá OBRIGATORIAMENTE se apresentar ao Departamento Saúde Servidor - DSS, munido da solicitação de perícia médica - SPM/GLM, que também deverá ser entregue ao servidor pela Chefia, por ocasião da emissão da CAT;

6 - uma vez expedida a CAT, a unidade só deverá permitir o retorno do servidor ao trabalho, mediante a apresentação do Memorando de Comunicação de ALTA MÉDICA fornecido pelo DSS, em caso de afastamento.

#### 7 - NORMAS PARA PREENCHIMENTO DA CAT

7.1. O requerimento padronizado “Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT” tem por objetivo simplificar e agilizar a comunicação de acidentes de trabalho e moléstia profissional.

7.2. A CAT deverá ser expedida em 06 (seis) vias, preenchidos os seus campos sem rasuras, de forma clara e legível.

7.3. Todas as 6 (seis) vias da CAT deverão ser protocoladas no DSS pelo próprio servidor ou, na impossibilidade, por pessoa de sua confiança, o mais breve possível. No ato, DSS, após o registro, separará as 6 vias com a seguinte destinação:

1ª via - Prontuário do DSS

2ª via - HSPM

3ª via - Seção de Pessoal - IPREM

4ª via - Unidade do Servidor - IPREM

5ª via - Servidor

6ª via - DSS (Sindicatos/Entidades de Classe)

- As 2ª, 4ª e 5ª vias serão entregues no ato ao portador, com orientação para que entregue as 2ª e 4ª vias no HSMP e na Unidade de lotação do servidor, respectivamente.
- A 3ª via será encaminhada pelo próprio DSS ao IPREM, ficando a 6ª via à disposição dos Sindicatos e Entidades de Classe no Departamento Médico.

8 - PREENCHIMENTO

Protocolo DSS - Campo à direita, no topo do formulário, a ser preenchido pelo DSS.

CAMPO A - Identificação do servidor (destina-se à identificação completa do servidor).

- Nome do servidor por extenso
- RF: registro funcional com todos os dígitos
- Cargo/Função, acrescido do código de endereçamento, para efeito de pagamento
- Número do R.G. (Carteira de Identidade)
- Horário de Trabalho: horário regular de trabalho do servidor

CAMPO B - Identificação da Unidade de Lotação

Todos os campos deverão ser preenchidos

CAMPO C - Informações sobre o acidente

Local do acidente (endereço, número ou proximidade)

Data/Hora/Dia da semana em que ocorreu o acidente

Ocupação habitual do acidentado - tarefa rotineira do servidor

Ocupação na hora do acidente - tarefa que desempenhava o servidor no momento do Acidente ou se estava em trânsito

Nos campos “descrição do acidente” e “partes do corpo atingidas”, esclarecer com precisão o acidente, detalhando as partes do corpo afetadas, inclusive o lado (Ex.: dedo anular da mão direita).

Descrever, se for o caso, o local para onde foi conduzido o acidentado, com data e hora da remoção. Se o espaço não for suficiente, utilize o verso.

Boletim de Ocorrência - caso tenha havido boletim de ocorrência, indicar o número e o Distrito.

Testemunhas - esse campo só deverá ser preenchido com dados relativos às pessoas que presenciaram o acidente ou conviveram no trabalho com o servidor, no caso de moléstia profissional.

Identificar duas testemunhas através de: Nome completo da testemunha; Endereço/n.º - completo da residência da testemunha; Bairro/Município/CEP - correspondente ao endereço da testemunha; RG/Assinatura:

A testemunha deverá se identificar através de Cédula de Identidade e assinar o documento.

CAMPO D - Informações sobre a doença do trabalho

Descrever sintomas, condições ou situações presentes no trabalho, que possam ter gerado a doença.

Relacionar produtos, materiais e equipamentos utilizados no desempenho da atividade.

No campo "Início da doença", considerar a data de início da incapacidade para o trabalho ou o dia em que foi feito o diagnóstico (o que ocorreu primeiro).

Nome/RF/Assinatura do chefe imediato ou do substituto legal: nome completo, carimbo, RF e assinatura.

Data de emissão: dia, mês e ano

Nome/Assinatura do servidor ou preposto: Nome completo e assinatura ou nome completo, RG e assinatura do preposto

9 - As disposições constantes desta Portaria entrarão em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

OBS.: REQUERIMENTO PADRONIZADO, VIDE DOM 06/10/2000, p. 16.

### **Orientações para o preenchimento da ficha de notificação de Acidentes de Trabalho**

Os campos deverão ser preenchidos da forma mais completa possível. Quando necessário ao complemento das informações, outras fontes deverão ser utilizadas, como o serviço médico que realizou o atendimento, a família, a empresa entre outros.

1 - **data da notificação:** data em que a ficha está sendo preenchida (dd/mm/aaaa).

2 - **fonte de informação:** identificar o local onde foi coletada a informação: unidade de saúde, delegacia de polícia, Instituto Médico Legal etc; **código** - código da unidade no SIA-SUS (só para unidades conveniadas com o SUS); **nº da ocorrência** - informar o nº do registro de atendimento na unidade que prestou o serviço.

3 - nome do acidentado: informar o nome completo do acidentado, sem abreviaturas.

4 - data de nascimento: dd/mm/aaaa.

5 - sexo: utilizar o código de letra, presente no campo.

6 - raça/cor: utilizar o código numérico, presente no campo.

7 - escolaridade: informar a escolaridade em anos concluídos, iniciando a contagem na 1ª série do Ensino Fundamental, utilizando o código numérico presente no campo.

8 - situação ocupacional: informar o tipo de vínculo empregatício do acidentado utilizando código numérico presente no campo.

9 - número do cartão SUS: informar o nº do cartão SUS, quando o acidentado o possuir.

10 - nome da mãe: informar o nome completo da mãe do acidentado, sem abreviaturas.

11 - endereço: informar o nome do logradouro de residência do acidentado.

12 - número: informar o nº do imóvel no logradouro.

13 - complemento: informar o complemento, isto é, nº do apartamento, nº da casa etc.

14 - bairro/distrito: informar o bairro ou distrito administrativo da residência do acidentado.

15 - município de residência: informar o município da residência.

16 - CEP: informar o CEP do endereço da residência, com 8 dígitos.

17 - telefone: informar um telefone de contato com o acidentado.

18 - razão social: informar o nome da empresa empregadora do acidentado.

19 - CNPJ: informar o nº do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (antigo CGC). Este dado consta na Carteira de Trabalho dos empregados formalmente registrados.

20 - endereço: informar o nome do logradouro da empresa empregadora.

21 - número: informar o nº do imóvel, no logradouro.

22 - complemento: informar o complemento, isto é, nº do apartamento, nº da casa etc.

23 - bairro/distrito: informar o bairro ou distrito administrativo da empresa empregadora.

24 - município: informar o município do endereço da empresa empregadora.

25 - CEP: informar o CEP do endereço da empresa, com 8 dígitos.

26 - telefone: informar o telefone da empresa empregadora.

27 - o que a empresa faz: descrever a atividade principal da empresa; CNAE - utilizar a Classificação do Código Nacional de Atividade Econômica.

28 - data do acidente: informar a data do acidente (dd/mm/aaaa).

29 - local do acidente: informar o local do acidente utilizando a lista de código numérico presente no campo.

30 - razão social: informar o nome da empresa onde ocorreu o acidente.

31 - CNPJ: informar o nº do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da empresa onde ocorreu o acidente.

32 - endereço: informar o nome do logradouro da empresa onde ocorreu o acidente.

33 - número: informar o nº do imóvel, no logradouro.

34 - complemento: informar o complemento, isto é, nº do apartamento, nº da casa etc.

35 - bairro/distrito: informar o bairro ou distrito administrativo da empresa onde ocorreu o acidente.

36 - município: informar o município do endereço da empresa onde ocorreu o acidente.

37 - CEP: informar o CEP do endereço da empresa, com 8 dígitos.

38 - telefone: informar o telefone da empresa onde ocorreu o acidente.

39 - o que a empresa faz: descrever a atividade principal da empresa; CNAE - utilizar a

Classificação do Código Nacional de Atividade Econômica.

40 - descrição do acidente: descrever o que ocorreu, a causa do evento e as circunstâncias envolvidas. Causa Externa - codificar utilizando o Capítulo XX do CID 10 com 4 dígitos.

41 - máquina/ferramenta causadora do acidente: especificar a máquina ou ferramenta envolvida no acidente, quando for o caso. Por ex.: prensa injetora. Código - utilizar a Tabela de Máquinas ou Ferramentas Causadoras do Acidente.

42 - se foi óbito: informar a data do óbito, se for o caso (dd/mm/aaaa).

43 - afastamento do trabalho: informar o número provável de dias de afastamento do trabalho.

44 - diagnóstico 1: escrever o diagnóstico principal e codificar utilizando o CID10 com 4 dígitos.

45 - diagnóstico 2: escrever o diagnóstico secundário e codificar utilizando o CID10 com 4 dígitos.

Nome legível do responsável pelo preenchimento: nome legível de quem preencheu essa ficha com a respectiva função.

## **Portaria nº 223 - Ano: 2002** **Secretaria: SGP (Secretaria** **de Gestão Pública)**

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE GESTÃO PÚBLICA, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e CONSIDERANDO a conveniência de orientar a concessão de auxílio-acidentário previsto no artigo 160, da Lei 8.989/79 e legislação subsequente, em face da descentralização operada pelo Decreto 41.711, de 22 de fevereiro de 2002;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar e racionalizar os procedimentos dos pedidos;

CONSIDERANDO, finalmente, o disposto no artigo 2º do referido Decreto, EXPEDE:

A presente Portaria, aprovando o formulário padrão “Título Assecuratório de Direito” - ANEXO I, bem como as seguintes normas para pagamento do benefício:

### DA CONCEITUAÇÃO

1. Vantagem pecuniária de ordem pessoal concedida a partir de 01/01/81, mensalmente, ao servidor acidentado em serviço com redução parcial e permanente da capacidade para o trabalho, devida a partir do mês do evento, calculada na base de 10 % ou 20 % do valor do padrão de vencimentos vigente na data do infortúnio.

Até 31/12/80, era concedida a diferença de padrão por acidente prevista na Lei 5.153/57.

### DA COMPETÊNCIA

2. O chefe imediato do servidor é responsável pela elaboração e pelos dados contidos no Relatório de Acidente de Trabalho - RAT.

3. O Departamento de Saúde do Trabalhador - DSS desta Pasta é o órgão competente para elaborar o laudo médico e dar o prosseguimento previsto na Portaria Pref-Gab 27/87.

4. O Departamento Judicial - JUD da Secretaria dos Negócios Jurídicos - SJ é a unidade competente para averiguar se o acidente pode ou não ser caracterizado como de trabalho, bem como remeter o processo à Pasta de lotação ou à última unidade de lotação do servidor para outorga dos benefícios previstos na Lei 9.159/80.

### DOS PROCEDIMENTOS

5. Após as providências das unidades supracitadas e o parecer emitido pela Secretaria dos Negócios Jurídicos, o processo é encaminhado à Pasta de lotação ou à última unidade de lotação do servidor para fins de publicação do despacho.

5.1. Caberá à Unidade de Recursos Humanos - URH a emissão do Título Assecuratório de Direito, conforme modelo ANEXO I, em 3 vias, sendo 01

via para ser anexada ao processo, 01 via para ser entregue ao servidor e 01 via para arquivo em prontuário, e sua publicação.

5.2. A URH cadastrará o benefício a partir da data início, observando o percentual fixado pela JUD e demais orientações contidas no “Manual de Procedimentos” fornecido pela Divisão de Cadastro e Pagamento - DRH.2, do Departamento de Recursos Humanos desta Pasta.

5.3. Após essas providências, a URH deverá observar as demais ações a serem desencadeadas, conforme informação prestada pela JUD, que subsidiou o competente despacho.

6. A URH deverá manter controle da concessão do benefício dos seus funcionários, contendo os seguintes dados: nome do servidor, registro funcional, data do acidente, número do título assecuratório, número do processo, data da publicação, cargo à época do acidente, padrão na época do acidente, benefícios.

7. O auxílio acidentário não se incorpora aos vencimentos ou salários do servidor; entretanto, será computado para efeito de cálculo de proventos ou pensão, exclusivamente, nas hipóteses de aposentadoria ou morte do servidor não decorrentes do mesmo acidente.

8. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

**Portaria nº 354 - Ano: 2000**  
**Secretaria: SMA (Secretaria Municipal da Administração)**

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, e

CONSIDERANDO:

- os termos da Lei 8.989/79, Capítulo III, e da Lei 9.159/80, que dispõem sobre benefícios devidos em virtude do Acidente de Trabalho e da Doença Profissional;
- o disposto no parágrafo único do artigo 15 da Lei 9.159/80, que atribui competência à Secretaria Municipal da Administração para expedir normas a respeito da comunicação interna para a participação do acidente do trabalho;
- a necessidade e a conveniência da padronização de rotinas e de atos administrativos para o estabelecimento de fluxos mais ágeis e simplificados;
- a utilidade de se estabelecer orientação geral sobre Acidente de Trabalho, Moléstia Profissional e preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT;

## EXPEDE

a presente Portaria aprovando normas para a implantação do Requerimento Padronizado “Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT”:

1 - as comunicações de acidente de trabalho e os casos suspeitos ou confirmados de moléstia profissional deverão ser feitos pelo Requerimento Padronizado “Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT” - MO 085 - código SUPRI 11.215.003.008.1742-9, conforme modelo anexo integrante da presente Portaria;

2 - a simples emissão da CAT não importa em reconhecimento do nexos causal nem gera benefícios ao servidor;

3 - todo e qualquer acidente ocorrido com o servidor em seu ambiente de trabalho ou no trajeto de acesso ou saída do referido, deve gerar a emissão da CAT;

4 - frente à ocorrência de quaisquer das situações previstas no item 1, o servidor ou quem tiver conhecimento do evento deverá imediatamente comunicá-lo à chefia imediata do servidor. A partir do conhecimento do fato, a chefia imediata ou seu substituto legal deverá providenciar a emissão e entrega da CAT, mediante protocolo, no prazo de 72 horas, sob pena de ser responsabilizada por sua omissão;

5 - o servidor, de posse da CAT deverá

OBRIGATORIAMENTE se apresentar ao Departamento Médico - DSS, munido da solicitação de perícia médica - SPM/GLM, que também deverá ser entregue ao servidor pela chefia, por ocasião da emissão da CAT;

6 - uma vez expedida a CAT, a unidade só deverá permitir o retorno do servidor ao trabalho, mediante a apresentação do Memorando de Comunicação de ALTA MÉDICA fornecido pelo DSS, em caso de afastamento.

7 - NORMAS PARA PREENCHIMENTO DA CAT

7.1 - O requerimento padronizado “Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT” tem por objetivo simplificar e agilizar a comunicação de acidentes do trabalho e moléstia profissional.

7.2 - A CAT deverá ser expedida em 06 (seis) vias, preenchidos os seus campos sem rasuras, de forma clara e legível.

7.3 - Todas as 6 vias da CAT deverão ser protocoladas no DSS pelo próprio servidor ou, na impossibilidade, por pessoa de sua confiança, o mais breve possível. No ato o DSS, após o registro, separará as 6 vias com a seguinte destinação:

Via branca Prontuário do DSS

Via amarela HSPM

Via rosa DRH

Via ouro Unidade do servidor

Via verde Servidor

Via azul DSS (Sindicatos/Entidades de Classe)

- As vias amarela, ouro e verde serão entregues no ato ao portador, com orientação para que entregue a via amarela e a ouro no HSPM e na Unidade de lotação do servidor, respectivamente.

- A via rosa será encaminhada pelo próprio DSS ao DRH, ficando a via azul à disposição dos Sindicatos e Entidades de Classe, no Departamento Médico.

## 8 - PREENCHIMENTO

Protocolo DSS - Campo à direita, no topo do formulário, a ser preenchido pelo DSS.

CAMPO A - Identificação do servidor (destina-se à identificação completa do servidor).

- Nome do servidor por extenso
- RF: registro funcional com todos os dígitos
- Cargo/Função acrescido do código de endereçamento, para efeito de pagamento
- Número do RG (Carteira de Identidade)
- Horário de Trabalho: horário regular de trabalho do servidor

CAMPO B - Identificação da Unidade de Lotação

Todos os campos deverão ser preenchidos.

CAMPO C - Informações sobre o acidente

Local do acidente (endereço, número ou proximidade)

Data/Hora/Dia da semana em que ocorreu o acidente

Ocupação habitual do acidentado - tarefa rotineira do servidor

Ocupação na hora do acidente - tarefa que desempenhava o servidor no momento do acidente ou se estava em trânsito

Nos campos “descrição do acidente” e “partes do corpo atingidas”, esclarecer com precisão o acidente, detalhando as partes do corpo afetadas, inclusive o lado (Ex.: dedo anular da mão direita).

Descrever, se for o caso, o local para onde foi conduzido o acidentado, com data e hora da remoção. Se o espaço não for suficiente, utilize o verso.

Boletim de Ocorrência - caso tenha havido boletim de ocorrência, indicar o número e o Distrito.

Testemunhas - Esse campo deverá ser preenchido com dados relativos às pessoas que presenciaram o acidente ou conviveram no trabalho com o servidor, no caso de moléstia profissional.

Identificar duas testemunhas através de:

Nome completo da testemunha; Endereço/nº-completo da residência da testemunha; Bairro/Município/CEP - correspondente ao endereço da testemunha; RG/Assinatura: a testemunha deverá se identificar através de Cédula de Identidade e assinar o documento.

#### CAMPO D - Informações sobre a doença de trabalho

Descrever sintomas, condições ou situações presentes no trabalho, que possam ter gerado a doença.

Relacionar produtos, materiais e equipamentos utilizados no desempenho da atividade.

No campo início da doença, considerar a data de início da incapacidade para o trabalho ou o dia em que foi feito o diagnóstico (o que ocorreu primeiro).

Nome/RF/Assinatura do chefe imediato ou do substituo legal: nome completo, carimbo, RF e assinatura/Data da emissão: dia, mês e ano/  
Nome/Assinatura do servidor ou preposto: Nome completo e assinatura ou nome completo, RG e assinatura do preposto

9 - As disposições constantes desta Portaria entrarão em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

OBS.: FORMULÁRIO, VIDE DOM 21/09/2000, p. 3.

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT (A EMISSÃO DESTE COMUNICADO NÃO IMPORTA RECONHECIMENTO DO NEXO CASUAL)					PROTOCOLO DSS
					Nº:
					DATA: / /
<b>A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR</b>					
NOME				RF:	
----- CARGO OU FUNÇÃO -----			PADRÃO - REFERÊNCIA		IDENTIDADE (RG)
CATEGORIA FUNCIONAL	CÓD. ENDEREÇAMENTO	HORÁRIO DE TRABALHO	SEXO	EST. CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
					/ /
END. RES:			Nº ANDAR:		
CIDADE:		UF:	CEP:	TEL: ( )	
<b>B - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO</b>					
SECRETARIA:			DEPTO:		
DIVISÃO:			SEÇÃO:		
END:			Nº TEL: ( )		
<b>C - INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE</b>					
LOCAL:				Nº	
CIDADE:				UF: CEP:	
DATA DO ACIDENTE: / /		HORA:		DIA DA SEMANA:	
OCUPAÇÃO HABITUAL:			OCUPAÇÃO NA HORA DO ACIDENTE:		
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE:					
PARTES DO CORPO ATINGIDAS:					
TESTEMUNHAS					
1º)		TEL.: ( )		RG	
END:		Nº		ASSINATURA	
CIDADE:		CEP: UF:			
2º)		TEL.: ( )		RG	
END:		Nº		ASSINATURA	
CIDADE:		CEP: UF:			
<b>D - INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO</b>					
DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA:					
					INÍCIO DA DOENÇA / /
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DA DOENÇA:					
		DATA DA EMISSÃO			
NOME / RF E ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO		/ /		NOME/ASSINATURA DO SERVIDOR OU PREPOSTO	

1ª VIA (BRANCA) - DEIMED 2ª VIA (AMARELA) - HSPM 3ª VIA (ROSA) - DRH 4ª VIA (CUIRÓ) - UNIDADE DE LOTAÇÃO 5ª VIA (VERDE) - SERVIDOR 6ª VIA (AZUL) - SINDICATO / ENTIDADE DE CLASSE

## Endereços Úteis

### ATENÇÃO BÁSICA

Rua General Jardim, 36 8º andar

Tel. 3218-4062

CEFOR - Centro de Formação e Desenvolvimento  
dos Trabalhadores da Saúde

Rua Gomes de Carvalho, 250

Tel. 3840-4815

CODEPPS – Saúde Trabalhador

Rua General Jardim, 61 – 5º andar

Tel. 3218-4104 SP (capital)

COVISA/CCD/VST

Rua Santa Isabel, nº 181

Tel. 3350-6625 SP (capital)

3350-6628

DPME – Departamento de Perícias Médicas do  
Estado de São Paulo

Rua Maria Paula, nº 80 – Centro SP (capital)

DSS – Departamento de Saúde do Servidor do  
Município de São Paulo

Rua Frederico Alvarenga, nº 259

Tel. 3257-5155 SP (capital)

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

Viaduto Santa Ifigênia, nº 266

Tel. 3315-1010 SP (capital)

## Revisão Final

Anna Luiza Lins Gryscek

Necha Goldgrub

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APECIH. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e anti-sepsia. São Paulo: 1999.
2. APECIH. Guia para higiene das mãos em serviços de assistência à saúde/tradução integral. São Paulo: 2003.
3. Atualidades em DST/Aids: Biossegurança - Secretaria de Estado da Saúde. PEDST/Aids junho de 1998 ano I nº 1
4. CADERNO BRASILEIRO DE MEDICINA. v. XIV, nos 1,2,3 e 4, jan/dez, 2001.
5. CARPENTER, C.J.C.; Fischl, M.A.; Hammer, S.M. et al. Antiviral therapy for HIV infection in 1996. JAMA 1996;276;146-154
6. CASTLE M, Gemian E. (1987) Hospital infection control: Principles and Practice 2ª ed., Wiley Publications, Chichester.
7. CDC Public Health Service statement of management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. MMWR 1990;39(no.RR-1).
8. CDC. Case control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood. France, United Kingdom and United States: January 1988/August 1994. MMWR 1995;44 ;929-33.
9. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA “Professor Alexandre Vranjac” – Divisão de Tuberculose. Recomendações para redução do risco de transmissão em serviços de saúde. São Paulo: 1998.
10. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA “Professor Alexandre Vranjac” – Divisão de Tuberculose. Manual de orientações para a coleta de amostras de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose. São Paulo: 2002.
11. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: Boletim epidemiológico – Programa Estadual DST/Aids. Ano I, nº1, outubro/2002.
12. CONNOR E.M.; SPERLIN, R.S.; GELBER, R.; et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994;331;1173-80.

13. DEFFUNE, E. et al. Manual de enfermagem em hemoterapia do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. São Paulo, fev/2003.
14. FERNANDES, A.T. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000.
15. FERNANDES, A.T.; BARATA, L.C.B. Medicina baseada em evidências e controle de infecção hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001.
16. GARNER, J.S. Guideline for isolation precautions in hospitals: The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control. Hosp. Epidemiol.,v.17,n.1,p.53-80, 1996.
17. GEBERDING, J.L. Management of occupational exposures to blood-borne viruses. N EnglJMed1995;332;444-51.
18. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings – MMWR vol.51- 25/10/02.
19. HENDERSON, D.K. HIV Transmission in the health care environment. In: Textbook of AIDS Medicine. BRODER, S.; MERIGAN, T.C.; BOLOGNESI, D. editores Willians and Wilkins,1994; 831-9.
20. <http://www.cac.org.br/prosao.htm>
21. <http://www.cdc.gov/nchstp/tb>
22. <http://www.medicina.ufmg/edump/clm/ptclhiv.htm>
23. <http://www.riscobiologico.org>
24. <http://www.riscobiologico.org/imuniza/imuniza.htm>
25. KINLOCH-de Loës S, Hirschel BJ, Hoen B, et al. A controlled trial of zidovudine in primary human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1995;333;408-13.  
  
Update: Provisional public health services recommendations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV.MMWR199645;468-72.
26. KRITSKI, A. L. Tuberculose do ambulatório à enfermaria. 2ª ed. Atheneu, 2000.
27. MAGALHÃES, H.P. de. Técnica cirúrgica e cirurgia experimental. São Paulo: Sarvier, 1993, p.338.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/Aids: Técnicas para coleta de sangue. São Paulo: 1997.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE – FUNASA. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5ª. ed. Rio de Janeiro: 2000.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE – FUNASA. Guia de Vigilância Epidemiológica: tuberculose. Brasília: 2002.

31. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de políticas de saúde – Coordenação nacional de DST e Aids. Manual de condutas: exposição ocupacional a material biológico, hepatite e HIV. Brasília: 1999
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de políticas de saúde – Coordenação nacional de DST e Aids. Recomendações para a terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: 2004.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de condutas: controle de infecções e a prática odontológica em tempos de Aids. São Paulo: 2000.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria nacional de organização e desenvolvimento de serviços de saúde. Programa de controle de infecção hospitalar. Lavar as mãos: informação para profissionais de saúde. São Paulo: 1989.
35. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Programa Nacional DST/Aids - Secretaria de Vigilância em Saúde e Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites virais – Departamento de Vigilância Epidemiológica - Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2004.
36. NIU MT, Stein DS, Shnittmann SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. *J Infect Dis*1993;168:1490-501.
37. *Nursing* nº 1 Junho 1998 ano1 p.15-19.
38. Oxford Reference Dictionary, 1986.
39. Revista COREN/SP, jan/fev-2003 nº43.
40. TOKARS JI, Marcus R, Culver DH, et al. Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood. *Ann Intern Med*1993;118; 913-9.
41. Primeiro Consenso de Tuberculose, 1997- *Jornal de Pneumologia*, vol 23, nº 6 , Nov/Dez, 1997.
42. Publicação Oficial da Secretaria Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.
43. 2002. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.  
  
1ª edição - elaborado pelo Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para co-infecção HIV-Tuberculose e Colaboradores, Ministério da Saúde - Brasília, DF, 2000.



