

	Prefeitura Municipal de Antônio Carlos – SC Secretaria de Saúde e Assistência Social	Unidade Básica de Saúde de Antônio Carlos
POP ENF N° 003 11 Páginas	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	Data Emissão: 08/2018
Elaborado Por: Enf ^a Letícia Martins. Coren/SC:397802	Validado e revisado por: Enf ^a Suzana Prim Petry. Coren/SC:306853 Deferido por: Filipe Alexandre Schmitz Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social	Data da revisão: 06/2022
Responsável: Profissionais de Saúde		Local: UBS e Centro de Saúde de Antônio Carlos
ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES		

JUSTIFICATIVA

Estabelecer a sistemática de atendimento aos Servidores, da Secretaria Municipal de Saúde, que viabilize, em caso de acidente com perfurocortante e materiais biológicos, diagnóstico, condutas, medidas preventivas e notificação da exposição à material biológico, prioritariamente quanto a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), do vírus da hepatite B (HBV) e do vírus da hepatite C (HCV).

CONDIÇÃO PARA EFETUAR A NOTIFICAÇÃO

Acontecido a exposição à material biológico: sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não-infectantes (suor, lágrimas, fezes, urina e saliva) se contaminados com sangue. Excluem-se os fluidos orgânicos (suor, lágrimas, fezes, urina e saliva) se não contaminados por sangue.

Todos os casos de acidente com material biológico devem ser comunicados ao IPREANCARLOS (Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do município de Antonio Carlos), através do registro do acidente em CIAT (Comunicação de Acidente de Trabalho - ANEXO I), além do preenchimento da ficha de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que deve ser entregue à enfermeira da Vigilância Epidemiológica.

PÚBLICO ALVO E ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Todos os profissionais e trabalhadores que atuam em atividades onde há risco de exposição ao sangue e outros materiais biológicos contaminantes, incluindo estagiários da Secretaria Municipal de Saúde de Antônio Carlos.

TIPOS DE EXPOSIÇÃO

- A) *PERCUTÂNEA*: causadas por instrumentos perfurantes ou cortantes, como agulhas ou bisturis.
- B) *MEMBRANAS MUCOSAS*: respingos em olhos, nariz e boca, além de exposição sexual.
- C) *CUTÂNEA EM PELE NÃO INTEGRADA*: presença de feridas abertas ou dermatites.
- D) *MORDEDURAS COM PRESENÇA DE SANGUE*: devem ser avaliados os riscos tanto na pessoa que sofreu a mordedura, quanto na que provocou a lesão.

TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO E TECIDO

A. FLUIDOS ORGÂNICOS COM RISCO:

Para Hepatite B, C e HIV: Sangue, líquido orgânico contendo sangue visível e líquidos orgânicos potencialmente infectantes, sêmen, secreção vaginal, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico.

B. MATERIAIS BIOLÓGICOS CONSIDERADOS POTENCIALMENTE NÃO-INFECTANTES:

Hepatite B e C: escarro, suor, lágrima, urina, vômitos, fezes, secreção nasal, saliva, escarro, caso não contenha sangue nesses materiais biológicos.

C. QUANTIDADE DE FLUIDOS E TECIDOS, ONDE AS EXPOSIÇÕES DE MAIOR GRAVIDADE ENVOLVEM:

Quando há maior volume de sangue (lesões profundas provocadas por material cortante, presença de sangue visível no instrumento, acidentes com agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria do paciente-fonte; acidente com agulhas de grosso calibre, agulhas com lúmen).

Quando há maior inoculação viral (pacientes fontes com HIV/AIDS em estágio avançado, infecção aguda pelo HIV, situações de viremia elevada. Deve-se levar em consideração, no entanto, que há possibilidade de transmissão, mesmo quando a carga viral for baixa e houver a presença de pequeno volume de sangue.

CUIDADOS COM A ÁREA EXPOSTA

Deve-se lavar imediatamente com água e sabão ou com solução antisséptica degermante se a lesão for percutânea ou cutânea. Em exposições de mucosas, é indicado lavar com água ou solução salina fisiológica (0,9%).

Não é recomendado espremer e nem aumentar a área exposta, assim como não é recomendado o uso de soluções irritantes como éter, glutaraldeído, hipoclorito de sódio, pois as mesmas não têm utilidade profilática.

AValiação DO STATUS SOROLÓGICO DA FONTE (ORIGEM DO ACIDENTE)

O paciente fonte deve ser avaliado para a infecção por HIV, Hepatite B e C, no momento da ocorrência do acidente. No entanto, é de extrema importância, orientar, informar e solicitar ao paciente fonte a autorização de coleta e o preenchimento do termo de consentimento informado, livre e esclarecido (ANEXO II).

Caso o paciente fonte seja conhecido, porém sem informação do seu status sorológico, é necessário orientar o profissional acidentado sobre a importância da realização dos exames HBsAG, Anti-HBc IgM, Anti-HCV e Anti-HIV, ou se disponível realizar o teste rápido para HIV, Hepatite B e C. Se o paciente não aceitar realizar os exames ou for impossibilitado por qualquer motivo, considerar o diagnóstico médico, sintomas e história de situação de risco para aquisição de HIV, HBC e HCV (prontuário médico).

AValiação DO STATUS SOROLÓGICO DO ACIDENTADO (SERVIDOR)

Orientar o servidor quanto ao risco do acidente e o possível uso de quimioprofilaxia no hospital de referência, solicitar o consentimento para a realização de exames sorológicos (ANEXO III).

Realizar coleta de sorologia para HIV, HBV e HCV ou realizar os testes rápidos no momento do acidente. De imediato também verificar a vacinação para hepatite B e se possível a comprovação de imunidade por meio do anti-HBs.

AValiação DO ACIDENTE

A exposição ocupacional ao material biológico deve ser avaliada quanto ao potencial de transmissão de HIV, HBV e HCV com base nos seguintes critérios:

1. Tipo e quantidade de material biológico envolvido: sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes ou fluidos orgânicos potencialmente não infectantes, salvo se presença de sangue.
2. Tipo de exposição: perfurocortante, contato com mucosa, pele não íntegra ou mordedura.
3. Conhecimento do paciente fonte:

- fonte comprovadamente infectada;
- fonte exposta à situação de risco
- fonte desconhecida, material biológico sem origem estabelecida.

ENCAMINHAR AO HOSPITAL REFERÊNCIA

Encaminhar ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Biguaçu – das 8h às 16h , localizado na Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, n° 114 – Bairro Centro, Biguaçu/SC, telefone 30398452 ou 991682432 (WhatsApp para dúvidas), **OU** ao Hospital Nereu Ramos, situado na Rua Rui Barbosa, n° 800 – Bairro Agrônômica, Florianópolis/SC, telefone: 32169300, os casos onde os resultados dos testes rápidos (ou os exames laboratoriais) do paciente fonte sejam positivos, paciente fonte desconhecido ou na impossibilidade de se colher as sorologias do paciente fonte.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Realizar o atendimento do servidor o mais rápido possível, por se tratar de uma emergência médica, conforme preconização do Ministério da Saúde.
- Orientar o Servidor quanto aos cuidados com o local da lesão.
- É necessário informar sobre a prevenção secundária ao acidentado nos casos de exposição ao HIV, deve realizar atividade sexual com proteção pelo período de seguimento, mas principalmente nas primeiras 6 a 12 semanas pós-exposição. Deve-se evitar gravidez, doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos e sêmen. O aleitamento materno deve ser interrompido. Outro fator é o risco de infecção por Hepatite B em exposição ocupacional, por esta razão o médico e o enfermeiro, que assistem este Servidor, deverão perguntar sobre a situação vacinal do mesmo e se tem conhecimento da sorologia de conversão, ou seja, o Anti-HBS reagente (inadequada se < 10 UI/L), após esquema vacinal completo.

ANEXO I - Comunicação Interna de Acidente de Trabalho (CIAT)

**Prefeitura de Antônio Carlos
Secretaria de Saúde e Assistência Social
IPREANCARLOS**

1. Identificação do funcionário

Nome: _____
RG: _____
CPF: _____
Matrícula: _____
Idade: _____
Sexo: _____
Estado Civil: _____
Cargo: _____
Função Exercida: _____
Endereço Residencial: _____
Bairro: _____
Município: _____
UF: _____
CEP: _____
Telefone Residencial: _____
Celular: _____

2. Formação Escolar

1. () Analfabeto	5. () 2º Grau Incompleto
2. () Alfabetizado	6. () 2º Grau Completo
3. () 1º Grau Incompleto	7. () Superior
4. () 1º Grau Completo	8. () Pós-graduação

3. Identificação do Órgão

Secretaria: _____
Telefone: _____

4. Informações sobre o Acidente

5. Tipo do Acidente

Data do Acidente: ___ / ___ / ___. Hora do Acidente: ___:___	1.() Típico
Número de horas trabalhadas até o acidente: ___:___ horas	2.() Trajeto
() Com afastamento () Sem afastamento ()	3.() Doença Profissional
Com Óbito () Com lesão () Sem lesão	

6. Descrição do Acidente

(Preenchimento obrigatório da Chefia imediata)

7. Parte(s) do corpo atingida(s)

1 . () Cabeça (exceto olhos)	5 . () Mãos
2 . () Olhos	6 . () Membros inferiores
3 . () Tronco	7 . () Sistemas e aparelhos
4 . () Membros superiores (exceto mãos)	8 . () Múltiplas partes

Obs: A Comunicação Interna de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada ao RH e ao IPREANCARLOS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.

8. Laudo de Exame Médico

Serviço Médico: _____	Data: ___ / ___ / ___	Hora: ___ : ___
Descrição da(s) Lesão(s): _____ _____		
Diagnóstico provável: _____ _____		
Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) Lesão(s) e a data do acidente declarada no anverso ? () SIM () NÃO		
Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(s) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado ? () SIM () NÃO		
Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado. () Hospitalar () Ambulatorial		
Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho ? () SIM () NÃO		
Tempo de Afastamento: _____		
Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____		

Observações:
Localidade: _____ Data: ___ / ___ / ____.
_____ Médico Assistente (assinatura e carimbo)

9 .Testemunhas do Acidente

Nome:	Assinatura:
Endereço:	
Nome:	Assinatura:
Endereço:	

Chefia Imediata: Data: ___ / ___ / ____	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.
Nome: _____	
Assinatura:	
Carimbo	
_____ Assinatura do Servidor	

**ANEXO II - Termo de Consentimento informado para Realização de Exames
Laboratoriais ou teste rápido – Paciente-Fonte**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES
LABORATORIAIS**

Informamos que durante o seu atendimento neste Serviço, um Servidor foi vítima de um acidente de trabalho, onde houve contato com seu material biológico. Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando, por meio da equipe de saúde que o está atendendo, autorização para que sejam realizados alguns exames. Serão solicitados exames para HIV e hepatites B e C.

Para a realização destes exames será necessária um teste rápido (se disponível no momento) ou uma coleta simples de sangue venoso, como realizada para qualquer outro exame convencional já realizado anteriormente. O risco associado a este tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. O benefício que você poderá vir a ter é receber informações diagnósticas sobre estas três doenças já citadas e orientação do seu tratamento, se for o caso. Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do Servidor acidentado. A sua equipe de estratégia de saúde da família será informada a respeito dos resultados dos seus exames, e os mesmos serão incluídos em seu prontuário.

Caso você não concorde com a realização dos exames, esta decisão não causará prejuízo em seu atendimento nesta instituição.

Eu, _____ RG: _____ após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos aos quais serei submetido, () SIM - EU CONCORDO - () NÃO - EU NÃO CONCORDO, que seja coletado meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

RESPONSÁVEL PELA ORIENTAÇÃO: _____

ASSINATURA DO PACIENTE: _____

DATA: ____ / ____ / ____.

**ANEXO III - Termo de Consentimento Informado para Realização de Exames
Laboratoriais – Acidentado**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES
LABORATORIAIS OU TESTE RÁPIDO**

Devido ao acidente durante o trabalho, onde houve contato com material biológico, estamos solicitando autorização para que sejam realizados alguns exames. Serão solicitados exames para HIV e hepatites B e C. Para a realização destes exames será necessária uma coleta simples de sangue venoso ou capilar, como para qualquer outro exame convencional já realizado anteriormente. O risco associado a este tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. O benefício que você poderá vir a ter é receber informações diagnósticas sobre estas três doenças já citadas e orientação do seu tratamento, se for o caso.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento, se necessário. Caso você não concorde com a realização dos exames, fica sobre sua responsabilidade qualquer complicação posterior relacionada ao acidente de trabalho.

Eu, _____ RG: _____ após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos aos quais serei submetido,

() SIM - EU CONCORDO, () NÃO - EU NÃO CONCORDO, que seja coletado (ou realizado testes rápidos) meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

RESPONSÁVEL PELA ORIENTAÇÃO: _____

ASSINATURA DO SERVIDOR: _____

DATA: ____ / ____ / _____.

Enfª Suzana Prim Petry
Enfermeira Estratégia Saúde da Família
Coren/SC: 306853

Enfª Letícia Martins
Responsável Técnica de Enfermagem
COREN/SC: 397.802

Vice-Prefeito FILIPE ALEXANDRE SCHMITZ
Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a materiais biológicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Nota técnica 01/2015. Recomendações para a profilaxia da infecção pelo HIV, das DST e hepatite B em situações de exposição ocupacional, sexual e violência sexual no Estado de Santa Catarina. 2015. Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SES. Florianópolis, SC.

Nota técnica 0000/16. Recomendações para a profilaxia da infecção pelo HIV em situações de exposição sexual e por material biológico no Estado de Santa Catarina. 2016. Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SES. Florianópolis, SC.

SESMT. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Protocolos para acidentes com Material Biológico e Perfurocortantes. Prefeitura de Piracicaba. São Paulo. 2016.