

Atendimento ao acidentado com material biológico

**Coordenadoria Estadual de DST/Aids
Diretoria de Normalização da Atenção à Saúde
Superintendência de Atenção à Saúde
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Belo Horizonte, outubro de 2004**

Atendimento ao acidentado com material biológico

Sumário

	Página
1. Introdução	02
2. Justificativa	03
3. Aspectos legais	05
4. Objetivo	10
5. Fluxo de atendimento	11
6. Normas Gerais de Atendimento	13
7. Bibliografia Consultada	30
8. Anexo I – Procedimentos para montar a rede de assistência	31
9. Anexo II - Resolução Nº 0355 de 22/12/2003	32
10. Anexo III Portaria Nº 777/GM de 28/04/2004	35
11. Anexo IV - Unidades para Porta de Entrada	38
12. Anexo V - Serviços Especializados para Atendimento de portadores de HIV/Aids de Minas Gerais	40
13. Anexo VI - Outros Serviços de Assistência em Hiv/Aids de MG	42
14. Anexo VII - Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	44
15. Anexo VIII - Ficha de notificação de caso do SINAN	45
16. Anexo IX – Fluxo de Atendimento Específico (por região assistencial / município)	47

Atendimento ao acidentado com material biológico

1.Introdução

O acidente ocupacional com exposição ao material biológico tem sido um grande problema de saúde, tanto para empregadores como para trabalhadores de saúde. A organização e estruturação da atenção integral ao acidentado são preocupações dos serviços ligados à prestação de assistência à saúde, e ainda dos trabalhadores potencialmente expostos ao risco biológico.

Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (idealmente até 2 horas após) para a sua maior eficácia.

Este documento descreve os cuidados necessários para evitar a infecção do acidentado pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da hepatite B e como acompanhar os casos de infecção pelo vírus da hepatite C no ambiente de trabalho. Também apresenta as recomendações de precauções universais (básicas), bem como os procedimentos que devem ser seguidos após exposição ocupacional ao material biológico potencialmente contaminado.

É importante ressaltar que as medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes; daí a necessidade de se implementar ações educativas permanentes, que familiarizem os profissionais de saúde com as precauções universais e os conscientizem da necessidade de empregá-las adequadamente, como medida mais eficaz para a redução do risco de infecção pelo HIV ou hepatite em ambiente ocupacional. Recomenda-se também que na assistência aos pacientes onde se manipula sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-integra, faça-se o uso de equipamentos de proteção individual (máscaras, gorros, óculos de proteção, luvas, capotes e botas) e dos cuidados com materiais perfuro-cortantes, mesmo esterilizados.

2. Justificativa

O profissional de saúde deve considerar todo o material biológico como potencialmente contaminado.

Alguns dos principais fatores de risco para transmissão de aids ocupacional estão relacionados ao próprio acidente, à fonte contaminadora ou “doadora” e ao receptor acidentado. São também fatores determinantes do grau de risco os tipos de exposição (percutânea, mucosa ou cutânea), o tipo de fluido envolvido (sangue ou fluidos corpóreos), a concentração de HIV-1 no fluido, a gravidade da exposição (profundidade, extensão tecido envolvido), fatores físicos (temperatura, pH e umidade) e, ainda, o tempo do espécime (isto é, o tempo entre a exposição e a retirada do espécime do paciente). Os estudos têm demonstrado que, a grande maioria dos casos de transmissão ocupacional de aids ocorreu após exposição a amostras frescas.

A transmissão do HIV em profissionais da saúde é bastante diferenciada da transmissão do vírus da hepatite B. As taxas de infecção ocupacional com o HIV têm sido da ordem de 0,2 – 0,5%, enquanto que para o vírus da hepatite B podem chegar a até 40%. Mas as medidas de prevenção necessárias, que devem ser seguidas pelos profissionais de saúde, são equivalentes às utilizadas para hepatite B.

É importante ressaltar que não existe intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional.

Diante deste cenário, a prevenção ainda é a melhor das alternativas. Os profissionais de saúde estão expostos a um variado elenco de riscos biológicos, e por isso, o exercício da “segurança no manejo de produtos e técnicas biológicas”, como define-se a biossegurança, requer abordagem multidisciplinar, envolvendo ampla gama de especialistas.

O gerenciamento e controle das doenças ocupacionais resultantes de exposição a agentes biológicos presentes no local de trabalho são parte importantíssima das atividades de educação e prevenção dessas doenças.

Risco de transmissão e prevenção da exposição a materiais biológicos

A) Risco de transmissão

“O risco médio de se adquirir o HIV em situações de exposição a sangue é aproximadamente 0,3% após exposição percutânea e de 0,09% após exposição mucosa. O risco de infecção associado a outros materiais biológicos é inferior, ainda que não seja definido”. “A probabilidade de infecção pelo vírus da hepatite B após exposição percutânea é significativamente maior.”(MS, 2004), e está relacionada, principalmente, ao grau de exposição ao sangue no ambiente de trabalho e também à presença ou não do antígeno HB e Ag no paciente fonte”.

B) Prevenção da exposição

A prevenção da exposição a sangue e outros fluidos é a principal medida para que não haja contaminação nos serviços de saúde. Portanto, as medidas de precauções básicas deverão ser seguidas rotineiramente, observando-se desde o uso de barreiras de proteção (luvas, capote, óculos), bem como as seguintes recomendações específicas:

- Atenção máxima na realização dos procedimentos;
- Agulhas não devem ser reencapadas ou retiradas da seringa com as mãos;
- Todo material perfurocortante (agulhas, scalp, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa. Estes recipientes devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento;
- Os profissionais de saúde devem ser vacinados para a hepatite B, independentemente de ocorrerem acidentes.

A freqüência de exposições a sangue pode ser reduzida, em mais de 50%, quando esforços são direcionados para a motivação e para o cumprimento destas recomendações.

3. Aspectos legais

Todos os acidentados, inclusive os sujeitos ao Regime Jurídico Único dos Funcionários da União, dos Estados e dos Municípios devem ser devidamente notificados aos setores competentes. Os acidentes ocorridos com empregados regidos pela CLT, de

empresas privadas, devem ser comunicados em formulário próprio, denominado CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, em 24 horas.

Nos empregados do serviço público, a prova do acidente será feita no prazo de 10 dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem, conforme recomenda o artigo 214 da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que trata do Regime Jurídico dos Servidores Civis públicos da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. ***Os funcionários dos Estados e dos Municípios devem observar Regimes Jurídicos Únicos que lhes são específicos.***

De forma mais ampla, a proteção da saúde do trabalhador fundamenta-se nas seguintes bases legais:

- **Constituição Federal do Brasil de 1988**, na seção que regulamenta o Direito à Saúde, que inclui no seu “Artigo 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei (...) II – Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, (...).
- **Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei nº 8.080/90)**, que regulamenta o SUS em seu artigo 6º:

§ 1º- Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e de prestação de serviços de interesse da saúde (...).

§ 2º- Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de reconhecer e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º- Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à

recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...).

- **Pela Legislação Trabalhista Brasileira no âmbito da iniciativa privada:** Lei Federal 6514 de 22/12/1977(que alterou o capítulo V, do título II da Consolidação das Leis do Trabalho aprovada pelo Decreto-Lei 5.452 de 01/05/1943) e suas Normas Regulamentadoras estabelecidas pelo Ministério do Trabalho através da Portaria 3214 de 08/06/1978, aqui destacadas apenas as que enfocam a área de biossegurança: NR4, NR5, NR6, NR7, NR9 e NR15.

- **Pelo Instituto Nacional de Seguro Social – INSS,** a fundamentação legal encontra amparo nas seguinte Leis, Decretos e Resoluções: Leis nº 8.212, e 8.213, de 24 de julho de 1991, em seu “Art. 22. - A empresa deverá comunicar o acidente do 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” e seus parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º.

Portaria GM nº 5.051, de 26 de fevereiro de 1999; Portaria GM nº 5.073, de 05 de março 1999 e Resolução CNPS nº 1.101, de 16 de julho de 1998. Além da OS INSS/DSS nº 621, de 05 de maio de 1999.

- **Lei Estadual nº 13.317, de 24/09/1999 – Código de Saúde do Estado de Minas Gerais,** que coloca a disposição dos cidadãos, um instrumento legal que os habilitam a exigir das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, ou no Ministério Público e na justiça, os seus direitos por melhores condições de vida (ambientais e trabalho), de consumidor de bens e produtos que interferem em sua saúde e por acessos a serviços de proteção de sua saúde. As questões relacionadas à Saúde do Trabalhador encontram-se no Título III da Vigilância à Saúde, nos capítulos:

Capítulo I - Disposições Gerais.

Capítulo II - Da Vigilância Epidemiológica.

Capítulo IV - Da Vigilância Ambiental e do Saneamento:

Seção IV - Dos Resíduos Sólidos Domésticos e Hospitalares.

Capítulo V - Da Saúde do Trabalhador.

Capítulo VIII - Da Vigilância Sanitária.

- **Portaria Federal do Ministério da Saúde nº 1.679 de 19 de setembro de 2002**, dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A Portaria prevê a organização e implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, tanto de abrangência estadual, como regional. Estas unidades serão implantadas nas capitais, regiões metropolitanas ou com grande concentração de trabalhadores e integradas à rede de serviços do SUS, da atenção básica à alta complexidade. Estas ações fazem parte de uma estratégia prioritária da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS
- **Portaria Federal do Ministério da Saúde Nº 777 de 28/04/2004**, que dispõe sobre procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em Rede de Serviços Sentinela Específica, no Sistema Único de Saúde. Em seu “Art. 1º Regular a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes e doenças relacionados ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica”, Considerados agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:” III - Acidente com Exposição a Material Biológico;” e ainda a elaboração de Ficha de Notificação, a ser padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- **Orientações Gerais quanto à Legislação Trabalhista:** Apesar de serem regimes jurídicos diferenciados que regem a categoria dos trabalhadores públicos e privados, em ambas as codificações, há a necessidade de ser feita a comunicação do acidente de trabalho, sendo que para a legislação privada essa comunicação deverá ser feita em 24hs, por meio do formulário denominado CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho. O Regime Jurídico Único (RJU) dos funcionários da União, Lei n.º 8.112/90, regula o acidente de trabalho nos arts. 211 a 214. O “Art. 211. Será licenciado, com remuneração integral, o servidor acidentado em serviço”, o “Art. 212. Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.....”, o “Art. 213. O

servidor acidentado em serviço que necessite de tratamento especializado poderá ser tratado em instituição privada, à conta de recursos públicos,” o “Art. 214. A prova do acidente será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem.”, isto é, sendo o fato classificado como acidente de trabalho deverá ser comunicado até 10 (dez) dias após ter ocorrido. .

Os medicamentos para a quimioprofilaxia, a vacina para hepatite B e a gamaglobulina hiperimune para hepatite B devem ser disponibilizados pelos locais de trabalho públicos ou privados. Essa é uma exigência amparada pela Legislação Trabalhista Brasileira no âmbito da iniciativa privada (Consolidação das Leis Trabalhistas e suas Normas Regulamentadoras), assim como pelo art. 213 do RJU da União. As unidades hospitalares do setor privado deverão ter os medicamentos de quimioprofilaxia e a vacina para hepatite B adquiridos sob suas expensas.

Notificação dos Acidentes

1) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT

Deverá ser emitida quando o trabalhador possuir contrato formal de trabalho. A emissão da CAT não exclui a notificação.

A Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT, é regulamentada pelo Decreto nº 2.172/97. Já a Lei nº 8.213/91 determina no seu artigo 22 que todo acidente do trabalho ou doença profissional deverá ser comunicado pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão.

Observação:

Cabe ressaltar a importância da emissão da CAT, assim como a notificação do caso, principalmente o completo e exato preenchimento dos formulários, as informações neles contidas, do ponto de vista previdenciário, estatístico, epidemiológico, trabalhista e social.

Disponibilização da CAT:

- Internet: www.mpas.gov.br/formulario.asp. O Manual de Instruções e o formulário para o preenchimento do CAT pode ser obtido no seguinte endereço:
www.mpas.gov.br/12_04.asp

- O formulário poderá ainda ser adquirido em papelarias (é de responsabilidade da instituição privada ou pública e ainda do trabalhador autônomo a aquisição do formulário CAT.)
- Está também disponível no Anexo VII deste documento.

Trabalhador do Setor Formal

(Ordem de Serviço INSS/DSS N° 621, 05 de agosto de 1998)

A comunicação será feita ao INSS por intermédio do **formulário CAT, preenchido em seis vias, com a seguinte destinação:**

1ª via - ao INSS;

2ª via - à empresa;

3ª via - ao segurado ou dependente (trabalhador);

4ª via - ao sindicato de classe do trabalhador;

5ª via - ao Sistema Único de Saúde – SUS (Secretaria Municipal de Saúde – Setor de Epidemiologia);

6ª via - à Delegacia Regional do Trabalho.

A responsabilidade pela emissão da CAT é da empresa contratante, ou seja, da Unidade de Saúde onde ocorreu o acidente. Caso está se recuse, a mesma poderá ser emitida pelo próprio trabalhador, pelo sindicato, pela autoridade pública (OS INSS/DSS nº 621 de 05/08/1998).

Ao Médico Assistente compete o preenchimento do Quadro II da CAT que se refere ao Atestado Médico. Este Quadro é composto pelos campos de números 53 a 62.

Encontra-se no Anexo VI o formulário da CAT.

2) Notificação de Casos

O instrumento de notificação será a ficha do SINAN que consta no Anexo VIII.

Estas notificações de casos seguirão o fluxo de acordo com o esquema, descrito no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1

Notificação do caso ao momento do acidente

Instituição Cadastrada como Porta de Entrada faz a notificação no SINAN e preenche a CAT



- Comunicação de Acidente de Trabalho (Ref Técnica em Saúde do Trabalhador ou Epidemiologia)
- Ficha de Notificação do SINAN (Ref Técnica em DST/Aids ou Epidemiologia)
- Serviço de acompanhamento (que encerra o caso)



Secretaria Municipal de Saúde- SMS



DADS (Referência em DST/Aids e Saúde do Trabalhador)



SES (Superintendência de Epidemiologia e SAS/Coordenadorias de Saúde do Trabalhador)

O fluxo e o cronograma deverão seguir as orientações do SINAN já estabelecidas, para envio das informações.

Cada caso deverá ser notificado no primeiro atendimento pelo serviço de porta de entrada e ao encerramento do acompanhamento, após os seis meses de seguimento, os dados deverão ser atualizados pelo serviço indicado para este fim.

4. Objetivo

Este Protocolo de Atendimento ao Acidentado com Material Biológico tem como objetivo normalizar o atendimento ao acidentado no Estado de Minas Gerais, estabelecendo:

- a. Os critérios para atendimento a ser prestado ao acidentado em exposição ocupacional a material biológico;
- b. A organização e estruturação da rede de atendimento ao acidentado em exposição ocupacional a material biológico;
- c. O fluxograma de repasse de insumos aos serviços de atendimento ao acidentado com exposição ocupacional à material biológico;
- d. O fluxograma do atendimento e o formulário apropriado ao procedimento de notificação dos casos de ocorrência de acidente com material biológico;
- e. As condições pertinentes à promoção à Saúde do Trabalhador, fundamentadas no controle do risco biológico.

5. Fluxo de atendimento

Atualmente, em Minas Gerais, 43 municípios recebem o Incentivo Fundo a Fundo do Ministério da Saúde para desenvolver ações de assistência e prevenção às DST/Aids. Estão cadastrados como Serviços de Atendimento Especializado (SAE) às DST/aids 27 unidades, 21 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 33 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) e 81 maternidades/instituições capacitados para a assistência à parturiente portadora do HIV e seu recém nascido. E ainda, outros 25 municípios oferecem assistência ao portador de DST/HIV/aids em serviços da rede pública de saúde.

Considerando a rede já estabelecida para atendimento aos portadores de HIV/aids, o atendimento ao acidentado com exposição a material biológico deverá ser implantado de acordo com esta rede.

Visando o atendimento às vítimas de acidente com material biológico, faz-se necessário instituir uma rede de referência e distintas competências, descritas a seguir.

Compete ao município:

- a) Definir um fluxograma para o atendimento ao acidente ocupacional e encaminhar à Coordenação Estadual de DST/Aids de Minas Gerais,

- b) Definir os procedimentos de registros das ocorrências de modo a garantir a confidencialidade das informações e a privacidade dos portadores.
- c) Estabelecer parcerias com instituições públicas e/ou privadas para garantir o acompanhamento do acidentado.
- d) Divulgar os serviços para todos os profissionais de saúde e outras categorias expostas ao acidente com material biológico.
- e) Levantar a demanda, analisar e repassar as informações referentes aos insumos e medicamentos, bem como os dados dos acidentes ocorridos no mês, encaminhando a Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde - DADS até o dia 05 do mês subsequente.
- f) Avaliar as condições de ocorrência do acidente, visando evitar a repetição do mesmo.

Compete aos serviços cadastrados como porta de entrada para o atendimento das DST/aids e hepatites:

- a) Oferecer atendimento 24 horas à população, como serviço de Porta de Entrada,
- c) Informar ao acidentado sobre o fluxo do atendimento,
- d) Garantir o acesso do acidentado aos serviços prestados pela equipe multiprofissional,
- e) Fornecer os medicamentos necessários a quimioprofilaxia do acidente, se necessário,
- f) Encaminhar o acidentado a outros serviços, quando necessário,
- g) Notificar o caso e encaminhar a notificação, conforme fluxo estabelecido no Quadro 1. Em caso de acidente de trabalho e, em qualquer situação, preencher a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).

Compete ao Estado:

- a) Divulgar amplamente o protocolo de atendimento ao acidentado, inclusive confeccionando material informativo e de divulgação,
- b) Apoiar os municípios na realização de sensibilizações das equipes dos serviços cadastrados como referência,
- c) Disponibilizar os medicamentos e insumos pertinentes,
- d) Analisar os dados e consolidar todas as informações recebidas das DADS.
- e) Implantar um banco de dados de todas as notificações recebidas das DADS.

f) Revisar periodicamente o protocolo, procedendo às alterações necessárias ao cumprimento dos objetivos propostos.

O esquema de distribuição de anti-retrovirais no Estado atenderá aos critérios do fluxo já existente, onde as DADS repassam os medicamentos recebidos da Coordenação Estadual de DST/Aids (via almoxarifado da Secretaria de Estado da Saúde - SES) às suas unidades dispensadoras/Serviços de Atendimento Especializados (SAE) e outros serviços que estão sob sua área de abrangência.

Encontra-se no Anexo IV a relação de Instituições que manifestaram disponibilidade para o primeiro atendimento a acidentado com Material Biológico (o município poderá contatar as instituições para estabelecer seu fluxo), e no Anexo V a relação de SAE; no Anexo VI os outros serviços para atendimento de portadores do HIV/aids de Minas Gerais; no anexo VII a CAT e no Anexo VIII a ficha de notificação de casos do SINAN.

5.1. Fluxo de atendimento Específico (vide anexo IX)

6. Normas Gerais de Atendimento

O atendimento deverá ser prestado a todos os profissionais de saúde da rede pública, privada ou profissional autônomo, com relato de exposição ocupacional à material biológico, em todas as unidades cadastradas no fluxo de atendimento. Qualquer acidente com exposição a material biológico ocorrido com a população em geral, seguirá o mesmo fluxo de atendimento definido para profissionais de saúde.

Cada município deverá montar a sua rede com o respectivo fluxo de atendimento, elegendo para ser a porta de entrada um serviço disponível para atender durante 24 horas inclusive finais de semana e feriados e quais serão os serviços que darão seguimento ao caso. Nestes serviços, deverão ser disponibilizados os testes sorológicos necessários, bem como medicamentos para a quimioprofilaxia, a vacina e a gama globulina hiperimune para hepatite B. Lembrar, ao organizar este fluxo, que a imunoglobulina hiperimune contra a hepatite B (IGHAHB) deve ser utilizada dentro das primeiras 24 a 48 horas após o acidente,

sem benefício comprovado após uma semana da exposição. A quimioprofilaxia nos casos de risco significativo de contaminação pelo HIV, quando indicada, deverá ser iniciada o mais rápido possível, idealmente nas primeiras horas após o acidente, recomendando-se o prazo máximo de 72 horas após o acidente. Estes parâmetros devem ser considerados no momento de estabelecer o fluxo de atendimento.

Os serviços de referência e porta de entrada definirão critérios para realização das atividades, desde o atendimento clínico, a dispensação dos ARV e a realização de exames diagnósticos, enfim, todo o acompanhamento do caso.

O atendimento deverá ser prestado nesta unidade, que dispensará os medicamentos, caso necessário. Desta forma, os serviços cadastrados como porta de entrada deverão estar preparados para a assistência do primeiro atendimento. Caso necessário, o acidentado deverá ser referenciado ao SAE, que dará seguimento ao caso.

Procedimentos Recomendados

A) Cuidados imediatos com a área de exposição

Recomenda-se como primeira conduta a lavagem exaustiva do local com água e sabão, nos casos de exposição percutânea ou cutânea. Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica. Procedimentos que aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído são contra-indicados.

Os critérios de gravidade na avaliação do risco do acidente são dependentes do volume de sangue e da quantidade de vírus presente. Os acidentes mais graves são aqueles que envolvem: maior volume de sangue (lesões profundas provocadas por material perfuro cortante, presença de sangue visível no instrumento, acidentes com agulhas previamente utilizadas na veia ou artéria do paciente-fonte e acidentes com agulha de grosso calibre) e maior inoculo viral (situação que apresenta viremia elevada como pacientes-fonte com infecção pelo HIV/aids em estágios avançados da doença ou com infecção aguda pelo HIV).

B) Exames Sorológicos

Diante de um acidente com riscos para a infecção pelo HIV, o teste anti-HIV é indicado tanto para o profissional acidentado quanto para o paciente-fonte, quando não conhecida a sua condição sorológica. Isto assegurará ao trabalhador os direitos trabalhistas devidos, caso venha a ocorrer soroconversão em função do acidente.

O aconselhamento deve ser realizado tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente-fonte e nesta ocasião, em função da avaliação do tipo de acidente ocorrido e da possibilidade de se obter os resultados dos exames anti-HIV do paciente-fonte, será avaliada a indicação de PEP (profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV) para o profissional de saúde.

Sabe-se que a PEP pode reduzir a 81% o risco de soroconversão após a exposição ocupacional (MS, 2004). Caso haja a indicação de PEP, o profissional de saúde será orientado a utilizar preservativos nas relações sexuais, especialmente durante o período da janela imunológica.

Uma vez que o paciente-fonte seja bem orientado sobre a importância destes exames para o profissional acidentado e garantido o sigilo sobre o seu resultado, dificilmente haverá a recusa para a realização destes exames. Entretanto, diante de uma recusa ou da impossibilidade de se determinar o paciente-fonte, a indicação da PEP levará em conta somente o tipo de acidente ocorrido e as condições clínicas do paciente-fonte.

Os exames anti-HIV deverão ser realizados pela primeira vez no dia do acidente, preferencialmente, até algumas horas após a exposição, objetivando determinar a condição sorológica do profissional de saúde antes do acidente.

Quando os resultados dos exames do dia do acidente forem negativos, o profissional de saúde será orientado a repetir os exames com seis semanas, três meses e 6 meses, para o acompanhamento da janela imunológica. O profissional de saúde, como qualquer pessoa, tem direito ao sigilo sobre os resultados de seus exames e sobre os assuntos explicitados no aconselhamento.

1. Considerações sobre o paciente-fonte

O paciente fonte deverá ser avaliado quanto à infecção pelo HIV, hepatite B e hepatite C, no momento do acidente.

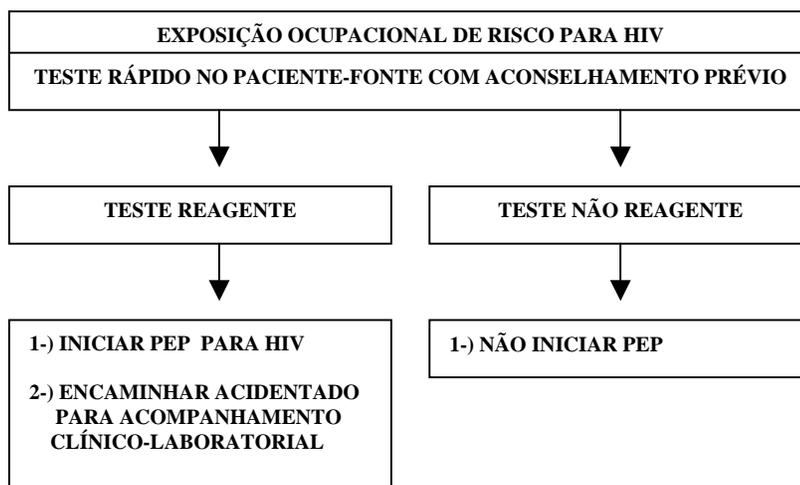
Se o paciente-fonte é conhecido, mas a informação sobre doença prévia ou situação sorológica para HIV, HBV, HCV é desconhecida, é preciso orientá-lo sobre a importância da realização dos exames sorológicos para o profissional acidentado. O aconselhamento prévio para a realização do exame é necessário, e os resultados devem ser sempre comunicados aos pacientes.

Se a fonte da exposição não é conhecida ou não pode ser testada, deve-se avaliar a probabilidade clínica e epidemiológica da infecção pelo HIV, HBV ou HCV. Deve-se considerar a prevalência da infecção naquela localização, a origem do material (áreas de alto risco como serviços de emergência, centro cirúrgico, diálise, etc) e a gravidade do acidente.

Recomenda-se a utilização de testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV (testes que produzem resultados em, no máximo, 30 minutos), quando não há possibilidade de liberação ágil dos resultados dos testes convencionais anti-HIV (EIA/Elisa), o objetivo maior do teste rápido Anti-HIV é evitar o início ou a manutenção desnecessária do esquema profilático. Exames positivos devem ser considerados como resultados preliminares de infecção pelo HIV/aids, indicando a PEP na dependência da exposição.

Fluxograma 1

Uso de teste rápido anti-HIV em situações de exposição ocupacional



Sorologias negativas evitam o início desnecessário da quimioprofilaxia anti-retroviral. A possibilidade de soroconversão recente (“janela imunológica”), diante de sorologia negativa sem a presença de sintomas de infecção aguda é extremamente rara.

Os testes rápidos não são definitivos para o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids, e o seu uso nesta situação é para balizar um procedimento terapêutico no profissional exposto e não para diagnóstico do paciente-fonte.

Quando o paciente-fonte já tem diagnóstico de infecção pelo HIV/aids no momento do acidente, informações adicionais devem ser investigadas, como o estágio da infecção (ex. infecção aguda, fase terminal da doença), contagem de CD4, carga viral, uso prévio e atual de medicamentos anti-retrovirais e testes de resistência viral (genotipagem).

O dado mais relevante para a PEP é o uso prévio e atual dos medicamentos anti-retrovirais pelo paciente-fonte. Na ausência dessas informações, não se deve adiar o início precoce, da profilaxia quando indicado.

Quadro 2

Avaliações sobre pacientes-fonte, quando ocorrer acidentes com material biológico

Paciente-fonte conhecido

- Exames laboratoriais
 - Exames sorológicos - Solicitar **anti-HIV, HBsAg, anti-HCV**
 - Exames para detecção viral **não** são recomendados como testes de triagem e rotina
 - Considerar o uso de testes rápidos
 - Se o paciente-fonte não apresentar resultado laboratorial reagente para infecção pelo HIV / HBV / HCV no momento do acidente, testes adicionais da fonte não estão indicados nem exames de follow-up do profissional acidentado.
- Caso a condição sorológica do paciente-fonte seja desconhecida (p.ex. óbito, transferência hospitalar), considerar possíveis diagnósticos clínicos, presença de sintomas e história de comportamentos de risco para a infecção.
- **Não está indicada a testagem das agulhas que provocaram o acidente.** A confiabilidade do teste é desconhecida e a realização deste procedimento pode trazer risco para quem vai manipular a agulha.

Fonte desconhecida

- Avaliar a probabilidade de alto risco para infecção – p.ex. prevalência da infecção naquela população, local onde o material perfurante foi encontrado, procedimento ao qual ele esteve associado, presença ou não de sangue, entre outros.

Quanto as hepatites, nos casos em que o paciente-fonte é conhecido deve-se avaliar a sua história prévia ou atual de hepatite B. Quando houver evidência de que a hepatite B evoluiu para a cura (anti-HBs e anti-HBc positivos), não há risco de transmissão do vírus da hepatite B. No entanto, na presença de infecção aguda ou crônica (HBsAg positivo), há indicação das medidas de profilaxia e acompanhamento do profissional acidentado susceptível ao HBV.

A maioria das exposições a materiais biológicos vai envolver pacientes-fonte conhecidos com história e sorologia desconhecidas para o HBV. Nestes casos, para que a necessidade das medidas profiláticas e de acompanhamento do profissional acidentado seja determinada, indica-se a pesquisa de HBsAg no paciente-fonte no momento do acidente. Não é necessária a solicitação de HBeAg já que a única informação adicional deste exame seria a caracterização de maior ou menor possibilidade de transmissão, mas sem nenhuma mudança na conduta a ser indicada.

Se o paciente-fonte é desconhecido, a necessidade de acompanhamento clínico-laboratorial e o uso de PEP devem ser decididos caso-a-caso considerando-se o tipo de exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HBV.

Quando o paciente-fonte tem história de hepatite C, o acompanhamento do profissional de saúde acidentado está indicado.

Deve-se realizar a pesquisa de anti-HCV nos paciente-fonte conhecido com sorologia desconhecida. Exames de biologia molecular para detecção viral não são indicados.

As indicações para o acompanhamento clínico-laboratorial do acidentado com material biológico estão descritas no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3

Indicações de acompanhamento clínico-laboratorial do acidentado com material biológico segundo condições e sorologias dos pacientes-fonte *

Paciente-fonte:	anti-HIV	HBsAg	Anti-HCV	Indicação de acompanhamento	de
Conhecido	Positivo	Negativo	Negativo	Acompanhamento HIV	para
Conhecido	Positivo	Positivo	Negativo	Acompanhamento HIV e HBV***	para
Conhecido	Positivo	Positivo	Positivo	Acompanhamento HIV, HBV***, HCV	para
Conhecido	Negativo	Positivo	Negativo	Acompanhamento HBV***	para
Conhecido	Negativo	Positivo	Positivo	Acompanhamento HBV*** e HCV	para
Conhecido	Negativo	Negativo	Positivo	Acompanhamento HCV	para
Conhecido	Desconhecido	Desconhecido	Desconhecido	Acompanhamento HIV, HBV***, HCV	para
Desconhecido	Desconhecido	Desconhecido	Desconhecido	Acompanhamento HIV, HBV***, HCV	para
Conhecido	Negativo	Negativo	Negativo	Não há necessidade de acompanhamento clínico ou laboratorial do profissional de saúde acidentado**.	

(*) Qualquer profissional que tenha um acidente de trabalho com material biológico e que se considere como tendo risco de infecção ocupacional, deve ter garantida a realização de investigação laboratorial, caso deseje fazer uma avaliação sorológica.

(**) A possibilidade do paciente-fonte estar no período de “janela imunológica” (existência de infecção com sorologia negativa) sem a evidência de sintomas de infecção aguda (principalmente para a infecção pelo HIV) é extremamente rara. Devem ser incluídos nesta situação os casos com história clínica e epidemiológica recente (dentro de 3 meses) de uso de drogas injetáveis e compartilhamento de seringas e de exposição sexual a pacientes soropositivos.

(***) O acompanhamento para hepatite B só deve ser feito nos casos de profissionais de saúde susceptíveis à infecção (ex: não vacinados), e nos pacientes vacinados com status sorológico desconhecido.

2. Considerações sobre o profissional acidentado

Exames laboratoriais específicos às profilaxias iniciadas (por ex. hemograma, testes de função hepática e glicemia) e exames sorológicos que devem ser sempre colhidos no momento do acidente com a finalidade de descartar que o profissional acidentado não apresentasse infecção por quaisquer desses vírus(HIV, HBV, HCV), e durante todo o acompanhamento após exposições envolvendo pacientes-fonte infectados pelo HIV, pelo vírus das hepatites B e C ou acidentes que envolvem fontes desconhecidas.

Exposições que envolvem pacientes-fonte com sorologia negativas não necessitam da testagem sorológica inicial e do acompanhamento clínico-laboratorial.

O teste de gravidez para os profissionais acidentados em idade fértil que desconhecem ou relatam a possibilidade de gravidez deverá ser pedido devido o risco teratogênico de algumas drogas.

O acompanhamento clínico-laboratorial deverá ser realizado para todos os profissionais de saúde acidentados que tenham sido expostos a paciente-fonte com infecção pelo HIV e/ ou hepatites B e C, independente do uso de quimio profilaxia ou imunizações.

O acompanhamento laboratorial do profissional acidentado deverá avaliar possíveis toxicidades medicamentosas e condições sorológicas, conforme descrito no quadro 4 a seguir.

Quadro 4

Acompanhamento laboratorial do profissional de saúde após exposições ocupacionais a materiais biológicos

Situação clínica	Momento do acidente	2ª semana	entre a 4ª e a 6ª semanas	3 meses	6 meses	12 meses
Uso de QP básica	Hemograma completo transaminases uréia e creatinina séricas	hemograma completo transaminases uréia e creatinina séricas	-	-	-	-
Uso de QP expandida	Hemograma completo transaminases uréia e creatinina séricas glicemia	hemograma completo transaminases uréia e creatinina séricas glicemia	-	-	-	-
Acomp HIV	anti-HIV EIA/ELISA	-	anti-HIV EIA/ELISA	anti-HIV EIA/ELISA	anti-HIV EIA/ELISA	anti-HIV EIA/ELISA eventualmente
Acomp HBV	vacinação: anti-HBs não vacinados: anti-HBs, anti-HBc total, HBsAg	-	-	-	Vacinados susceptíveis: anti-HBs não vacinados: anti-HBs, anti-HBc total, HBsAg	-
Acomp HCV	anti-HCV EIA/ELISA ALT/TGP	-	ALT/TGP	anti-HCV	anti-HCV EIA/ELISA	anti-HCV EIA/ELISA eventualmente

C) Quimioprofilaxia para o HIV

A indicação ou não da PEP requer a avaliação do risco da exposição, o que inclui principalmente:

- Definição do tipo de material biológico envolvido;
- A gravidade e o tipo de exposição (os mais graves envolvem maior volume de sangue e maior inoculo viral);
- A identificação ou não do paciente fonte e sua condição sorológica anti-HIV; e no caso de infectado suas condições clínicas, imunológicas e laboratoriais.

A quimioprofilaxia deve ser recomendada aos profissionais de saúde que sofreram exposições com risco significativo de contaminação pelo HIV. Quando indicada, a PEP deverá ser iniciada o mais rápido possível, idealmente nas primeiras horas após o acidente, recomendando-se o prazo máximo de 72 horas após o acidente. A duração da quimioprofilaxia é de 28 dias.

QUIMIOPROFILAXIA BÁSICA = AZT+ 3TC

Indicada em exposições com risco conhecido de transmissão pelo HIV.

QUIMIOPROFILAXIA EXPANDIDA = AZT+ 3TC + IP (nelfinavir ou indinavir/r)

Indicada em exposições com risco elevado de transmissão pelo HIV.

Pacientes - Fonte com infecção pelo HIV/aids em estágios avançados da doença ou com infecção aguda pelo HIV.

Lembrar que, um alto título de HIV no paciente - fonte está associado a um maior risco de transmissão, a possibilidade de transmissão de um paciente de baixa carga viral deverá ser considerada nas exposições de alto risco, (ver quadro 3).

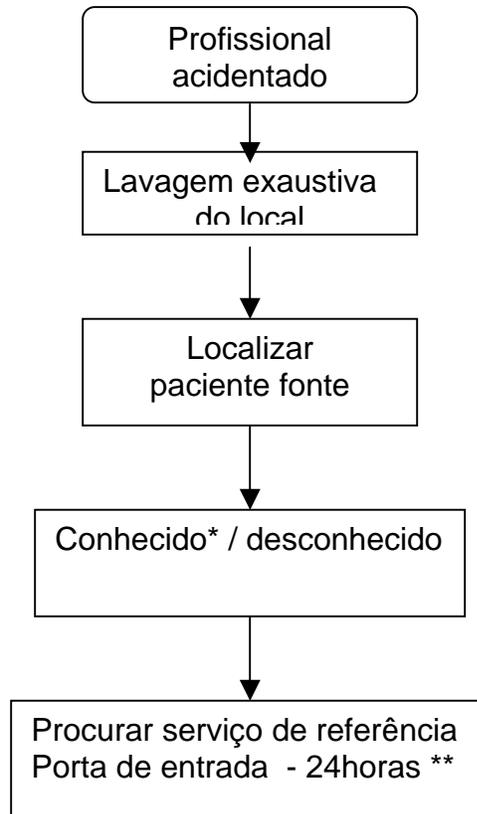
O objetivo da quimioprofilaxia com os atuais esquemas combinados de anti-retrovirais (2 a 3 medicamentos) inclui não somente aspectos relacionados com a maior potência anti-retroviral, mas também a uma maior cobertura contra vírus resistentes, já que um número cada vez maior de pacientes faz uso de anti-retrovirais e a transmissão de vírus resistentes já foi demonstrada em diversas situações.

A falta de especialista no momento imediato do atendimento pós-exposição, não é razão suficiente para retardar o início da quimioprofilaxia. Nestes casos, recomenda-se o uso dos esquemas habituais (AZT + 3TC + IP) até que o profissional acidentado seja reavaliado quanto à adequação da PEP, com prazo ideal de até 72 horas após a exposição.

Na dúvida sobre o tipo de acidente, é melhor começar a profilaxia e posteriormente reavaliar a manutenção ou mudança do tratamento.

Quando a sorologia do paciente-fonte é desconhecida, o uso de PEP é decidido caso a caso, considerando o tipo de exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV.

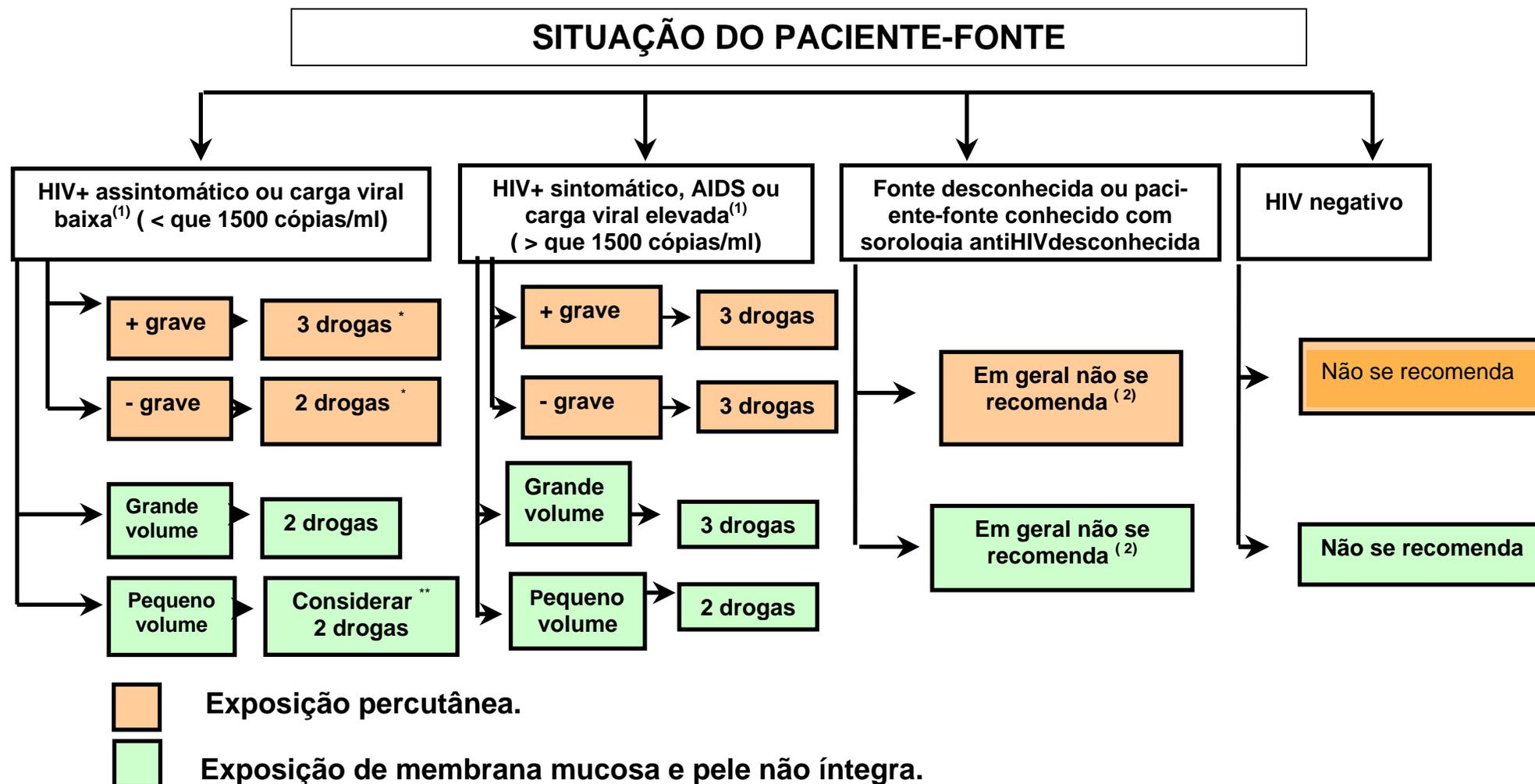
Fluxograma 2



* Contactar o paciente fonte , solicitando autorização por escrito para realização dos exames necessários e, preferencialmente, realizar próximo passo em sua companhia.

** Vide anexo IV

Fluxograma 3 PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV



+ GRAVE → agulhas com lúmen/grosso calibre, lesão profunda, sangue visível no dispositivo usado ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente
- GRAVE → lesão superficial, agulha sem lúmen
PEQUENO VOLUME → poucas gotas de material biológico de risco, curta duração
GRANDE VOLUME → contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco

(1) Estudos em exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão do HIV.
(2) Quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida, o uso de PEP deve ser decidido em função da possibilidade da transmissão do HIV que depende da gravidade do acidente e da probabilidade de infecção pelo HIV deste paciente (locais com alta prevalência de indivíduos HIV+ ou história epidemiológica para HIV e outras DST). Quando indicada, a PEP deve ser iniciada e reavaliada a sua manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte.

* **2 drogas** = 2 inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (geralmente AZT+3TC). **3 drogas** = esquema de 2 drogas + inclusão 1 IP (geralmente NFV ou IND/r).
** **Considerar** – indica que a PEP é opcional e deve ser baseada na análise individualizada da exposição e decisão entre o acidentado e o médico assistente.

D) Quimioprofilaxia para o HBV

O primeiro caso descrito de aquisição profissional do vírus da hepatite B foi feito por Leibowitz, há quase 50 anos. O risco de aquisição do vírus da hepatite B após acidente com material perfuro-cortante, contendo sangue de paciente com HBV varia de 6 a 30%, se nenhuma medida profilática for adotada. O uso de vacina contra HBV ou imunoglobulina específica reduz o risco de aquisição do vírus da hepatite B em 70 a 75%.

Quadro 5

Risco de infecção ocupacional pelo HIV, HBV e HCV e materiais biológicos envolvidos*

Risco de infecção	HIV	HBV	HCV
Após acidente percutâneo (sangue)	0,2 – 0,5%	6- 40%	1,8%
Após contato de sangue com mucosa	0,09%	Não medido	Não medido
Após contato de sangue com pele não íntegra	Não medido**	Não medido**	Não medido**
Fluido biológico mais envolvido*	Sangue	Sangue	Sangue
Fluidos biológicos com risco improvável*	Urina, fezes, saliva.	Urina, fezes	Urina, fezes, saliva

* Teoricamente, oferecem risco: líquido, líquido peritoneal, pericárdico, pleural, amniótico, sinovial e outros fluidos que macroscopicamente contenham sangue.

** Risco não quantificado (estima-se que o risco seja muito menor do que pela exposição percutânea)

Fonte: Adaptada de Manrique.

A vacinação pré-exposição contra a hepatite B é a principal medida de prevenção de hepatite B ocupacional entre profissionais de saúde. Para todos estes profissionais, a vacina está disponível nas unidades básicas de saúde.

- Não é recomendada a sorologia pré-vacinal para definir a vacinação exclusiva de profissionais não - imunes; em algumas situações pode-se considerar que a realização da sorologia pré-vacinal tem uma relação custo-benefício aceitável. Profissionais que relatem história prévia de hepatite, mas não sabem informar qual o tipo viral, devem ser vacinados

contra hepatite B, que é uma vacina extremamente eficaz e segura (90 a 95% de resposta vacinal em adultos imunocompetentes). O esquema vacinal é composto por uma série de três doses da vacina com intervalos de zero, um e seis meses. Os efeitos colaterais são raros: dor discreta no local da aplicação (3 a 39%), febre nas primeiras 48-72 horas após a vacinação (1 a 6%), mais raramente fenômenos alérgicos e anafilaxia (1:600.000 doses).

- A gravidez e a lactação não são contra-indicações para utilização da vacina.
- Quando o esquema vacinal for interrompido, não há necessidade de recomeçá-lo.
- Quando não há resposta vacinal adequada após a primeira série de vacinação, grande parte dos profissionais (até 60%) responderá a uma série adicional de três doses. Caso persista a falta de resposta, não é recomendada uma revacinação. O profissional de saúde não respondedor (sem resposta vacinal a 2 séries com 3 doses cada), deve ser considerado como susceptível à infecção pelo HBV.
- Caso ocorra uma exposição a materiais biológicos com risco conhecido ou provável de infecção pelo HBV, o não respondedor deve utilizar a imunoglobulina hiperimune contra hepatite B.
- A imunoglobulina hiperimune contra a hepatite B (IGHAHB), deve ser utilizada dentro das primeiras 24 a 48 horas após o acidente, sem benefício comprovado após uma semana da exposição, com dose recomendada de 0,06 ml /Kg de peso corporal e caso a dose ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes, assim como a vacina da Hepatite B, a aplicação é por via IM. A gravidez e a lactação não são contra-indicações para a utilização da IGHAB. A vacina e a IGHAB podem ser administradas simultaneamente, sendo indicada a aplicação em locais diferentes.
- Para confirmação da resposta vacinal, realiza-se o teste sorológico anti-Hbs, um a dois meses após a última dose (intervalo máximo= 6 meses).

- Profissionais que pararam o esquema vacinal após a 1ª dose, deverão realizar a 2ª dose logo que possível. A 3ª dose está indicada com intervalo de pelo menos dois meses da 2ª. Os que interromperam o esquema vacinal após a 2ª dose, deverão realizar a 3ª dose de imediato

Quadro 6

Situação Vacinal e Sorológica para a Hepatite B do Acidentado com Material Biológico

SITUAÇÕES VACINAL E SOROLÓGICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO:	Paciente-fonte:		
	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconhecido ou não testado
Não Vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ¹
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ¹
Previamente vacinado	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
<ul style="list-style-type: none"> • Com resposta vacinal conhecida e adequada ($\geq 10\text{mUI/ml}$) • Sem resposta vacinal após a 1ª série (3 doses) 	IGHAHB + 1 dose da vacina contra hepatite B ou IGHAB (2x) ² IGHAHB (2x) ²	Iniciar nova série de vacina (3 doses)	Iniciar nova série de vacina (3 doses) ²
<ul style="list-style-type: none"> • Sem resposta vacinal após 2ª série (6 doses) • Resposta vacinal desconhecida 	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + 1 dose da vacina contra hepatite	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer nova série de vacinação	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer nova série de vacinação

(*) Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de 7 dias após o acidente, mas, idealmente, nas primeiras 24 horas após o acidente. Recentemente, dados provenientes de estudos de transmissão mãe-filho mostram que a vacinação contra hepatite B nas primeiras 12 horas após o nascimento confere proteção equivalente à obtida com a aplicação conjunta de vacina e imunoglobulina humana contra hepatite B.

¹- Uso associado de imunoglobulina hiperimune está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo HBV como: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contactantes domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homens que fazem sexo

com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

²- IGHAHB (2x) = 2 doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de 1 mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram 2 séries de 3 doses da vacina mas não apresentaram resposta vacina ou apresentem alergia grave à vacina.

E) Medidas relacionadas ao HCV

Não existe nenhuma medida específica eficaz para redução do risco de transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional. Os estudos não comprovaram benefício profilático com o uso de imunoglobulinas, não há vacina para prevenção da hepatite C e a possibilidade de complicações na evolução da doença é 4 a 10 vezes maior que para o HBV. Entre 75% a 85% dos infectados pelo HCV podem evoluir para doença crônica.

A única medida eficaz para eliminação do risco de infecção pelo vírus da hepatite C é por meio da prevenção da ocorrência do acidente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Manual de Condutas: Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV. Brasília: PN-DST/AIDS, 1999c.

Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatite B e C. Brasília: PN-DST/AIDS, 1999c.

CHEQUER, P. Prefácio. *In: Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens.* Brasília, CN-DST/AIDS, 1999.

MANN, J. *Saúde Pública e Direitos Humanos.* *In: Physis, Revista de Saúde Coletiva*, v. 6, n° 1/2, pp.135-145, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

Ministério da Saúde – Brasil - *Recomendações para Terapia ARV em adultos e adolescentes - 2004.*

MANN, J. , TARANTOLA, D., NETTER, T. *A AIDS no Mundo.* Edição brasileira coordenada por Parker, R., Galvão, J., Pedrosa, J. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS-UERJ, 1993.

AIDS: Boletim Epidemiológico, n.º03, Ano XII. Brasília: PN-DST/AIDS, 2003

SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Biossegurança-Atualidades em DST/Aids.* São Paulo, 2003.

VITÓRIA, Marco Antônio de Ávila; TRINDADE, Damásio Macedo *Assistência em DST/Aids* [online]. [s.l.] [s.n.]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br> >. Acesso em 17 nov.2003.

Anexo I

Procedimentos necessários para montar a rede de assistência

- 1. Município identifica sua rede de assistência:**
 - Serviço de porta de entrada;
 - Serviços de seguimento.

- 2. Comunica oficialmente este fluxo a CE DST/Aids de Minas Gerais.**

- 3. CE DST/Aids de Minas Gerais fornece Protocolo e apoio para sensibilizações de profissionais.**

- 4. Municípios com Incentivo/Programas Municipais de DST/Aids:**
 - Devem fornecer os testes rápidos à porta de entrada;
 - Devem garantir os exames complementares;
 - Os anti-retrovirais serão fornecidos via Programa Municipal);
 - Os Imunobiológicos (vacina e soro hepatite B) deverão ser fornecidos pelos Programas Municipais de Imunização.

- 5. Municípios sem Incentivo/sem Programas Municipais de DST/Aids**
 - CE DST/Aids fornece testes rápidos e medicamentos via unidade dispensadora mais próxima;
 - Devem garantir os exames complementares;
 - Os Imunobiológicos (vacina e soro hepatite B) deverão ser fornecidos pelos Programas Municipais de Imunização.

Anexo II

RESOLUÇÃO SES Nº 0355 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Cria a Comissão Estadual de Biossegurança destinada a organizar a promoção à saúde e a atenção integral em casos de exposição ocupacional a material biológico e da outras providências.

O Secretário de Estado de Saúde e Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais/SUS-MG, no uso de suas atribuições e considerando:

- O disposto na Portaria Ministerial nº 9.313/96, que disponibiliza os medicamentos antiretrovirais na Rede Pública de Saúde;
- As Recomendações para Terapia Antiretroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV - 2002/2003 do Ministério da Saúde, que define os critérios para tratamento da infecção pelo HIV em adultos e adolescentes;
- A necessidade de estabelecer estratégias com vistas à promoção da saúde, prevenção dos riscos, assistência e reabilitação dos trabalhadores acidentados com material biológico;
- A necessidade de fiscalizar o cumprimento da Legislação vigente pertinente às Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, e Ambiental, assim como à Saúde do Trabalhador, no que se refere à exposição ocupacional a material biológico.

RESOLVE:

Art. 1º - Fica criada a Comissão Estadual de Biossegurança destinada a organizar a promoção à saúde e a atenção integral em casos de exposição ocupacional a material biológico.

Parágrafo primeiro – A Comissão Estadual criada no “*caput*” deste artigo, é constituída pelos seguintes membros, sob a coordenação do primeiro:

I - Da Secretaria de Estado de Saúde:

- a. Maria Tereza da Costa Oliveira;
- b. Márcia Jabace Maia;
- c. Célia Maria da Silva Mechi
- d. Jandira Maciel da Silva;
- e. Elanise Vieira Soares;
- f. Marisa Lyon;
- g. Elaine Coelho Gonçalves Neto;
- h. Adriane Cacciari Zapaterra Lisar;
- i. Michael Laurence Zine Lise;

II – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais/Fundação Ezequiel Dias:

- a. Maria do Carmo Freitas da Costa.

III – Do Hospital Eduardo de Menezes/Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais:

- a. Maria do Socorro Alves Lemos;

IV – Do Hospital do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais:

- a. Silvana de Barros Ricardo.

V – Do Conselho de Secretários Municipais de Saúde:

- a. Sandra de Fátima Ferreira da Costa.

VI – Da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte:

- a. Carmem Terezinha Mazzili Marques
- b. Cristina Furquim Verneck Moreira;
- c. Heloísa Helena Cunha Goiatá;

VII – Da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem:

- a. Jérson Soares Antunes Júnior.

VIII – Da Associação Mineira de Controle de Infecção:

- a. Juliana Ladeira Garbaccio.

XI – Da Delegacia Regional do Trabalho:

- a. Beatriz Emília Gomes;

Parágrafo Segundo – Os membros desta Comissão Estadual exercerão seus mandados sem receber qualquer tipo de remuneração adicional e se reunirão sempre que necessário, mediante prévio agendamento e convocação da coordenação da Comissão.

Art. 2º- Compete à Comissão Estadual de Biossegurança:

I - Elaborar o Protocolo Estadual de Biossegurança em Casos de Exposição Ocupacional à Material Biológico, que conterà:

- a. os critérios para atendimento a ser prestado ao acidentado em exposição ocupacional à material biológico;
- b. a organização e estruturação da rede de atendimento ao acidentado em exposição ocupacional à material biológico;

- c. o fluxograma de repasse de insumos aos serviços de atendimento ao acidentado em exposição ocupacional à material biológico;
- d. o fluxo e o formulário apropriados ao procedimento de notificação dos casos de ocorrência de acidente com material biológico;
- e. as condições pertinentes à promoção à saúde do trabalhador, fundamentadas no controle do risco biológico;

II – Analisar, discutir e buscar o consenso sobre as questões temáticas trazidas ou construídas pelos membros da Comissão.

III – Efetuar ampla divulgação do Protocolo a que se refere o inc. I deste artigo, na rede pública e privada de saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais.

IV – Estabelecer mecanismos e processos de avaliação dos resultados obtidos por meio da implantação das medidas proposta pela Comissão.

V _ Convidar, mediante critérios, finalidade e consenso entre os membros, outras Instituições Públicas e Privadas para integrar a Comissão.

Art. 3º - A Comissão que trata esta Resolução tem caráter permanente, podendo sua composição ser alterada mediante Resolução do Secretário.

Art. 4º - Compete as Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde, orientar e acompanhar o fluxo dos trabalhos de atribuição da Comissão criada por esta Resolução, junto aos municípios de suas jurisdições.

Art. 5º- A Comissão Estadual de Biossegurança avaliará trimestralmente os resultados obtidos em virtude da implantação dos procedimentos descritos no art. 2º desta Resolução, visando obter subsídios para a formulação e normatização de novas estratégias a serem implementadas.

Art 7º- Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 22 de dezembro de 2003.

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Secretário de Estado de Saúde e

Gestor do SUS/MG

Anexo III

PORTARIA Nº 777/GM Em 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 da 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 da 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,

R E S O L V E:

Art. 1º Regulamentar 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 com Exposição a Material Biológico;
- IV - Acidentes do Trabalho em 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 Relacionadas 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 nas ações de acolhimento, notificação, atenção integral, envolvendo assistência e vigilância da saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos técnicos de Vigilância em 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

Anexo IV

Instituições que manifestaram disponibilidade para o primeiro atendimento a acidentado com Material Biológico (Porta de Entrada – fluxo a ser estabelecido pelo município, que deverá contatar as instituições)

	DADS	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO
1 2	Alfenas	Alfenas	Casa de Car. de Alfenas N. Sr ^a do Perpétuo Socorro Hospital Univ. Alzira Velano
3 4 5	Barbacena	Ouro Branco Barbacena Cons. Lafaiete	Hospital Raimundo Campos Pronto Atendimento SVS DEMASP Centro de Promoção da Saúde - CPS
6 7	B. Horizonte	Betim Contagem	Hosp. Público Regional de Betim Hospital Municipal José Lucas Filho
8	Cel. Fabriciano	Ipatinga	Pronto Socorro Municipal
9	Diamantina	Diamantina	Santa Casa de Caridade de Diamantina
10 11 12	Divinópolis	Divinópolis Bom Despacho Formiga	Pronto Socorro Regional Lactário e Posto de Puericultura Menino Jesus- S. Casa Pronto Atendimento Municipal
13	Gov. Valadares	Gov. Valadares	Hosp. Municipal de Gov. Valadares
14 15 16	Itabira	Itabira J. Monlevade Guanhães	Hospital Nossa Sra das Dores Hospital Margarida Hospital Imaculada Conceição
17	Ituiutaba	Ituiutaba	Unidade de Pronto Atendimento Mun. Dr. Darcy Andrade Furtado
18 19	J. de Fora	J. de Fora	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora Hospital Universitário Universidade Federal J. Fora
20 21 22	Leopoldina	Além Paraíba Cataguases Leopoldina	Unidade Micro Regional de Urgência Sylvio Geraldo França Secr. De Desenvolvimento Social Pronto Socorro de Cataguases Casa de Caridade Leopoldinense
23	Manhumirim	Manhumirim Manhuaçu	Hospital Padre Júlio Maria Hospital César Leite Pronto Atendimento Municipal
24 25 26	M. Claros	Montes Claros Brasília de Minas São Francisco	Hospital Universitário da Um. Estadual de Montes Claros Hospital Municipal Senhora Santana Unidade Mista Mun. Dr. Brício de Castro Dourado
27	Pouso Alegre	Itajubá	Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e

28			AISI (Hosp Escola)
29 30	Ponte Nova	Ponte Nova Viçosa	Irmandade do Hosp. N. Srª das Dores Casa de Caridade de Viçosa
31	Passos	S. Sebastião do Paraíso	Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso
32 33 34	Patos	Patos Patos João Pinheiro	Hospital São Lucas Hospital Regional Antônio Dias/FHEMIG Hospital Mun Antonio Carneiro Valadares
35 36	Pedra Azul	Pedra Azul Medina	Hospital Ester Faria de Almeida Associação Beneficente Hospitalar Santa Rita
37	Sete Lagoas	Curvelo Sete Lagoas	Hospital Imaculada Conceição Hospital Municipal Monsenhor Flávio Damato
38 39	S. J. del Rei	S. J. del Rei	Santa Casa de Misericórdia Hospital de Nossa Srª das Mercês
40	Teófilo Otoni	Teófilo Otoni	Associação Hosp. Santa Rosália
41	Ubá	Muriaé Ubá	Hospital São Paulo Ass. Beneficente Católica- Hosp Santa Isabel
42 43	Uberaba	Araxá Uberaba	Pronto Atendimento Municipal Central de Atendimento Multiprofissional Municipal CAMM
44	Uberlândia	Araguari	Pronto Socorro Municipal
	Unai		
45 46 47 48 49	Varginha	Perdões Três Corações Três Pontas Varginha Lavras	Santa Casa de Misericórdia de Perdões Hospital São Sebastião Hospital São Francisco de Assis Fundação Hospitalar do Mun. De Varginha Pronto Atendimento Municipal

Anexo V

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) PARA ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS EM MINAS GERAIS

Município	Nome do Serviço	Endereço	CEP	Telefone
1. Alfenas	Policlínica CISLAGOS	Rua: Coronel Pedro Corrêa, 234 - Centro	37.130-000	(35) 3292-2152 (35) 3291-3831
2. Araguari	CTA-SAE de Araguari	Rua Jaime Gomes, 62 – Centro.	38.440-000	(34)3690-3023
3. Belo Horizonte	Centro de Referência Oreste Diniz	Alameda Ver. Álvaro Celso, 241 – Santa Efigênia.	30.150-260	(31)3248-9547
4. Belo Horizonte	Fundação Benjamim Guimarães – Hospital da Baleia	Rua Juramento, 1464 – Saudade.	30.285-000	(31)3489-1509
5. Belo Horizonte	Hospital Eduardo de Menezes	Rua Dr. Cristiano Rezende, 2213 – Bom Sucesso.	30.622-020	(31)3387-1633/ 3277-9046
6. Belo Horizonte	PAM Sagrada Família	Rua Joaquim Felício, 101 – Sagrada Família.	31.030-200	(31)3481-4020
7. Betim	Centro de Especialidade Divino Ferreira Braga	R. Leozino de Oliveira, 75 – Filadélfia.	32.510-000	(31) 3531-2300
8. Contagem	SAE - Iria Diniz	Av. João César de Oliveira, 2.889 – Eldorado.	32.340-001	(31)3352-5768
9. Frutal	SAE	Av. Rio de Janeiro 1.079 B. N Sa Aparecida	38.200-00	(34) 3421-8290
10. Governador Valadares	Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde - CRASE	Rua Belo Horizonte, 585 – Centro.	35.010-050	(33) 3271-3048
11. Ipatinga	CCDIP – Centro de Controle de doenças Infecto parasitas	Av Monteiro Lobato, 816 – Cidade Nobre.	35.162-399	(31)3829-8590/ 8585
12. Itajubá	CAP – Centro de Assistência e Prevenção	Rua Comendador Schumann, 392 – Centro.	37.500-000	(35)3692-1741 3692-1740
13. Ituiutaba	Serviço de Assistência Especializada de Ituiutaba	Rua 45, 165 –Bairro Elândia	38.304-244	(34) 3268-2391 (34) 3268-2516
14. João Monlevade	Centro de Saúde Padre Hidelbrando	Rua 17, S/N – Vila Tanque.	35.930-428	(31) 3859-2107 / 3851-2934
15. Juiz de Fora	Serviço de Assistência Especializada	Rua Marechal Deodoro, 496/Térreo – Centro.	36.013-001	(32)3690-7527
16. Juiz de Fora	DIP- Hospital Universitário de Juiz de Fora	Rua Catulo Breviglieri, S/N - Santa Catarina.	36.036-110	(32)3229-3069/ 3030

17. Montes Claros	Policlínica Dr. Hermes de Paula – UNIMONTES	Rua Dr. Veloso, 678 – Centro.	39.400-072	(38)3229-8020/8021
18. Passos	Ambulatório Escola da FAENPA	Rua Sabará, 164 – Centro.	37.900-106	(35)3521-8028
19. Patos de Minas	Centro de Saúde Dr. Euphrásio Rodrigues.	Rua Dona Luíza, 710 – Centro.	38.700-164	(34)3822-9629
19. Poços de Caldas	Programa Municipal de DST/AIDS	Rua Pernambuco, 495 – Centro.	37.701-021	(35) 3697-2274 / 2272
20. Pouso Alegre	CTA/SAE - Pouso Alegre	Rua Prof. Dr. Jorge Beltrão, 147 – Centro.	37.550-000	(35)3449-4158
21. Ribeirão das Neves	SAE/CTA	Rua Jaime Corfino , Nº 129 - Centro	33800-000	(31) 3624-1023 Fax (31) 3627-3668
22. Sete Lagoas	Policlínica Municipal de Sete Lagoas	Rua: Leopoldina, nº 45, Santa Helena	35.700-475	(31) 3772-1370
23. Teófilo Otoni	Policlínica Dr. Nerval de Figueiredo.	Av. José Paulo de Carvalho, 69 - Centro.	39.800-000	(33) 3521-2981
24. Uberaba	Ambulatório de Especialidades em DST/Aids - Dr. Dioclécio Campos Júnior.	Rua Bernardo Guimarães, 185 - Centro.	38.015-150	(34) 3333-7787
25. Uberaba	SAE/DIP Hospital Escola - Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro	Av. Getúlio Guaritá, S/N - Abadia.	38.025-440	(34) 3318-5247/5272 / 5000
26. Uberlândia	Ambulatório de Moléstias Infecciosas /FAEPU/UFU	Av. Pará, 1720 - Umuarama.	38.400-902	(34)3218-2111/2367
27. Uberlândia	Ambulatório de Moléstias Infecciosas - Herbert de Souza	Rua Avelino Jorge Nascimento, 15 - Presidente Roosevelt de Oliveira.	38.401-216	(34)3215-2444

Anexo VI

**OUTROS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS NO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Município	Nome do Serviço	Endereço	CEP	Telefone
1. Alfenas	Ambulatório Cruz Preta- Unifenas	Rua Geraldo Freitas da Costa, 120 Cruz Preta	37.130-000	(35) 3299-3582
2. Andradas	Policlínica de Andradas	Rua Tiradentes, 55 - Centro.	37.795-000	(35)3731-1802
3. Araxá	Policlínica de Especialidades	Rua Dr. Edmar Cunha 135 - Santa Terezinha	38183296	(34) 3691 713 (34) 361 7138
4. Barbacena	Policlínica de Referência de Barbacena	Praça Conde de Prado, s/n - Centro	36.200-000	(32) 3339-2093
5. Carangola	Policlínica Municipal de Carangola	Rua Olímpio Machado, 148 - Centro.	36.800-000	(32)3741-1316
6. Conselheiro Lafaiete	Centro de Promoção a Saúde	Rua Narciso Júnior, 390 - Campo Alegre.	36.400-000	(31)3769-2541
7. Coronel Fabriciano	Policlínica Municipal Santa Terezinha	Rua 21, 195 - Santa Terezinha.	35.170-000	(31)3846-7721
8. Diamantina	Policlínica Regional Dr. Lomelino Ramos Couto.	Praça Cel. Alves Ramos Couto, 17 - Centro.	39.100-000	(38)3531-1756
9. Divinópolis	Policlínica Municipal de Saúde de Divinópolis	Rua Getulio Vargas, 550 - Centro.	35.500-007	(37)3221-3735
10. Extrema	Policlínica Aldo Olivott	Rua Presidente Kennedy, 355 - Centro.	37.640-000	(35)3435-1894
11. Itabira	Policlínica Municipal de Itabira	Rua Luiz Ventura, 75 - Vila Piedade.	35.900.205	(31)3839-2287 2688
12. Lavras	Centro de Especialidades	Rua Ernesto Matioli, 885 - Santa Efigênia.	37.200-000	(35)3694-4133
13. Luz	Serviço Municipal de DST/Aids	Rua Nossa Senhora de Fátima, 766 - Centro	35.595-000	(37)3421-2306
15. Ponte Nova	Policlínica Milton Campos	Praça Getúlio Vargas, 136 - Centro.	35.430-002	(31)3881-2922
16. Santa Rita do Sapucaí	Centro de Saúde Santa Rita	Rua Capitão João Antônio Dias, 122 - Centro.	35.540-000	(35)3471-7112 rl: 213
17. Santos Dumont	Grupo Projeto Vida	Rua João Gomes, 70 - Centro	36.240-000	(32)3251-1562 provida@sdnet.com.br

18.São João Del Rei	DIP – Departamento de Infectologia e Parasitologia	Rua Frei Noberto, 13 A Centro	36.300-000	(32) 3372-8097
19. São Lourenço	Policlínica Municipal de São Lourenço	Rua Jaime Sotto Mayor, 221 - Federal.	37.470-000	(35)3349-8332
20.São Sebastião do Paraíso	Ambulatório Municipal de São Sebastião do Paraíso	Rua Stela, 289 - Vila Santa Maria.	37.950-000	(35)3539-1057
21.Timóteo	Unidade de Saúde - Programa municipal de DST/AIDS	Av Ana Moura, 550 - Timotinho.	36180-000	(31)3847-7622
22.Timóteo	Fundação de Ação Social de Timoteo-Raimundo Alves Carvalho	Praça 29 de Abril, S/N - Centro Sul.	35.180-000	(31)3847-7600
23.Três Corações	Centro de Saúde Aurelio Gazzola	Rua General Ozório, 74, Cotia	37.410-000	(35)3691-1077
24.Três Pontas	Núcleo de Apoio Psico-social	Rua Osvaldo Campos Reis, 13 - B. São Francisco	37.190-000	(35)3266-1076
25.Varginha	Policlínica Central Varginha	Rua João Manoel Azze, 40 - Centro	37.002-370	(35)3690-2158

Atende somente DST

Belo Horizonte	Serviço de Referência em DST - Policlínica Centro-Sul	Rua Carijós, 528 / 7º andar - Centro.	30.120-060	(31)3201-6700
----------------	---	---------------------------------------	------------	---------------

Anexo VII

Comunicação de Acidente de Trabalho

(CAT)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUCIONAL DO BRASIL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO – CAT

(Ler atentamente as orientações, no verso, ante o preenchimento)

I – EMITENTE		3 - Razão Social / Nome		4 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 - OSC 2 - CER 3 - CNP 4 - NIT 5 - O NAE			
		5 - Endereço <small>Assimilado/Comp. Município CEP</small>		7 - Município 8 - UF 9 - Telefone ()			
Acidentado		10 - Nome		11 - Nome data de			
		12 - Data de nasc. <input type="checkbox"/> 13 - Sexo <input type="checkbox"/> 14 - Estado civil <input type="checkbox"/>		15 - CTPS <input type="checkbox"/> 16 - UF			
		17 - Carteira de Identidade <small>Com documento Data exp. 18 - UF 19 - FIC/PASEP</small>		20 - Remuneração mensal			
		21 - Endereço <small>Assimilado/Comp. Município CEP</small>		22 - Município 23 - UF 24 - Telefone ()			
Acidente ou Doença		25 - Nome da ocupação		26 - CBO			
		27 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/>		28 - Aposentado? <input type="checkbox"/> 29 - Age <input type="checkbox"/>			
		30 - Data do acidente		31 - Hora do acidente		32 - Aproximadas horas de trabalho? <input type="checkbox"/> 33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/> 34 - Último dia trabalhado	
		35 - Local do acidente		36 - C.G.C.		37 - Município do local do acidente 38 - UF 39 - Especificação do local do acidente	
Testemunhas		40 - Paralelo do corpo atingido(s)		41 - Agente causador			
		42 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença		43 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/>			
				44 - Houve morte? <input type="checkbox"/>			
		45 - Nome		46 - Endereço <small>Assimilado/Comp. Município CEP</small>		47 - Município 48 - UF 49 - Telefone ()	
II – ATENDIMENTO DO MÉDICO		45 - Nome		50 - Endereço <small>Assimilado/Comp. Município CEP</small>			
		51 - Município		52 - UF 53 - Telefone ()			
		54 - Unidade de atendimento médico		55 - Data		56 - Hora	
		57 - Houve internação? <input type="checkbox"/>		58 - Duração prevista do tratamento		59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico		60 - Descrição e natureza da lesão		61 - CID - 10			
		62 - Diagnóstico provável					
		63 - Outras observações					
III – RESSO		63 - Recebida		64 - Código da Unidade			
		65 - Reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? <input type="checkbox"/>		66 - Número do acidente			
		67 - Matrícula do remissor		68 - Tipo <input type="checkbox"/>			
Notas:		69 - Matrícula		70 - Assinatura do remissor			
		71 - Assinatura do médico		72 - Assinatura do segurado			

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA A FOLHA DE PRESENTAÇÃO DO TRABALHO.

Anexo VIII

Ficha de Notificação (frente)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 Individual		2 Data da Notificação	
	3 Município da Notificação		Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Dados do caso	5 Agravado Acidente de Trabalho com Exposição Ocupacional		Código (CID10) Z 20.9	
	6 Data do acidente		7 Nome do Acidentado	
	8 Data da Nascimento		9 (Ou) Idade D - dias M - meses A - anos	
	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		11 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º 3 - 3º Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	12 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		13 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 7 - Ignorado	
14 Número do cartão SUS		15 Nome da Mãe		
Dados de residência	16 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	17 Número		18 Completo (apto., casa,...)	
	19 Ponto de Referência		20 UF	
	21 Município de Residência		Código (IBGE)	
	22 Distrito		23 Bairro	
24 CEP		25 (DDD) Telefone		
26 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		27 País (se reside fora do Brasil)		
Código				
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	28 Data da Investigação		29 Ocupação	
	30 Situação no Mercado de Trabalho			
	01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista	
	02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado	
	03 - Autônomo/conta própria		07 - Desempregado	
	04 - servidor público estatutário		08 - trabalho temporário	
	09 - cooperativado		10 - trabalhador avulso	
	11 - Empregador		12 - Outros	
	31 Tempo de Trabalho na ocupação H (hora) D (dias) M (meses) A (anos)		32 Local onde aconteceu o acidente 1 - Instalações do Contratante 3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado 2 - Via Pública 4 - Domicílio Próprio	
	Dados da Empresa Contratante			
33 Registro/ CNPJ ou CPF		34 Nome da Empresa ou Empregador		
35 Código da Atividade Econômica (CNAE)		36 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
37 Número		38 Complemento (apto., casa,...)		39 Ponto de Referência
40 UF		41 Município		Código (IBGE)
42 Distrito		43 Bairro		Código (IBGE)
44 CEP		45 (DDD) Telefone		46 O Contratante da Empresa Terceirizada
1 - Sim 2 - Não				

Ficha de Notificação (verso)

Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico

47	Tipo de Exposição	01 - Percutânea 03 - Mucosa ocular 05 - Pele íntegra 02 - Mucosa oral 04 - Pele não íntegra 99 - Ignorado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48	Material Orgânico	01 - Sangue 03 - Líq. Pleural 05 - Líq. Amniótico 07 - Soro/plasma 02 - Líquor 04 - Líq. ascite 06 - Fluido com sangue 99 - Ignorado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
49	Circunstância do Acidentado	01 - Administ. de medicação endovenosa 10 - Lavanderia 02 - Administ. de medicação intramuscular 11 - Lavagem de material 03 - Administ. de medicação subcutânea 12 - Manipulação de caixa com material perfuro-cortante 04 - Administ. de medicação intradérmica 13 - Procedimento cirúrgico 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 14 - Procedimento odontológico 06 - Punção venosa/arterial não especificada 15 - Procedimento laboratorial 07 - Descarte inadequado de material perfuro/cortante em saco de lixo 99 - Ignorado 08 - Descarte inadequado de material perfuro/cortante em bancada, cama, chão, etc...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50	Agente	01 - Agulha com lúmen (luz) 03 - Intraesth 05 - Lâminhas/lanceta (qualquer tipo) 02 - Agulha sem lúmen/maciça 04 - Vidros 99 - Ignorado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51	Uso de EPI (aceita mais de uma opção)	LUVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 - Sim 02 - Não 99 - Ignorado Óculos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bota <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
52	Dados do paciente fonte (no momento do acidente)	Paciente fonte conhecida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
53	Sorologias do paciente fonte	01 - Positivo Anti Hbc-IgM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cd4 _____ Data: _____ 02 - Negativo HbsAg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03 - Inconclusivo Anti-HCV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Carga viral _____ Data: _____ 04 - Não realizado Anti-HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
54	Resultados dos exames solicitados para o acidentado/funcionário (no momento do acidente - data ZERO)	01 - Positivo Anti Hbc-IgM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANTI-HCV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 02 - Negativo 03 - Inconclusivo HbsAg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TGP/ALT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04 - Não realizado 05 - em andamento 99 - Ignorado	
55	Estado vacinal do acidentado em relação à hepatite B (antes do acidente atual)	01 - Sim 02 - Não 99 - Ignorado Vacinado - 3doses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anti-Hbs > 10 após vacinação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
56	Conduta no momento do acidente	01 - Sim Sem indicação de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AZT + 3TC + Nelfinavir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 02 - Não Recusou quimioprofilaxia indicada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro esquema de ARV? Qual? _____ 99 - Ignorado AZT + 3TC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra Hepatite B (HBIG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AZT + 3TC + Indinavir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vacina contra Hepatite B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
57	Aderência a quimioprofilaxia	01 - Sim 02 - Não 99 - Ignorado Completou os 28 dias de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
58	Motivo da interrupção/Suspensão dos ARV	01 - Sim Efeito colateral intolerável <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mudança de conduta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 02 - Não Paciente fonte negativo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado	
59	Acompanhamento sorológico do funcionário acidentado	01 - Positivo Anti HIV 6 semanas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data da Coleta: _____ Anti HIV 3 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data da Coleta: _____ 02 - Negativo TGP 6 semanas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data da Coleta: _____ TGP 3 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data da Coleta: _____ 03 - Inconclusivo 04 - Não realizado Anti HIV 6 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data da Coleta: _____ Anti HCV 6 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data da Coleta: _____ 05 - em andamento Anti HBV 6 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data da Coleta: _____ TGP 6 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Data da Coleta: _____ 99 - Ignorado	

Anexo IX

Fluxo de Atendimento Específico (por região assistencial ou município)