

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Sandra Maria Santos Calonga

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS AO ACIDENTE DE TRABALHO ENTRE
A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA – MS**

**Rio de Janeiro
2012**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Sandra Maria Santos Calonga

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS AO ACIDENTE DE TRABALHO ENTRE
A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA – MS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Vigilância em Saúde nas Fronteiras do Brasil pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Liliane Reis Teixeira

**Rio de Janeiro
2012**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a Liliane Reis Teixeira pela paciência, dedicação, orientação, confiança e ajuda na elaboração e desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu esposo João Antônio pela paciência frente as horas em que empreguei minha atenção ao trabalho.

Aos meus amigos enfermeiros Érica Niz de Melo, Rodrigo Cardoso, Nabila, Cristiano Hoffman, Júlio Klein e Daniele Ferreira que me ajudaram durante a coleta de dados.

Aos Trabalhadores em Saúde do município de Aquidauana pela ajuda e colaboração em participarem da pesquisa.

Ao ex-secretário de saúde de Aquidauana Paulo César Rodrigues dos Reis pela autorização tanto para fazer o Mestrado, quanto para realizar a pesquisa.

Aos Administradores, Gerentes das Instituições em Saúde que abriram as portas para que eu pudesse realizar a pesquisa.

À Prefeita do município de Nioaque, Sr^a Ilca Corral Mendes Domingos, que me permitiu continuar os estudos do Mestrado no período em que estive na função de Secretária de Saúde.

RESUMO

Riscos ocupacionais relacionados aos acidentes de trabalho com material perfurocortante estão amplamente distribuídos na estrutura das unidades de saúde e as consequências de uma exposição ocupacional podem afetar a saúde do profissional em diversos aspectos incluindo o controle emocional, social e até financeiro. Esta pesquisa, de natureza epidemiológica e abordagem quantitativa, foi realizada nos Estabelecimentos de Saúde que atendem ao SUS (Sistema Único de Saúde) do município de Aquidauana – MS. **Objetivo:** analisar os fatores associados aos acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre as equipes assistenciais multiprofissionais desses estabelecimentos. **Material e Métodos:** é uma pesquisa descritiva, transversal com delineamento de inquérito populacional. Os dados foram coletados no período de janeiro à maio de 2012, por meio de um questionário semiestruturado, com questões relacionadas a aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, história ocupacional, padrões de sono, descrição do acidente e esquema vacinal dos profissionais contra hepatite B e a realização do exame anti-HBs. Os dados obtidos foram submetidos inicialmente à estatística descritiva (distribuição de frequências, média e desvios-padrão). As variáveis apresentaram distribuição normal e foram testadas através do(a): teste de associação do χ^2 com correção de Yates e da regressão logística múltipla estratificada. A variável dependente acidente de trabalho no último ano foi categorizada em 0-não e 1-sim. Algumas variáveis foram categorizadas em tercis: dias trabalhados, horas/dia, esforço físico, documento de notificação, quantidade de vezes por semana em que ingere medicamento psicotrópico e realização do exame anti-HBs. Finalizando, foi realizada a análise conjunta das variáveis independentes através da regressão logística múltipla estratificada. Foi utilizado o método stepwise-forward-selection. Os estratos foram analisados na seguinte ordem: sócio-demográficas, estilos de vida, características do trabalho e relacionadas ao ciclo vigília-sono. As variáveis sexo, tempo de atuação e local de trabalho foram consideradas variáveis de controle. Em todas as análises foi considerado o nível de significância $\alpha=5\%$. **Resultados:** dos 340 trabalhadores, 46,2% relataram ter se acidentado no último ano. Ao realizar a análise conjunta dos fatores associados, verificou-se que foi fator independente associado aos acidentes de trabalho no último mês: ser do sexo feminino (OR=1,31), estar casado (OR=1,20) ou divorciado (OR=1,76), ter o ensino fundamental (OR=1,54), médio (OR=2,86) ou superior (OR=1,71), tempo de atuação de 1-3 anos (OR=1,71), de 3-10 anos (OR=2,86) e superior a 10 anos (OR=1,54), trabalhar na especialidade (OR=1,80) ou alto nível tecnológico (OR=3,74), turno alternado (OR=2,04), turno com dupla jornada (12h diurno – 7 dias/semana) (OR=7,14) e turno fixo noturno (OR=3,17), relato de esforço físico às vezes (OR=1,77), pior qualidade do sono (OR=1,95) e tomar medicamento para dormir 1-2 vezes (OR=4,36) e 3 vezes ou mais por semana (OR=3,45). **Recomendações:** a maior fonte de informação sobre Acidente de Trabalho ocorreu durante a formação profissional, portanto há necessidade institucional de uma educação permanente em serviço sobre esse tema que seja rotineira, dirigida às necessidades específicas da equipe. A subnotificação ainda é um fator presente, dos 157 trabalhadores acidentados, 30,5% referiram não ter notificado e 12,1% ter notificado no “livro preto”, o qual não tem validade como documento oficial de notificação. Os motivos descritos foram desde descuido até medo de demissão. Quanto à imunização contra hepatite B através da vacina, dos trabalhadores 64,1%

estavam com esquema completo (3 doses contra hepatite B) e 3,8% com quatro doses ou mais, o que evidencia a existência de grande parte dos trabalhadores que continuam expostos ao risco de contaminação ocupacional. Esse dado representa a fragilidade do Programa de Saúde Ocupacional nos estabelecimentos onde existem. A sobrecarga de trabalho, dobras de plantão, achatamento salarial e trabalhos em turnos e noturno foram prejudiciais à saúde dos trabalhadores. O cochilo no plantão noturno é uma recomendação para aumentar o alerta durante o turno. Além disso cada trabalhador precisa ser avaliado individualmente quanto à sua tolerância à trabalho. **Conclusão:** diante dos fatores associados ao acidente de trabalho, intervir é necessário, porém, nenhum resultado será alcançado se não houver envolvimento da gestão em conjunto com os trabalhadores. Essa intervenção precisa vir através de um Plano, construído em conjunto através das rodas de conversa.

Descritores: acidentes de trabalho, profissionais de saúde, trabalho em turnos e noturno, ciclo vigília-sono, vacina contra hepatite B e realização do exame anti-HBs.

SUMMARY

Risks related to occupational accidents concerning needlesticks are widely distributed in the structure of healthcare facilities and the consequences of occupational exposure can affect the health professional in various aspects including emotional control, social and even financial. This research, epidemiological and quantitative approach was performed in Health Establishments serving the SUS (Unified Health System) in the municipality of Aquidauana - MS. **Objective:** To examine factors associated with workplace accidents with exposure to biological material among multidisciplinary care teams such establishments. **Material and Methods:** This is a descriptive, cross-sectional design of a population survey. Data were collected from January to May 2012, using a semi-structured questionnaire with questions related to socio-demographic aspects, lifestyle habits, occupational history, sleep patterns, description of the accident and vaccination regimens for professionals Hepatitis B and the exam anti-HBs. The data were subjected to descriptive statistics (frequency distribution, mean and standard deviations). The variables were normally distributed and were tested using the association test χ^2 with Yates correction and multiple logistic regression stratified. The dependent variable accident at work last year was categorized as 0-no and 1-yes. Some variables were categorized into tertiles: days worked, hours/day, physical exertion, the notification document, number of times per week that ingests psychotropic medication and perform the test anti-HBs. Finally, we performed a combined analysis of independent variables by multiple logistic regression stratified. We used stepwise forward-selection. The strata were analyzed in the following order: socio-demographic, lifestyle, and job characteristics related to the sleep-wake cycle. Gender, time of work and the workplace were considered control variables. In all analyzes was considered the significance level $\alpha=5\%$. **Results:** of the 340 workers, 46.2% reported having had an accident last year. When conducting a joint analysis of associated factors was found to be an independent factor associated with workplace accidents in the last month: being female (OR = 1.31), being married (OR = 1.20) or divorced (OR = 1.76), having primary education (OR = 1.54), medium (OR = 2.86) or higher (OR = 1.71), duration of action of 1-3 years (OR = 1.71), 3-10 years (OR = 2.86) and greater than 10 years (OR = 1.54), working in the specialty (OR = 1.80) or high technological level (OR = 3.74), shift alternate (OR = 2.04), with double day shift (12pm day - 7 days/week) (OR = 7.14) and fixed overnight shift (OR = 3.17), history of physical exertion sometimes (OR = 1.77), worse sleep quality (OR = 1.95) and take medication to sleep 1-2 times (OR = 4.36) and 3 or more times per week (OR = 3.45). **Recommendations:** a major source of information about Accident occurred during training, so no need for a continuing education institution in service on this issue that is routinely directed to the specific needs of the team. Underreporting is still a factor present: among the 157 injured workers, 30.5% reported not having notified and 12.1% had notified the "black book," which is not valid as official notification. The reasons were described from carelessness to fear of dismissal. As for immunization against hepatitis B through vaccination, 64.1% of workers were in complete schedule (3 doses hepatitis B) and 3.8% with four or more doses, which evidences the existence of large proportion of workers who continue exposed to the risk of occupational contamination. This data represents the fragility of the Occupational Health Program in establishments where work overload, folds on duty, flattening wage and work in night shifts and were detrimental to the health of workers. The nap on the night shift is a recommendation to increase alertness during the shift.

Furthermore, each worker must be assessed individually as to their tolerance work. **Conclusion:** in front of factors associated with work-related accident, it is necessary to intervene, but no results will be achieved if there is involvement of management in conjunction with workers. This intervention must come through a Plan, jointly built by the wheels of conversation.

Keywords: accidents, health professionals, shift work and night shifts, sleep-wake cycle, hepatitis B vaccine and the exam anti-HBs.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Frequência e porcentagem dos profissionais (n=340), por categoria profissional	49
Tabela 02: Frequência e porcentagem dos profissionais quanto ao acidente com material perfurocortante por categoria profissional	49
Tabela 03: Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis sócio demográficas e de estilo de vida	50
Tabela 04: Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis características do trabalho	52
Tabela 05: Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis do ciclo vigília-sono	55
Tabela 06: Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis que apresentam riscos para o acidente de trabalho.....	56
Tabela 07: Frequência e porcentagem por categoria profissional acidentada das variáveis relacionadas ao acidente	58
Tabela 08: Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis relacionadas à vacina contra hepatite B e a realização do exame anti-HBs	59
Tabela 09: Análise univariada das variáveis sócio-demográficas e de estilo de vida	62
Tabela 10: Análise univariada das variáveis características do trabalho.....	63
Tabela 11: Análise univariada das variáveis do ciclo vigília-sono	64
Tabela 12: Regressão logística dos fatores associados ao acidente de trabalho ...	65

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01: Municípios pactuados – microrregião de Aquidauana	29
Figura 01: Mapa – Localização Geográfica do município Polo Aquidauana e suas microrregiões.....	30
Quadro 02: Unidades Sentinelas do município de Aquidauana conforme protocolos de notificação compulsória	31
Figura 02: Fluxograma de atendimento no Programa Saúde do Trabalhador no município de Aquidauana – MS.....	33
Figura 03: Distribuição de Trabalhadores em categorias profissionais que atendem no Sistema Único de Saúde, no município de Aquidauana – MS	39
Figura 04: Distribuição quantitativa de profissionais por Estabelecimentos de Saúde que atendem no Sistema Único de Saúde, no município de Aquidauana – MS	40
Quadro 03: Planejamento da Oficina	43
Quadro 04: Lista de variáveis analisadas estatisticamente	46

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1.	Marcos históricos e conceituais	14
2.2.	Acidentes de Trabalho	19
2.3.	O Trabalho Hospitalar e os riscos para segurança do Trabalhador.....	21
2.4.	Riscos e a segurança para a Saúde do Trabalhador.....	23
2.5.	Sistemas de Informação de Acidentes do Trabalho no Brasil.....	26
2.5.1.	SINAN.....	26
2.5.2.	CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	26
2.5.3.	PSBIO (Profissionais de Saúde e Risco Biológico)	27
2.5.4.	REPAT (Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho com Material Biológico em Hospitais do Brasil)	28
2.5.5.	RISTA (Rede de Informações em Saúde, Trabalho e Ambiente)	28
2.6.	Sistema de Informação de Acidentes do Trabalho no mundo	28
2.7.	A Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	29
2.8.	Rede Sentinela na Saúde do Trabalhador.....	31
2.9.	Protocolo de condutas envolvendo material biológico	33
3.	JUSTIFICATIVA.....	35
4.	OBJETIVOS.....	37
4.1.	Objetivo Geral.....	37
4.2.	Objetivos Específicos.....	37
5.	MATERIAL E MÉTODOS	38
5.1.	Tipo de Estudo.....	38
5.2.	Local do Estudo	38
5.3.	População.....	39
5.4.	Coleta de Dados	40
5.5.	Instrumento de Coleta de Dados	40
5.6.	Estudo Piloto.....	42
5.7.	Treinamento do Entrevistadores.....	42
5.8.	Variáveis do Estudo	43
5.8.1.	Variável dependente (Variável resposta)	43
5.8.2.	Variáveis independentes (fatores de exposição)	43

5.9.	Revisão, codificação e digitação.....	44
5.10.	Divulgação do trabalho de Campo.....	44
5.11.	Aspectos éticos.....	44
6.	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	46
7.	RESULTADOS	49
7.1.	Análise Descritiva:	49
7.1.1.	Caracterização dos profissionais que responderam ao questionário.....	49
7.1.2.	Análise descritiva das variáveis por categoria profissional	50
7.2.	Análise de Regressão Logística	60
7.2.1.	Fatores independentes associados ao acidente de trabalho	60
8.	DISCUSSÃO.....	66
8.1.	Caracterização da amostra.....	66
8.2.	Caracterização do trabalho.....	68
8.3.	Caracterização do ciclo vigília-sono	70
8.4.	Caracterização da biossegurança e dos riscos para o acidente de trabalho ..	71
8.5.	Caracterização do acidente	72
8.6.	Caracterização das variáveis relacionadas à vacinação contra Hepatite B e a realização do exame anti-HBs.....	73
9.	PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES	74
10.	CONCLUSÃO	76
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
	APÊNDICE I – Termo de Autorização da Gerência Municipal de Saúde	83
	APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
	APÊNDICE III – Questionário de Avaliação dos Acidentes de Trabalho entre a Equipe Multiprofissional dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Aquidauana – MS.....	85
	APÊNDICE IV – Orientações ao entrevistador.....	94
	ANEXO I – Protocolo de condutas pós-acidentes envolvendo material biológico.....	99
	ANEXO II – Instruções para pontuação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh	103

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes do trabalho constituem fenômeno de múltiplas facetas. Sua ocorrência costuma trazer à tona no mínimo a face existencial, a técnica e a jurídica. Ou seja, simultaneamente ao drama existencial que produz para vítimas, familiares e pessoas próximas, os acidentes costumam ser seguidos de iniciativas técnicas visando a compreensão de suas causas e podem ensejar ações também na esfera judicial (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004).

Há uma notória subnotificação de acidentes típicos e outros eventos relacionados ao trabalho. Isso ocorre por problemas no registro, no reconhecimento e na caracterização do acidente ou doença e pela exclusão nas estatísticas oficiais, de grande parte dos trabalhadores expostos ao risco de adoecer, se acidentar ou morrer em decorrência do trabalho (HENNINGTON, 2004).

A escassez de dados e informações sobre grupos de trabalhadores vulneráveis acontece porque, tanto o número de acidentes efetivamente ocorridos como o número de trabalhadores expostos ao risco de sofrer acidente é desconhecido e não estão disponíveis, seja pelo desconhecimento ou medo do trabalhador em registrar o acidente (HENNINGTON, 2004).

As estatísticas de acidentes divulgadas pela Previdência Social a partir da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) somente contabilizam os trabalhadores do mercado formal da economia, excluindo uma série de categorias (autônomos, domésticos, trabalhadores no mercado informal da economia e sem carteira assinada e funcionários públicos) (HENNINGTON, 2004).

Nota-se que os dados sobre acidentes de trabalho descritos pelo Ministério da Saúde e Previdência Social não têm um detalhamento em seus registros publicados, pois quando se direciona aos acidentes ocorridos com profissionais de saúde não se definem a categoria profissional, o tipo de acidente ou o setor de trabalho, apenas sendo oferecida uma apresentação global intitulada “acidentes de trabalho em decorrência de atividades e atendimento hospitalar”. Nesta classificação específica, foi apresentado o registro de 22.998 acidentes em 2003, 26.113 em 2004 e 28.760 em 2005 (INST-CUT, 2005).

Este fato pode ser potencializado pela exposição a vários riscos durante a assistência hospitalar, pois o cuidar em saúde exige a realização de atividades com

diferentes graus de complexidade, compreendendo desde a simples troca de roupa de cama até a realização de procedimentos invasivos, como punção venosa (MARZIALE; ROBAZZI, 2001; SÊCCO *et al.*, 2002).

O surgimento da AIDS, bem como o aumento do conhecimento sobre a hepatite do tipo C, levaram a intensificação do controle sobre a ocorrência de acidentes com perfurocortantes e exposição a fluídos biológicos. Mas, para boa parte dos profissionais que atuam nos hospitais, trata-se de um acidente cujos possíveis efeitos negativos parecem ser frequentemente desconsiderados, observando-se o descumprimento de normas básicas de segurança e recusa em notificar o acidente e buscar atendimento médico após a exposição (OSÓRIO; MACHADO; MINAYO, 2005).

Algumas situações aumentam o risco de acidentes com agentes biológicos no setor de trabalho, como: desatenção nas tarefas, brincadeiras no trabalho, noite mal dormida na véspera, uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, uso de calçados abertos, lesão nas cutículas das unhas, não utilização de luvas, avental, óculos protetores quando indicados, entortar, quebrar ou reencapar agulhas, retirar agulhas da seringa no momento do descarte, recipiente de descarte de perfurocortantes repleto, falta de vacinação, descarte inadequado de perfurocortante, conduta inadequada na pós-exposição, dentre outros (MARTINS, 2001; COCOLO, 2002).

Os fatos evidenciam que tanto o empregado quanto o empregador costumam menosprezar este tipo de acidente por não terem a real consciência dos riscos envolvidos nos acidentes com materiais biológicos que podem, ao longo do tempo, ser causadores de doença e até de morte do trabalhador (SARQUIS E FELLI, 2002).

Em relação aos estudos realizados no Brasil, em sua maioria, destacam a subnotificação de acidentes entre os trabalhadores da enfermagem, com registros de taxas que variam de 40% a 92%, reforçando assim, a importância do tema e mostrando a fragilidade dos dados sobre notificações (SASSI; DESTRA; MEDEIROS, 2002; DAMASCENO; *et al.*, 2006).

Os estudos consideram, em sua maioria, apenas trabalhadores de enfermagem. Há que se repensar esta abordagem, pois pensando no processo assistencial, esse é realizado por uma equipe multidisciplinar que, apesar das diversas atividades e responsabilidades, depara-se com a exposição da ocorrência do acidente de trabalho envolvendo material biológico (SASSI; DESTRA; MEDEIROS, 2002; DAMASCENO; *et al.*, 2006).

Diante do apresentado, este estudo visa avaliar os fatores associados à ocorrência dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre as equipes assistenciais multiprofissionais de saúde dos Estabelecimentos de Saúde que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Aquidauana – Mato Grosso do Sul.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. MARCOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Marx (2006) considera que o trabalho, antes de tudo, é uma ação de transformação da natureza pelos homens, seja individual seja coletivamente e que, nesta ação, os próprios homens se transformam. Quando plenamente desenvolvido, o trabalho representa um dos grandes focos transformadores da vida humana, pois envolve atividades conscientes, criativas e orientadas para determinados fins. Certamente qualquer trabalho exige gasto ou dispêndio de energia, significando o que costumamos chamar de força de trabalho.

Embora o campo de Saúde do Trabalhador diga respeito a todos os grupos e segmentos que atuam vendendo a sua força de trabalho e são submetidos às exigências do capital, seu berço de nascença é a classe operária industrial na América Latina, a partir dos anos 1970. Neste período, ocorreu um processo acelerado de industrialização na região. Os milagres econômicos de curta duração, particularmente na Argentina, no Brasil, no Chile e no México. Nesta etapa histórica, ocorreram profundas mudanças na estrutura de classes desses países e houve um acelerado desenvolvimento da classe operária urbana (SINGER, 1976).

No Brasil, a história do trabalho, inicia-se nos modos de produção extrativistas baseados na caça e na pesca das populações indígenas. Nos períodos colonial e imperial, predominou em nosso país durante quatrocentos anos o trabalho escravo, o mais longo período das Américas (PENA, 2009).

No escravismo, comprava-se o corpo do trabalhador e a sua existência passava a ser de responsabilidade do senhor dos escravos. Dessa forma, as práticas de saúde eram voltadas para a manutenção da saúde dos corpos dos escravos como valor patrimonial dos seus proprietários, de forma semelhante à manutenção de um plantel de animais de carga (PENA, 2009).

A abolição da escravatura representou a mais significativa mutação trabalhista no Brasil. A organização escravista no trabalho foi substituída pelo mercado típico da era capitalista. Neste sentido, adotou-se o assalariamento como modalidade de contratação dos trabalhadores e as práticas de saúde passaram a se concentrar na avaliação e manutenção da força de trabalho por meio de exames médicos admissionais, periódicos, demissionais, sistemas securitários, etc. Assim,

aos poucos foram se estruturando modelos de medicina do trabalho e engenharia de segurança com Leis como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e normas iniciadas na década de 1930, até a publicação das normas regulamentadoras de saúde e segurança do trabalho em 1978 (PENA, 2009).

No Brasil, concomitante ao acelerado crescimento do número de trabalhadores industriais, houve um forte incremento na organização dos trabalhadores em torno de reivindicação da regulamentação da jornada de trabalho e em busca de melhores salários. São também dessa década os primeiros movimentos em defesa da saúde pela melhoria das condições de trabalho (REBOUÇAS *et al.*, 1989).

A legislação brasileira sobre acidentes de trabalho teve início em 1904, com poucas repercussões para a Saúde do Trabalhador, abordando as ocorrências no ambiente de trabalho e registrando iniciativas governamentais apenas na década seguinte (SÊCCO *et al.*, 2004).

A determinação da multicausalidade, definida como a interação de fatores que propiciam a ocorrência dos acidentes, todavia, surgiu apenas em 1959. Reafirmando a gravidade do problema, o Brasil, por volta de 1970, foi considerado o “campeão mundial de acidentes de trabalho” com o registro de 35/100.000 mortes decorrentes de acidentes de trabalho. Assim, a regulamentação governamental para a obrigatoriedade de serviços especializados de segurança e medicina do trabalho (SESMT) nas empresas foi instituída pela Lei n. 6.514, de 22 de dezembro de 1977 (SARQUIS *et al.*, 2004).

A constituição no seu Art. 198 reflete, todo o embate da política de saúde historicamente construída no país. Era centralizada e ditada na década de 1980, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, com hegemonia da Assistência Médica Previdenciária, de cunho individual e curativo. Era discriminatória, pois atendia somente os contribuintes da Previdência, com pleno favoritismo à iniciativa privada e com ênfase no atendimento hospitalar, porta de entrada do sistema. O então Ministério da Saúde – tradicionalmente estruturado para atender à saúde coletiva ou à prevenção, através de ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica – contava com recursos escassos para atender estas demandas (HOEFEL; GUTIERREZ, 2009).

A partir da lei n. 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, conhecida como Lei Orgânica da Saúde foi regulamentado o artigo 198 da Constituição, no que concerne à Saúde do Trabalhador, determinando que ações devam ser executadas pelo SUS nos âmbitos de assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos (HOEFEL; GUTIERREZ, 2009).

Em São Paulo, a partir de 1984, foram criados PST (Programa Saúde do Trabalhador) na capital, nas regiões do litoral e da Baixada Santista, em Bauru, no Vale do rio Ribeira, em Campinas, em Santos e no circuito chamado "ABCD". Esses programas tinham em comum alguns elementos-chaves: foram incluídos na organização do atendimento da população adulta, nas Unidades de Saúde; davam ênfase à história profissional; usavam instrumentos da vigilância epidemiológica e sanitária, para, a partir da suspeita ou da notificação de casos de doenças, intervirem sobre o processo gerador de tais eventos; tinham articulação interinstitucional e relação permanente com o movimento sindical (FREITAS; LACAZ E ROCHA, 1985).

É competência da instância federal do SUS participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador de forma hierarquizada e descentralizada para estados e municípios. Tais recomendações sobre esta percepção do acidente instigaram discussões, despertando as instituições para a melhoria das condições de vida da população e mudanças na sociedade (SÊCCO, *et al.*, 2004).

Outro documento importante para área de Saúde do Trabalhador é a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS. Ela define como instâncias colegiadas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada um dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. As Conferências têm caráter consultivo, com periodicidade de quatro anos. Enquanto os Conselhos têm caráter permanente e deliberativo, sendo órgãos colegiados compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais da saúde e dos usuários. Está previsto na lei que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos e que eles estejam presentes na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e

financeiros. Alguns conselhos, através de seus regimentos, possibilitam a criação de Comissões Técnicas, como por exemplo, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e os conselhos que atuam nas unidades básicas de saúde (HOEFEL; GUTIERREZ, 2009).

Durante os anos de implantação do SUS, na área específica da Saúde do Trabalhador, muitas ações foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) considerada como uma área técnica. Hoje, a COSAT do Ministério da Saúde está localizada na Secretaria de Vigilância em Saúde sob a denominação de Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) (MAENO; CARMO, 2005).

O Ministério da Saúde em 19 de setembro de 2002, publicou a Portaria n. 1.679, criando a RENAST. Como atribuições nesta portaria, temos a necessidade de articulação de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho e o reconhecimento de que a atenção integral à Saúde do Trabalhador, com suas especificidades, deve ser objeto de todos os serviços de saúde, consoante com os princípios da equidade, integralidade e universalidade (HOEFEL; GUTIERREZ, 2009).

Em seu artigo 3º, a portaria determina que seja estruturada uma rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Cabem a esses centros, dar apoio e ser retaguarda às ações de saúde do trabalhador do SUS. O que não impede que o CEREST dê acolhimento a um trabalhador com agravo, particularmente quando isto é fundamental para que a doença seja reconhecida como uma doença relacionada ao trabalho. O CEREST poderá recorrer a especialistas na área ou através de seus próprios profissionais para elucidarem o diagnóstico. Contudo, caso o trabalhador necessite de acompanhamento/ tratamento médico, o CEREST deverá encaminhá-lo para a assistência do SUS, nos vários níveis de complexidade, sempre procurando uma integração de ações com a vigilância (HOEFEL; GUTIERREZ, 2009).

Com a implantação dessas estratégias de atenção à saúde do trabalhador, uma discussão mais acirrada sobre a atuação do profissional no ambiente de trabalho, visando à manutenção de condições seguras e à redução e, possivelmente, eliminação dos riscos existentes, impulsionou a criação de Normas

Regulamentadoras (SARQUIS *et al.*,2004).Estas normas surgiram com o intuito de instituir ações preventivas e garantia legal da segurança e saúde do trabalhador.

A legislação trabalhista brasileira sobre Saúde e Segurança no Trabalho, constituída pelas Normas Regulamentadoras (NR) da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), é o instrumento mais conhecido pelos trabalhadores. Entre muitas das obrigações estabelecidas para as empresas e seus empregados, segundo Pinheiro; Machado; Ribeiro (2005) e Vasconcellos (2007), destacam-se nas NR:

- O estabelecimento de limites ambientais para agentes insalubres;
- Parâmetros biológicos para os riscos;
- Regras para o funcionamento de serviços de engenharia de segurança e medicina do trabalho e da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA – NR-5);
- Critérios para uso de equipamentos de proteção individual (EPI);
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

As normas legais da Previdência Social também são importantes para o processo de vigilância, especialmente para os trabalhadores que possuem carteira assinada e têm direitos garantidos por essas legislações. As leis n. 8.212 e n. 8.213, ambas de 1991, chamadas leis orgânicas da previdência social são as que definem oficialmente o acidente e a doença relacionada ao trabalho no Brasil. São elas, também, que obrigam as empresas a emitir a CAT, no caso de acidente, doença ou mesmo de suspeita de doença (PINHEIRO; MACHADO; RIBEIRO, 2005; VASCONCELLOS, 2007).

O Decreto n. 3.048 de 1999, que regulamenta estas duas leis orgânicas, tem um anexo no qual estão listados as mais de 200 doenças relacionadas ao trabalho, reconhecidas oficialmente no país (PINHEIRO; MACHADO; RIBEIRO, 2005).

A portaria GM/MS n. 777, de 28 de abril de 2004, dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, em rede sentinela do SUS. Estabelece que os CEREST, os serviços hospitalares e ambulatoriais do SUS poderão ser credenciados como sentinela. O sentido do termo sentinela aqui está relacionado ao conceito de vigilância em saúde e quer dizer: estar atento aos eventos, alertar a autoridade sanitária sobre eles e comunicar os casos de agravo que são de notificação

obrigatória: acidentes de trabalho fatais, acidente de trabalho com mutilações, acidentes com exposição a material biológico, acidentes de trabalho em crianças e adolescentes, dermatoses profissionais, intoxicações por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados, lesões por esforços repetitivos, pneumoconioses, perdas auditivas induzidas por ruído, transtornos mentais relacionados ao trabalho e cânceres relacionados ao trabalho (HOEFEL; GUTIERREZ, 2009).

A Norma Regulamentadora de maior impacto na Saúde dos Trabalhadores de saúde é a NR-32. Ela estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde em qualquer serviço de saúde inclusive os que trabalham nas escolas, ensinando ou pesquisando. Tem o objetivo de prevenir os acidentes e o adoecimento causado pelo trabalho nos profissionais da saúde, eliminando ou controlando as condições de risco presentes nos Serviços de Saúde. Recomenda para cada situação de risco a adoção de medidas preventivas e a capacitação dos trabalhadores para o trabalho seguro (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2009). A definição de serviço de saúde incorpora o conceito de edificação, relacionados ou não com a promoção e assistência à saúde. Estão inseridas nessa norma as atividades de limpeza, reforma e manutenção por exemplo.

Importante para a sua aplicação é a participação dos trabalhadores, através das Comissões Institucionais de caráter legal e técnico, entre as quais, a CIPA (instituições privadas); COMSAT'S (instituições públicas), SESMT (Serviço Especializado em Engenharia e Segurança do Trabalho) e a CCIH (Comissão de Controle em Infecção Hospitalar), além dos eventos específicos, como as Semanas Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT's (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2009).

2.2. ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho tem sido objeto de estudo da comunidade científica com objetivo de delimitar e analisar os fatores que contribuem para esses eventos. Hale e Hovden (1998) e Sarkus (2001) descrevem três momentos principais no estudo científico da segurança e análise de acidentes.

A primeira fase, iniciou-se no início do século XIX e terminou na Segunda Guerra Mundial, onde medidas técnicas eram adotadas para evitar acidentes. A

principal preocupação era a análise das máquinas e as condições de trabalho. O equipamento de proteção individual (EPI) é uma conquista dessa época. Como as condições de trabalho eram ruins e havia uma grande preocupação com a melhoria das condições físicas do ambiente de trabalho, estudos científicos identificaram os riscos químicos, físicos e biológicos.

A segunda fase iniciou na década de 1920, mas tem um desenvolvimento após a Segunda Guerra Mundial. O marco desta fase é a publicação dos trabalhos de Greenwood e Woods e de Heirinch em 1931, que introduziram o componente humano na análise dos acidentes de trabalho (SARKUS, 2001). A proposta de Greenwood e Woods em 1919 sobre a existência de propensão individual dos trabalhadores para os acidentes é referida como sendo a primeira teoria científica que procurou explicar os acidentes de trabalho incluindo fatores humanos (COOPER, 1998). Surge então a preocupação com o comportamento e o erro humano.

Na década de 1930, Heinrich propôs a primeira teoria na qual o acidente tem origem em uma sequencia linear de eventos, que ele chamou de "*teoria do dominó*". Numa tentativa de sistematização que se contrapunha à noção de fatalidade, esta teoria representa o acidente por uma sequência de cinco pedras de dominó posicionadas de modo que a queda de uma desencadeia a queda das subsequentes (ALMEIDA, 2006; BINDER; ALMEIDA, 2003; COOPER, 1998). A terceira pedra da série introduziu as noções de atos e de condições inseguros como fatores imediatamente precedentes ao acidente propriamente dito e à lesão.

A terceira fase, iniciou-se no final dos anos 1970 e é caracterizada pela causalidade múltipla, onde o acidente é explicado por vários fatores que associam a interação entre o indivíduo, a situação de trabalho, fatores de grupos, organizacionais e o ambiente de trabalho (SILVIA, 2003).

Na atualidade, acidente de trabalho é caracterizado como um evento ocorrido tanto na atividade laboral, quanto à serviço da empresa e no trajeto diário. Este pode causar desde lesões corporais simples, a mais graves; perturbação funcional, perda ou redução permanente ou temporária para o trabalho ou até mesmo a morte (BRASIL, 2006a).

O acidente de trabalho se diferencia da doença ocupacional, pois o mesmo é um evento quando existe uma colisão repentina e involuntária entre pessoa e objeto,

que ocasiona danos corporais e/ou materiais. A prevenção dos acidentes baseia-se principalmente na eliminação dos riscos (NISHIDE, et al, 2004).

2.3. O TRABALHO HOSPITALAR E OS RISCOS PARA SEGURANÇA DO TRABALHADOR

Segundo Guedes e Mauro (2005), são considerados como fatores de risco característico de trabalho, os que são capazes de provocar acidente, danos ou doenças para a saúde do trabalhador, provocando o seu afastamento temporário ou permanente das suas atividades laborais.

Os hospitais são entidades associadas à prestação de serviços à saúde, visando assistência, o tratamento e a cura daqueles acometidos pela doença. Porém, também podem ser responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos à saúde daqueles que ali trabalham, tais como: os acidentes de trabalho, as doenças profissionais e as doenças do trabalho (BULHÕES, 1998).

São locais de aglutinação de pacientes/clientes acometidos por diferentes problemas, assistidos por trabalhadores diversos, da área de saúde ou técnico-administrativos. Vários estudos têm apontado que os serviços de saúde, em particular os hospitais, geralmente proporcionam aos seus trabalhadores, principalmente aos da enfermagem, piores condições de trabalho em relação aos outros serviços (BARBOSA; SOLER, 2003).

Os acidentes de trabalho no ambiente hospitalar são relacionados a vários fatores de riscos, entre eles, estão os agentes físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicológicos. Além disso, geralmente somam-se a outras circunstâncias que no seu conjunto caracterizam uma forma peculiar de exploração da força de trabalho, como: sobrecarga de serviço, salários insuficientes, situação ocupacional insatisfatória e mecanismos formais e informais de controle dos trabalhadores. Tais condições laborais representam risco sério e preocupante, destacando-se que são frequentes e mais graves os acidentes envolvendo trabalhadores enquadrados em menores faixas salariais, como funcionários de cozinha, limpeza e nível médio de enfermagem. Apesar da relevância deste problema, pouca atenção tem sido dada aos riscos de acidente de trabalho e na implementação de melhores condições laborais na área da saúde, assim como são

poucas as pesquisas que tratam deste assunto (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

Segundo Ribeiro e Shimizu (2007), a equipe assistencial multiprofissional em saúde, com destaque para enfermagem por serem a maioria de trabalhadores que constituem a equipe, estão expostas aos seguintes riscos:

- **Riscos Físicos:** se referem aos ruídos, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, temperaturas extremas, pressões anormais e umidades, iluminação inadequada e exposição à incêndios e choques elétricos.
- **Riscos químicos:** dizem respeito ao manuseio de gases e vapores anestésicos, antissépticos e esterilizantes, poeiras, etc.
- **Riscos biológicos:** estão relacionados aos microrganismos, bactérias, fungos, protozoários, vírus, etc. e material infectocontagioso, podendo causar doenças como tuberculose, hepatite, rubéola, herpes, escabiose e AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida).
- **Riscos ergonômicos:** compreendem o local inadequado de trabalho, levantamento e transporte de pesos, postura inadequada, erro de concepção de rotinas e serviços, mobiliário, entre outros fatores.
- **Riscos de acidentes:** estão ligados, como por exemplo, a falta de iluminação, possibilidade de incêndios, piso escorregadio, armazenamento, arranjo físico e ferramentas inadequadas e a máquinas defeituosas.
- **Riscos psicossociais:** advêm da sobrecarga vinda do contato com os sofrimentos dos pacientes, com a dor e a morte, o trabalho noturno, rodízios de turno, jornadas duplas e até triplas de trabalho, ritmo acelerado, tarefas fragmentadas e repetitivas entre outros.

No ambiente hospitalar, encontramos com relativa frequência, equipes de trabalho indiferentes, apáticas e cansadas, queixando-se de estresse e desmotivação. Gerando, muitas vezes, conflitos e insatisfação em alguns profissionais (LAUTERT, 1999).

Quando pensamos em uma instituição em que são cuidados e tratados os problemas de saúde da população, imaginamos que nesses locais deveriam existir condições adequadas para o exercício profissional. No entanto, o que se observa são organizações exigentes, competitivas e burocratizadas, que acabam

massificando os trabalhadores. Pode-se acrescentar a esse quadro o ambiente tenso pelas características próprias desses locais, as dificuldades decorrentes da falta de uma política dirigida à saúde e os interesses particulares voltados para a lucratividade dessas instituições. No entanto, apesar de tal panorama, muitos profissionais conseguem desenvolver suas atividades com qualidade e competência, mantendo-se motivados, enquanto outros, por não suportarem as pressões, acabam se esgotando e, muitas vezes, trocando de profissão ou de trabalho (LAUTERT, 1999).

Neste ambiente, o acidente típico da atividade, com materiais perfurocortantes, apresenta uma gravidade especial, pela virtual contaminação biológica (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004).

2.4. RISCOS E A SEGURANÇA PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

A NR-32 abrange as situações de exposição aos diversos agentes de risco presentes no ambiente de trabalho, como os agentes de risco biológico; os agentes de risco químico; os agentes de risco físico com destaque para as radiações ionizantes e os agentes de risco ergonômico. Também, a questão da obrigatoriedade da vacinação dos profissionais (tétano, difteria, hepatite B e o que mais estiver contido no PCMSO), com reforços e sorologia de controle pertinentes, conforme recomendação do Ministério da Saúde, devidamente registrada em prontuário funcional com comprovante ao trabalhador. Determina ainda algumas situações na questão de vestuário e vestiários, refeitórios, resíduos, capacitação contínua e permanente na área específica de atuação (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Ao realizar um trabalho, o homem expõe-se constantemente aos riscos presentes no ambiente laboral, os quais podem interferir diretamente em sua condição de saúde (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

As edificações de saúde oferecem múltiplos riscos aos trabalhadores da área, como os causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007).

Os agentes químicos são classificados como poeiras, pós e produtos em geral; os físicos como radiações ionizante e não ionizante, calor, frio e ruídos; os biológicos como vírus, bactérias, parasitas, sangue e outros fluídos e os

psicossociais como estresse, fadiga e baixa qualidade de vida (XELEGATI; ROBAZZI, 2003).

Os agentes ergonômicos estão relacionados ao mau posicionamento imposto ao trabalhador para a realização das tarefas em função de uma má organização das atividades e dos postos de trabalho, afetando de forma integrada a saúde, a segurança e o bem estar do indivíduo (MARZIALE; ROBAZZI, 2000).

A adoção às normas de biossegurança torna-se imprescindível para a prevenção, minimização ou eliminação dos riscos ocupacionais que podem comprometer a saúde do trabalhador (BOTOSSO, 2005).

A utilização adequada do EPI, como luvas, gorro, avental, óculos e máscara, representa uma importante forma de prevenção aos riscos de exposição direta à materiais biológicos durante a assistência ao paciente. Contudo, a adesão dos profissionais de saúde ao uso de EPI ainda constitui um desafio para as instituições, devido à resistência dos profissionais à adesão dessa precaução (BOTOSSO, 2005).

Segundo dados do CDC, o risco de contaminação com o vírus HIV (AIDS) é de 0,3%, o vírus HBV (Hepatite B) é de 6% a 30%, e o risco de contaminação é de 0,5% a 2% para o HCV (Hepatite C) (INTERNATIONAL HEALTH CARE WORKER, 1999).

Muitos dos acidentes ocupacionais podem não resultar em infecção pelos vírus HIV, HBC e HCV mesmo que o paciente-fonte esteja infectado. O risco é variável, devendo ser analisado todo o conjunto da situação. Existe ainda a possibilidade de diminuí-lo por meio da quimioprofilaxia (QP) para o HIV e HBV, não havendo essa possibilidade, por enquanto, para o HCV (ALMEIDA; BENATTI, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde estima a taxa de soroconversão para HIV entre 0,1 a 0,4% nas exposições ocupacionais por acidente percutâneo (NHAMBA, 2004).

Yazdanpanah *et al* (2005), em um estudo de caso-controle sobre hepatite C ocupacional demonstrou que o risco de contaminação esteve relacionado principalmente com exposições envolvendo agulhas com lúmen e previamente utilizadas em veias ou artérias dos pacientes-fonte.

Embora casos de infecções ocupacionais pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C sejam relativamente mínimos, os riscos e os custos associados com exposições a sangue ou outros materiais biológicos são graves e reais. Os custos

diretos dos acidentes de trabalho com material biológico estão associados com as profilaxias iniciais e com o acompanhamento dos trabalhadores expostos e são estimados entre 71 a até 5000 dólares, e dependem das profilaxias instituídas (O'MALLEY; *et al.*, 2007).

Outros custos envolvidos, mas difíceis de serem quantificados e incluem o custo emocional, associado com medo, a ansiedade e a preocupação sobre as possíveis consequências de uma exposição; custos diretos e indiretos associados com as toxicidades dos medicamentos e o absenteísmo; e o custo social, associado com uma soroconversão, os custos financeiros do tratamento médico e o custo de qualquer processo legal e judicial relacionado.

O sono, o estresse, também são fatores de risco para as equipes assistenciais. O destaque fica para equipe de enfermagem, onde as mulheres constituem maioria, considerando as diferenças fisiológicas e emocionais, bem como a necessidade de conciliação entre trabalho doméstico e atividade profissional (caracterizando jornada dupla e até mesmo tripla), é fácil perceber o porquê do desgaste físico, mental e emocional relacionado ao desempenho de suas funções, conforme Ribeiro e Rocha (2001) apud Leite, Silva e Merighi (2007).

A carga horária da enfermagem é exaustiva, muitos trabalham mais de 44 horas chegando a ultrapassar 60h/semana, devido à realização de horas extras, trocas de plantão ou dois e até três empregos (HAAG, 2001).

Na assistência hospitalar em especial, a assistência funciona por turnos de 24 horas por dia. Várias alterações acompanham o profissional que faz plantão noturno ou troca de turnos com frequência, acontecendo uma dessincronização entre o ciclo vigília/sono e outros ritmos biológicos e o ciclo claro/escuro e outros ciclos ambientais. Conforme vão ocorrendo às mudanças nos horários de trabalho, novos ajustes se estabelecem e surgem distúrbios em várias áreas conforme Barreto, Gaspar e Moreno (1998) no artigo: "Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica" que também cita as seguintes alterações:

- **Neurofisiológicas:** distúrbios do sono, redução no desempenho, aumento da frequência respiratória e pulso, diminuição do nível de vigília entre outras.
- **Efeitos sobre o desempenho:** diminuição da capacidade de concentração e atenção, diminuição no ritmo de execução das tarefas, aumento na incidência de erros, alterações nas funções cognitivas.

- **Psicológicas:** tendência a irritabilidade, condutas antissociais, estresse, variações de humor e afetos, diminuição da sensação de felicidade e bem estar, clareza do pensamento diminuída, ansiedade e tensão, depressão, desânimo, fadiga e confusão aumentadas.

2.5. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO NO BRASIL

2.5.1. SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo (BRASIL, 2011).

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Também pode ser operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja, nas unidades de saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS (BRASIL, 2011).

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das SES com a SVS deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano (BRASIL, 2011).

2.5.2. CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

É um documento desenvolvido pela Previdência Social com fins securitários. A emissão da CAT registra e reconhece oficialmente o acidente, estabelecendo o direito do trabalhador ao seguro acidentário junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Mesmo que esse documento fosse preenchido em 100% das vezes em que a lei determina, ainda assim o sub-registro de acidentes de trabalho seria grande. Isso porque, segundo o Plano de Benefícios da Previdência Social, não se enquadram na obrigatoriedade da emissão da CAT funcionários públicos civis e militares estatutários, trabalhadores previdenciários autônomos, empregados domésticos e proprietários (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1998).

Para os empregados enquadrados na obrigatoriedade de emissão da CAT – trabalhadores “celetistas” (com registro em carteira de trabalho regulamentado pela Consolidação das Leis do Trabalho) perfazendo cerca de 25% da força de trabalho – o fluxo desse documento até seu registro no INSS depende (CORDEIRO; SAKATE; CLEMENTE; DINIZ; DONALISIO,2002):

- a) em grande parte, do ato voluntário de sua emissão pelo empregador;
- b) do preenchimento do atestado médico contido no item II da CAT pelo médico de atendimento;
- c) do seu encaminhamento à agência do INSS da área de ocorrência do acidente.

Estas CATs cadastradas pela Previdência Social ou online integram o Sistema de Informação de Acidentes de Trabalho (SIAT). Cada município realiza individualmente seu registro para, posteriormente, integrar-se à rede nacional.

2.5.3. PSBIO (Profissionais de Saúde e Risco Biológico)

Foi desenvolvido por um grupo de pessoas que constituem a equipe do Projeto Risco Biológico, reunindo características do programa *National Surveillance System for HealthCare Workers* (NaSH) e do EPINet, para vigilância de acidentes ocupacionais com material biológico em serviços de saúde brasileiros (RAPPARINI, 2006).

O PSBIO permite o registro e a obtenção de dados, proporcionando o conhecimento das características dos acidentes e possibilitando recomendações de

medidas de profilaxia pós-exposição e adoção de ações e estratégias necessárias para prevenção desse grande problema para a saúde do trabalhador. Os serviços de saúde podem participar por intermédio de um centro coordenador, realizando seu cadastro, solicitando o software e permitindo a notificação do acidente e a alimentação do sistema de vigilância por meio do instrumento de notificação fornecido pelo PSBIO, que terá seus dados posteriormente disponibilizados no site www.riscobiologico.org (RAPPARINI, 2006).

2.5.4. REPAT (Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho com Material Biológico em Hospitais do Brasil)

Iniciada em 2003, o Projeto segue as orientações e estratégias definidas pela Organização Mundial da Saúde para o conhecimento da realidade brasileira sobre os riscos ocupacionais da exposição a material biológico, tendo como meta controlar e prevenir os acidentes de trabalho com material biológico pela utilização de base eletrônica de dados. A participação é voluntária e visa à cooperação de qualquer instituição hospitalar brasileira por intermédio de um representante, pesquisador ou colaborador (MARZIALE, 2005).

2.5.5. RISTA (Rede de Informações em Saúde, Trabalho e Ambiente)

Desenvolvida pelo Núcleo de Informações em Saúde do Trabalhador, da Fundação Oswaldo Cruz, com um link de sua base de dados sobre acidentes e o SUS (SILVA *et al.*, 2006).

2.6. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO NO MUNDO

O sistema de informação para exposição para exposição de material biológico em trabalhadores de saúde foi iniciado nos Estados Unidos, em 1991, com a criação do *Exposure Prevention Information Network* (EPINet) da Universidade de Virgínia (SASSI; FEIJÓ, 2004).

O EPINet é um programa de notificação de acidentes envolvendo material biológico, cuja finalidade é partilhar dados, medidas preventivas e proteção em

procedimentos de risco. Atualmente, é utilizado em aproximadamente mil hospitais dos Estados Unidos e em outros países, como Canadá, Japão, Itália, Austrália e Espanha, integrando mais de 1.500 instituições (SASSI; FEIJÓ, 2004).

Esse Programa assemelha-se ao SINAN-NET – Sistema de Informação do Brasil.

2.7. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Segundo Machado (1996), a Vigilância em Saúde do Trabalhador é entendida como um processo de Saúde Pública que articula saberes e práticas de controle e de intervenção sobre os problemas que causam danos (agravos) relacionados aos processos de trabalho, aos ambientes de trabalho e às condições em que o trabalho se realiza. O pressuposto da ação de vigilância é, portanto, o controle da exposição na perspectiva de prevenir agravos à saúde dos trabalhadores, manifestos por sofrimento, alteração biológica, dano, desgaste, doença, lesão ou acidente.

A Visat (Vigilância em Saúde do Trabalhador) é a parte imprescindível da vigilância em saúde e deve trabalhar segundo os princípios do SUS. Ou seja, é na legislação sobre vigilância epidemiológica e vigilância sanitária que encontramos as bases legais e operacionais da vigilância em saúde do trabalhador (VASCONCELLOS, 2007).

No município de Aquidauana - MS

O município de Aquidauana, está distante 136 Km da capital Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul. Está contida na Faixa de Fronteira com o Paraguai. É um município com 45.623 habitantes, segundo IBGE 2010.

Quadro 01- Municípios Pactuados – Microrregião de Aquidauana

QT	Município	Habitantes
1.	Aquidauana	45.623
2.	Anastácio	23.846
3.	Nioaque	14.396
4.	Miranda	25.615
5.	Bodoquena	7.986
6.	Dois Irmãos do Buriti	10.362
Total de 06 Municípios		127.828

Fonte: IBGE, 2010

O estado de Mato Grosso do Sul é dividido em três macrorregiões (municípios Polo – Campo Grande, Dourados e Três Lagoas) e seis microrregiões (municípios Aquidauana, Corumbá, Jardim, Pontaporã, Porto Murtinho e Coxim).

O município é sede da microrregião que atende Bodoquena, Miranda, Anastácio, Nioaque e Dois Irmãos do Buriti (QUADRO 01).

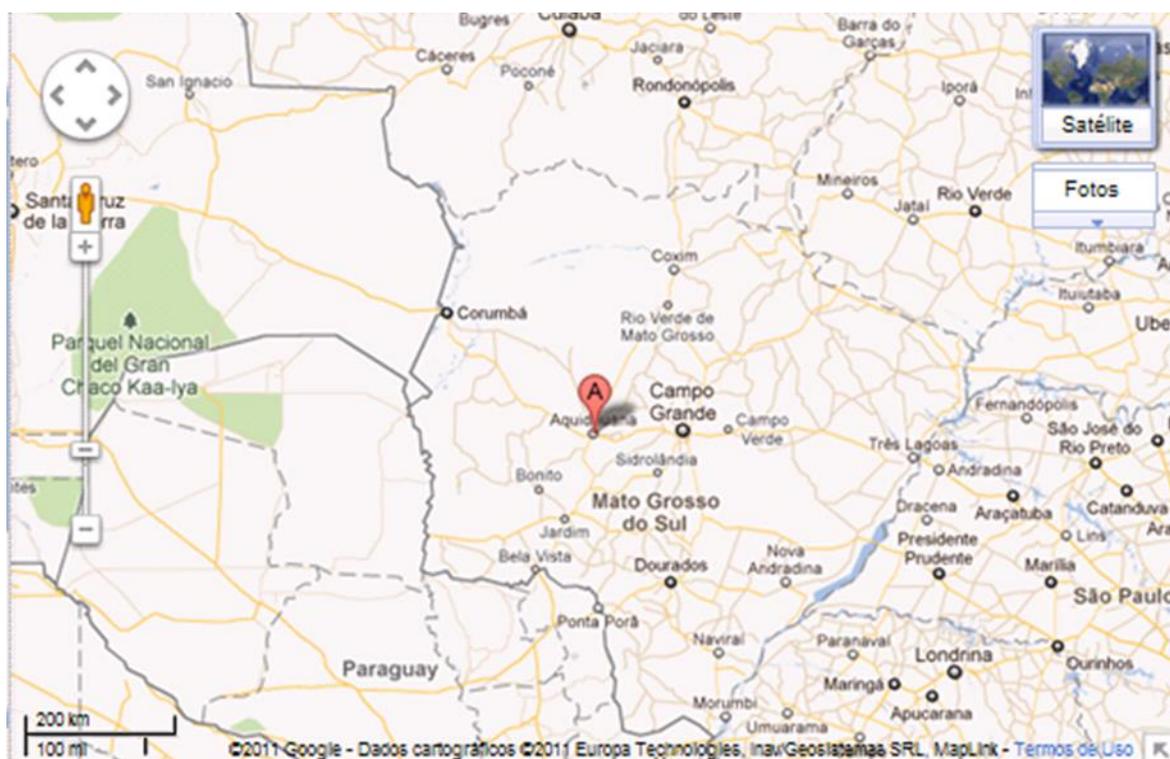


Figura 01- Mapa - Localização Geográfica do município Polo Aquidauana e suas microrregiões.
Fonte: Google

A Lei Orgânica Complementar de Nº 011, 09 de janeiro de 2009, do município de Aquidauana, inseriu dentro do fluxograma organizacional da gerência de saúde, o setor Saúde do Trabalhador.

Essa mesma legislação define como atribuição da Gerência de Saúde executar os serviços de vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador e colaboração na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana.

O código Sanitário do município de Aquidauana, já em fase de aprovação, será um instrumento importante para as ações de vigilância. Ele só começou a ser discutido a partir da implantação do serviço de Saúde do Trabalhador, que ao solicitar o referido código foi verificado que o mesmo não havia no município. O

código tem como proposição definir as ações de vigilâncias: sanitária, ambiental, epidemiológica e saúde do trabalhador.

O município, assim como o Estado de Mato Grosso do Sul, utiliza os sistemas de informações SINAN-NET do Ministério da Saúde e CAT da Previdência Social.

2.8. REDE SENTINELA NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Com o objetivo de produzir, sistematizar, analisar e disseminar informações em Saúde do Trabalhador, a RENAST prevê a organização da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador.

O termo “sentinela” é usado para determinar serviços assistenciais de média e alta complexidade já instalados, e qualificados para garantir a geração de informação para tornar viável a vigilância em saúde. Assim, a Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) – QUADRO 02 - que são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e notificação que resultarão em ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador.

De acordo com a Portaria 777/GM o art. 2º da portaria cria 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.

Quadro 02- Unidades Sentinelas do município de Aquidauana conforme Protocolos de Notificação compulsória:

Item	Protocolo	Especialidades	Serviço
I	Acidente de Trabalho Fatal;	Pronto Socorro	Rede Sentinela
II	Acidentes de Trabalho com Mutilações;	Pronto Socorro	Rede Sentinela
III	Acidente com Exposição a Material Biológico;	Centro de Referência	Rede Sentinela
IV	Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;	Pronto Socorro	Rede Sentinela
V	Dermatoses Ocupacionais;	Centro Especialidade Médica/ Dermatologia	Rede Sentinela
VI	Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);	Pronto Socorro	Rede Sentinela
VII	Lesões por Esforços Repetitivos (LER),	Centro Especialidade	Rede Sentinela

	Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);	Médica/ Reabilitação	
VIII	Pneumoconioses;	Pneumologista.	Rede Sentinela
IX	Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;	Centro Especialidade Médica	Rede Sentinela
X	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;	Centro Especialidade Médica/Centro de Atenção Psico Social	Rede Sentinela
XI	Câncer Relacionado ao Trabalho.	Pneumologista	Rede Sentinela

Fonte: Programa Saúde do Trabalhador – Aquidauana – MS, 2011

Outras duas recomendações aos estados e municípios, que constam da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, merecem destaque: a revisão dos códigos de saúde, de forma a contemplar as ações em saúde dos trabalhadores; e a Instituição de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, criado no Município de Aquidauana através da Resolução Nº 22/2009, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com objetivo de assessorá-los na definição de políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador foi criada recentemente. Ainda disputa espaço com a Vigilância Ambiental e a Epidemiológica (que deteve todo o poder das Vigilâncias durante muitos anos) e para isso, deve possuir e praticar ativamente suas diretrizes e objetivos.

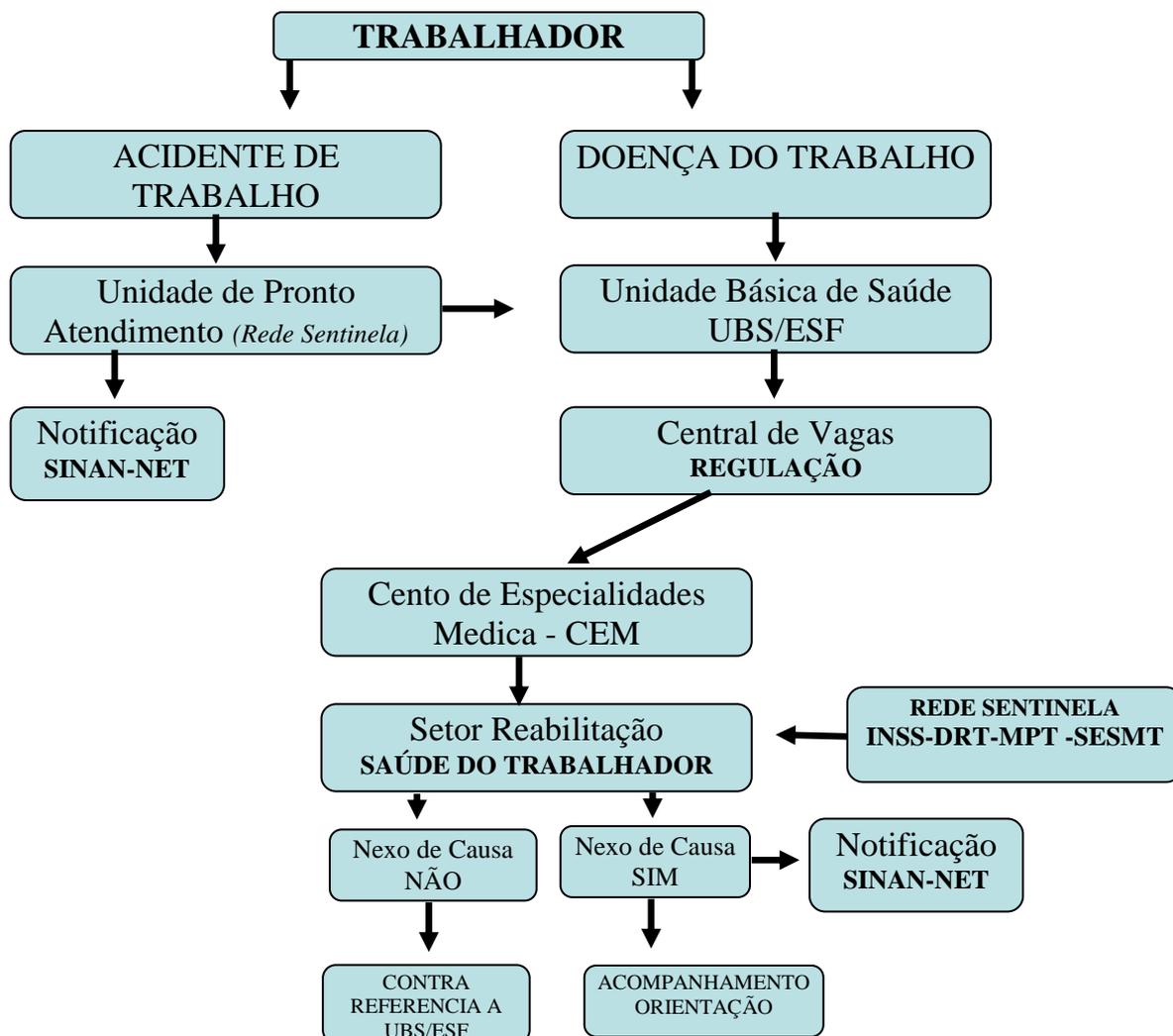


Figura 02 – Fluxograma de atendimento no Programa Saúde do Trabalhador no município de Aquidauana – MS. Fonte: Programa Saúde do Trabalhador – Aquidauana - MS

A Figura 02 demonstra o fluxograma que norteia a rede de atendimento do Programa Saúde do Trabalhador dentro do município. Abrange todos os níveis de complexidade de atendimento do município e onde o trabalhador receberá atendimento em caso de acidente ou doença do trabalho.

2.9. PROTOCOLO DE CONDUTAS ENVOLVENDO MATERIAL BIOLÓGICO

O objetivo do Protocolo é descrever os cuidados necessários para evitar a disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e dos vírus da hepatite B e C no ambiente de trabalho. São apresentados os procedimentos que devem ser

seguidos após exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado (ANEXO V).

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

É importante ressaltar que as medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes, enfatizando 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.

3. JUSTIFICATIVA

Segundo Fortin (1999), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve ter como base um problema que interesse e preocupe o investigador e que ao mesmo tempo tenha importância para o local a ser estudado.

A frequente ocorrência de acidentes de trabalho é constatada na prática diária, fato que demanda estudos dos fatores relacionados a esses eventos e que culminem em mudanças que ofereçam condições aos profissionais diminuindo os acidentes, tendo em vista que estes trabalhadores necessitam desempenhar suas funções com os riscos presentes nas instituições.

O trabalhador em saúde, desempenha sua função sob riscos biológicos, de acidentes com materiais perfurocortantes, sangue, secreções, riscos químicos com material utilizado para tratamento e diagnóstico, risco radiológico nos serviços de radioimagem, riscos físicos e ergonômicos com transporte de pacientes, roupas, dentre outros.

Além de problemas para o trabalhador, o acidente de trabalho gera custos para empresa que vão desde os exames pós acidente, à consulta com profissional médico, terapêutica medicamentosa quando necessário, horas extras para outro profissional, e caso o acidentado se afaste, custo previdenciários. Portanto, o acidente de trabalho gera transtornos tanto para o trabalhador, sua família e a empresa onde desempenha sua função.

No ano de 2009, no município de Aquidauana, foi realizado um levantamento dos acidentes notificados, pelo sistema CAT e/ou SINAN-NET da instituição hospitalar, Hospital Regional “Drº Estácio Muniz”, de médio porte, média complexidade, com 93 leitos totais, sendo 83 para atendimento SUS e 10 convênios e particulares. O objetivo foi investigar os fatores determinantes da ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes e fluidos corpóreos em um hospital geral de médio porte e média complexidade em Aquidauana – MS, além de identificar a população hospitalar que mais se acidentou (sexo, local de trabalho, período do dia, atividade profissional, natureza do acidente e região do corpo mais acometida) e servir como embasamento para viabilidade desse estudo para contemplar todas as Instituições de Saúde que atendiam o SUS. Fizeram parte desse estudo: 13 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) – que não foram divididos por categoria; 03 profissionais de higienização; 01 profissional da

lavanderia e 03 profissionais médicos. Da amostra, 95% tiveram exposição percutânea, e 5% exposição de mucosa ocular. Em primeiro lugar com 50% dos casos de ocorrência, ficou o setor de Urgência e Emergência, seguido pelo Centro Cirúrgico com 20%, a Maternidade e UTI, cada uma com 10% e a DIP (Doenças Infecciosas e Parasitárias) e a Pediatria, cada uma com 5%.

Sendo uma instituição que funciona 24 horas, foi analisado o período de plantão com maior índice de acidentes, sendo a equipe do Plantão Noturno a com maior prevalência dos casos (45%), onde foram analisados sobrecarga de plantão, privação de sono, dupla jornada e redução do número de trabalhadores pela empresa. A região do corpo mais atingida em 95% dos casos foram as mãos e 5% os olhos. Na análise do sexo, temos 80% dos acidentes no sexo feminino, o que se deve principalmente ao fato da enfermagem ter a maioria dos seus trabalhadores do sexo feminino e o setor de higienização conta com 100% de mulheres. A equipe de enfermagem foi a mais acometida pelos acidentes, representando 65% dos casos, seguida de 15% da equipe de higienização e 15% da equipe médica (porém, o maior índice de subnotificação foi nessa equipe) e 05% na equipe da lavanderia, em virtude da equipe de enfermagem, esquecer material perfurocortante nos lençóis sujos. Esse estudo teve alguns vieses, por ter sido realizado análise com dados secundários, houve viés de subnotificação e de dados incompletos.

Apesar dos inúmeros estudos sobre o comportamento dos profissionais de saúde, ainda não existe uma resposta clara que nos permita identificar os motivos pelos quais rotinas, aparentemente óbvias, não sejam seguidas. O que em primeiro momento pode aparecer óbvio, em análises mais profundas, revela aspecto extremamente complexos do comportamento humano, os quais têm sido objeto de pesquisa de diferentes áreas das ciências humanas (STARLING, 2001).

Diante da situação exposta, o presente estudo se faz relevante por usar dados primários colhidos do próprio trabalhador, onde haverá um mapeamento dos fatores que contribuíram para o evento do acidente de trabalho e propostas de intervenções serão traçadas com base teórica diante da realidade do estudo, privilegiando as ações de promoção, prevenção e proteção sobre as de reparação, contribuindo para a melhoria da saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores associados aos acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre as equipes assistenciais multiprofissionais dos Estabelecimentos de Saúde que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Aquidauana – Mato Grosso do Sul.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a prevalência dos acidentes com material biológico por equipes, segundo idade, sexo, categoria profissional, número de acidentes profissional, carga horária semanal e turno de trabalho;
- Avaliar a situação vacinal para hepatite B dos profissionais acidentados;
- Relacionar os fatores determinantes que contribuíram para a ocorrência do acidente;
- Avaliar a associação entre o ciclo vigília-sono e os acidentes de trabalho;
- Propor intervenções para melhoria da saúde do trabalhador em estabelecimentos de saúde.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com delineamento de inquérito populacional e abordagem quantitativa.

5.2. LOCAL DO ESTUDO

Realizado nas instituições de Atenção Básica e Média Complexidade, que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) por motivos de maior acessibilidade no município de Aquidauana – MS.

A complexidade dos locais de trabalho foram divididos em:

- Atenção Básica: 12 Unidades de Estratégia Saúde da Família, 02 Unidades Básicas de Saúde, 01 Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF I) e 01 Laboratório Municipal;
- Média Complexidade: 01 Centro de Especialidades Médicas, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Referência à Doenças Infecciosas, 01 Centro de Referência à Atenção Psicossocial e 01 Hospital de Pequeno Porte (HPP), filantrópico 80% dos atendimentos SUS e 20% entre convênios e particulares;
- Alto Nível de Densidade Tecnológica: 01 Hospital Regional filantrópico, com média e alta complexidades, referência para outros cinco municípios – Anastácio, Bodoquena, Dois Irmãos do Buriti, Miranda e Nioaque e uma das referências do Estado de Mato Grosso do Sul em Traumatologia e Ortopedia. 90% de atendimento SUS e 10% entre convênios e particulares.

O Hospital de Pequeno Porte (HPP) contém os serviços de ambulatório geral e de especialidades (cirúrgica e cardiológica), bem como os serviços de Clínica Geral, Clínica Cirúrgica e Psiquiatria.

O Hospital de médio porte oferece serviço de Urgência e Emergência, Diálise Peritoneal e Hemodiálise, Ambulatórios Especializados, Clínicas Médica, Cirúrgica, Nefrologia, Pediatria Clínica e Cirúrgica Ortopédica, Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias com especialidade em HIV/AIDS, Terapia Intensiva

Adulto, Maternidade e Unidade Intermediária Neonatal. A sua expressividade, fica a cargo do Setor de Traumatologia e Ortopedia, inclusive com realização de procedimentos de Alta Complexidade, como exemplo as Artroplastoses Totais de Quadril.

5.3. POPULAÇÃO

Para o estudo, a população era composta por 344 profissionais. Porém, houve 04 recusas (02 profissionais da equipe médica, 01 da equipe de enfermagem e 01 da equipe de lavanderia) e, a coleta de dados ocorreu com 340 sujeitos.

Critério de Inclusão: ser trabalhador assistencial do Sistema Único de Saúde, em qualquer nível de complexidade, com no mínimo 30 dias pós-admissão no serviço, independente do seu vínculo empregatício (Carteira Assinada – CLT, Estatutário ou Prestador de Serviço).

A distribuição por categorias profissionais e Estabelecimentos em Saúde, encontram-se nas figuras abaixo (FIGURAS 3 e 4):

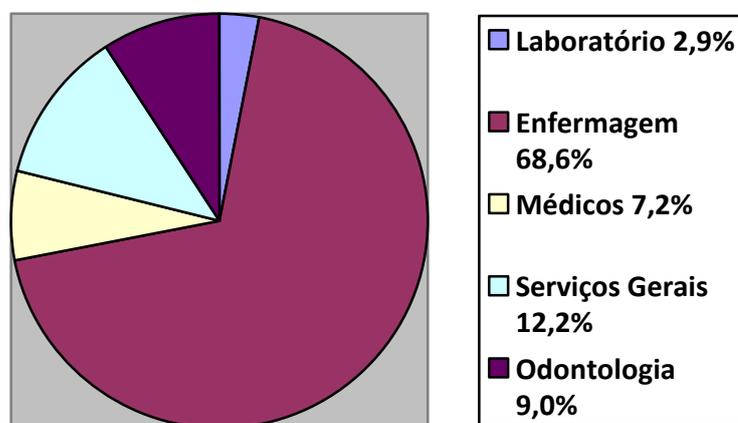


Figura 03 – Distribuição de Trabalhadores em categorias profissionais que atendem no Sistema Único de Saúde, no município de Aquidauana – MS. Fonte: Recursos Humanos das Instituições, 2011.

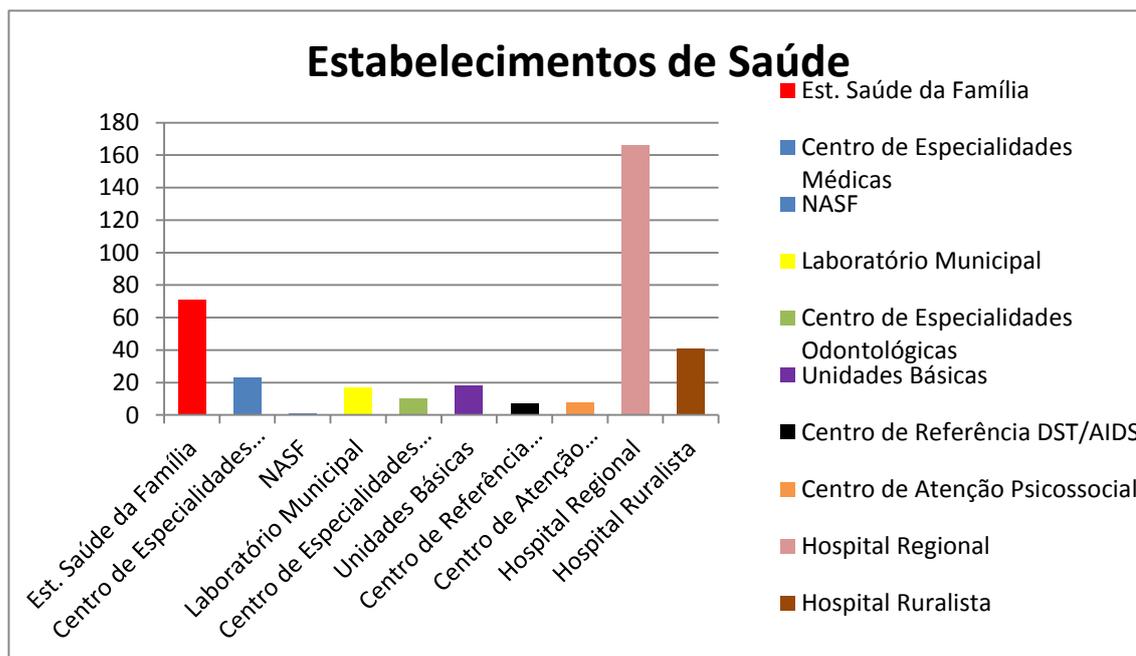


Figura 04 – Distribuição quantitativa de profissionais por Estabelecimentos de Saúde que atendem no Sistema Único de Saúde, no município de Aquidauana – MS. Fonte: Recursos Humanos das Instituições, 2011.

5.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II), onde o profissional respondeu o questionário, após aceite em participar do estudo. Posteriormente, em horários pré-agendados, foi realizado a entrevista, favorecendo a participação dos sujeitos elegíveis. O participante respondeu ao instrumento, em sala previamente destinada a esta etapa, favorecendo um ambiente sem interrupções, nem barulhos.

5.5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário semiestruturado (APÊNDICE III), adaptado da Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador, da pesquisa: “Acidentes de Trabalho”, da Pesquisadora Vilma Santana.

O instrumento foi composto pelos seguintes blocos:

a) Bloco 1 – Características sócio-demográficas

Estado civil, escolaridade, formação profissional, sexo, faixa etária, tempo de formação, de atuação na instituição e de atuação no setor.

b) Bloco 2 – Hábitos de vida

Hábito de beber e comportamento após a ingestão de bebida alcoólica.

c) Bloco 3 – História Ocupacional

Local de trabalho, carga horária diária e semanal, tipo de jornada, sobrecarga no trabalho, esforço físico. O item pausa para descansar durante o dia e o sub-bloco 04 (clima e segurança no local de trabalho) não foi utilizado por não ter relevância para o estudo neste momento. Atividade de trabalho perigosa e treinamento.

d) Bloco 4 – Padrões de sono

Para avaliação desse padrão, foi utilizado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), que avalia a qualidade do sono em relação ao último mês (ANEXO VI). A soma dos componentes determina a pontuação global do PSQI. Quanto maior o resultado, pior a qualidade do sono.

A avaliação realizada pelo PSQI teve o objetivo de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada, que discrimina as pessoas entre “bons e maus dormidores” e é clinicamente útil na avaliação de vários transtornos do sono que podem afetar a qualidade do sono.

O questionário consiste de 19 (dezenove) questões autorrespondidas que são agrupadas em 7 (sete) componentes, com valores distribuídos numa escala de 0 a 3. São eles:

Componente 1: Qualidade subjetiva do sono;

Componente 2: Latência do sono;

Componente 3: Duração do sono;

Componente 4: Eficiência habitual do sono;

Componente 5: Distúrbios do sono;

Componente 6: Uso de medicação para dormir;

Componente 7: Sonolência diurna e distúrbios durante o dia;

Soma dos componentes de 1 a 7 =pontuação global do PSQI. Esse escore global pode variar de 0 a 21, onde, quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono.

e) Bloco 5 – O acidente

Local de descarte de perfurocortante, reencape de agulha, informação sobre acidente de trabalho, conhecimento de documentos oficiais de notificação CAT e

SINAN-NET, acidente no último ano, material perfurocortante envolvido no acidente, procedimento que estava realizando no momento do acidente, período em que trabalhava no momento do acidente, quantas horas já havia trabalhado, uso de equipamento de proteção individual, atendimento médico, realização de exames laboratoriais, notificação, fatores que contribuíram para realização da notificação ou não, conhecimento do paciente fonte e uso de drogas antirretrovirais.

f) Bloco 6 – Esquema vacinal dos profissionais para Hepatite B e a realização do exame de anti-HBs

Esquema de vacina contra Hepatite B, o desenvolvimento de imunidade por vacina no profissional, a realização do exame Anti-HBs e o seu resultado.

Manual de Instruções: Para o instrumento de coleta de dados descrito acima, foi elaborado um manual de instrução, onde foi descrito os procedimentos da pesquisa e as alternativas para lidar com diferentes situações vivenciadas em campo. Foi dividido nos seguintes itens: papel do entrevistador na pesquisa, conduta do entrevistador, etapas da entrevista, orientações gerais e específicas dos questionários (APÊNDICE IV).

5.6. ESTUDO PILOTO

No período de 11 a 13 de janeiro foi realizado um Estudo Piloto com um número de 18 profissionais (correspondente a 5% dos elegíveis para o estudo principal). Os mesmos foram escolhidos aleatoriamente por sorteio, de forma que participasse 01 sujeito de cada Unidade de Saúde. Teve por objetivo avaliar as adaptações do instrumento, o método de coleta de dados, as técnicas de abordagem mais adequadas à população do estudo.

Obteve um resultado satisfatório com uma média de 30 minutos de entrevista sem dificuldades ao entrevistado em responder as questões.

Esses profissionais do Estudo Piloto não participaram do Estudo principal.

O Estudo Piloto não representou perdas para o estudo principal pois foi composto por um número pequeno de profissionais, onde participaram 06 trabalhadores da equipe de enfermagem e 03 trabalhadores de cada equipe restante (laboratório, serviços gerais, médica e odontologia).

5.7. TREINAMENTO DO ENTREVISTADORES

O Treinamento foi realizado para que os entrevistadores compreendessem e formulassem as perguntas do questionário de forma padronizada, podendo praticar o preenchimento dos questionários e registros de dados. Foram treinados três entrevistadores em uma Oficina realizada de 10 à 13 de janeiro de 2012 (Quadro 03).

Quadro 03 – Planejamento da Oficina		
Datas	Período	
	Matutino	Vespertino
10/01/12	Apresentação do Projeto, do Termo de Consentimento e do Formulário de Pesquisa.	Simulação de preenchimento do formulário entre os entrevistadores.
11/01/12, 12/01/12	Atividade prática – entrevistas.	Atividade prática – entrevistas.
13/01/12	Atividade prática – entrevistas.	Avaliação do questionário

5.8. VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.8.1. Variável dependente (Variável resposta)

Descrever e comparar grupos que sofreram acidentes ou não com material perfurocortante e exposição à material biológico no último ano.

5.8.2. Variáveis independentes (fatores de exposição)

- Estado civil, escolaridade, formação profissional, sexo, faixa etária, tempo de formação, de atuação na instituição e de atuação no setor.
- Hábito de beber e discussão após a bebida.
- Local de trabalho, carga horária diária e semanal, tipo de jornada, sobrecarga no trabalho, esforço físico. O item pausa para descansar durante o dia e o sub-bloco 04 (clima e segurança no local de trabalho) não foi utilizado por não ter relevância para o estudo neste momento. Atividade de trabalho perigosa e treinamento.
- Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir, sonolência diurna e distúrbios durante o dia;

- Local de descarte de perfurocortante, reencape de agulha, informação sobre acidente de trabalho, conhecimento de documentos oficiais de notificação CAT e SINAN-NET, acidente no último ano, material perfurocortante envolvido no acidente, procedimento que estava realizando no momento do acidente, período em que trabalhava no momento do acidente, quantas horas já havia trabalhado, uso de equipamento de proteção individual, atendimento médico, realização de exames laboratoriais, notificação, fatores que contribuíram para realização da notificação ou não, conhecimento do paciente fonte e uso de drogas antirretrovirais.
- Esquema de vacina contra Hepatite B, desenvolvimento de imunidade por vacina no profissional, realização do exame Anti-HBs e seu resultado.

5.9. REVISÃO, CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO

Todos os instrumentos preenchidos foram revisados pelo supervisor. Os dados foram digitados no programa para análises estatísticas *Statistical Products and Service Solutions* (SPSS), versão 13.0.

Foi realizada a conferência do banco de dados através da dupla digitação.

5.10. DIVULGAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

Este será divulgado no site da Gerência Municipal de Saúde e Saneamento do município e no Jornal de divulgação da cidade: O Pantaneiro.

Após conclusão do estudo, será escrito o Artigo Científico, e a devolução dos resultados para as pessoas envolvidas na pesquisa será através de Jornal Informativo da Segurança em Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde.

5.11. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), respeitando os princípios da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram submetidos inicialmente à estatística descritiva (distribuição de frequências, média e desvios-padrão). As variáveis analisadas foram:

Quadro 5 – Lista de variáveis analisadas estatisticamente

Variáveis	Categorias
Estado Civil	Solteiro; casado/consensual; divorciado/separado; viúvo.
Escolaridade	Analfabetos/ alfabetizados e 1º Grau; 2º Grau; Superior; Pós-Graduação.
Formação Profissional	Equipes de: laboratório, enfermagem, médica, serviços gerais/lavanderia e odontologia.
Sexo	Masculino; Feminino.
Faixa Etária	Faixas: 18-24 anos; 25-34 anos; 40-59 anos; igual maior 60 anos.
Tempo de Formação	1-11m; 1ano-menor 3anos; 3anos-menor 10 anos; maior igual 10 anos.
Tempo de atuação	1-11m; 1ano-menor 3anos; 3anos-menor 10 anos; maior igual 10 anos.
Tempo no setor	1-11m; 1ano-menor 3anos; 3anos-menor 10 anos; maior igual 10 anos.
Hábito de beber	0 não; 1 sim
Discussão após a bebida	0 não; 1 sim; 9 não sabe.
Local de trabalho	Atenção básica, especialidade, alto nível densidade tecnológica.
Escala de trabalho	5 dias; 6 dias; 7 dias em escala de plantão.
Carga horária de trabalho	8 horas; 12 horas escala; até 18 horas.
Jornada de trabalho	Turno fixo diurno; turno alternado, escala fixa; dupla jornada: 8h diurno+12h noturno; dupla jornada: 6h+6h diurno; turno fixo noturno.
Número de dias trabalhados	5 dias, 6 dias, 7 dias em escala de plantão.
Sobrecarga	Nunca/raramente; algumas vezes; frequentemente/sempre.
Esforço físico	Nunca/raramente; algumas vezes; frequentemente/sempre.
Atividade de trabalho perigosa	0 não; 1 sim; 9 não sabe.
Treinamento	Sim; Não.
Duração do sono	Maior 7h; 6-7h; 5-menor 6h; menor 5h.
Qualidade do sono	0, 1, 2, 3.
Latência de sono	0, 1, 2, 3.
Eficiência do sono	Maior 85%, 75-84%, 65-74%
Pontuação PSQI	Até 3, 4-6, 8-16.
Distúrbio de sono	0, 1, 2, 3
Sonolência excessiva	0, 1, 2, 3
Ingestão medicamento psicotrópico	Nenhuma vez; uma vez/semana; 2,3 ou mais vezes/semana.

Descarte de material perfurocortante	Caixa de perfurocortante; cesto de lixo do paciente.
Material do Acidente de Trabalho	Agulha com lúmen; material odontológico; lanceta/sutura; instrumental cirúrgico.
Procedimento realizado no momento do Acidente de Trabalho	Punção Venosa; manipulação de instrumentais; procedimentos cirúrgicos; descarte de materiais; reencape de agulha.
Reencape de agulha	Sempre/maioria das vezes; raramente/não reencapeo.
Conhecimento sobre os documentos de notificação	CAT (não, sim); SINAN-NET (não, sim).
Paciente fonte conhecido	0 não; 1 sim.
Notificação	Sim; não.
Documentos de notificação	CAT; CAT e SINAN; livro preto.
Uso de equipamento de proteção	0 não; 1 sim.
Uso de drogas antirretrovirais	0 não; 1 sim.
Doses de vacina contra Hepatite B	Não/não lembro; 1-2 doses; 3 doses; 4 ou mais doses.
Realizou exame anti-HBs	0 não; 1 sim; 2 não lembro; 3 não fiz.
Resposta anti-HBs	0 não reagente; 1 reagente; 2 não sei; 3 nunca fiz.

A categorização das variáveis foi agrupada e redividida de acordo com os objetivos da pesquisa. Os dados passaram por teste de normalidade (Teste de Shapiro-Wilk) para que fosse possível escolher os testes adequados para a análise estatística. As variáveis apresentaram distribuição normal e foram testadas através do (a):

- a) teste de associação do χ^2 com correção de Yates: a variável dependente acidente de trabalho no último mês foi categorizada em 0-não e 1-sim. Algumas variáveis foram divididas em tercis: dias trabalhados, horas trabalhados, esforço físico, documento de notificação, periodicidade em que ingere medicamento psicotrópico e realização do exame anti-HBs.
- b) regressão logística: finalizando, foi realizada a análise conjunta das variáveis independentes através da regressão logística múltipla estratificada para avaliar os fatores associados ao acidente de trabalho ocorrido no último ano. Na análise de regressão foi utilizado o método stepwise/forward-selection, para a modelagem estatística. Os estratos foram analisados na seguinte ordem: sócio-demográficas, estilos de vida, características do trabalho e relacionadas ao ciclo vigília-sono. As variáveis sexo, tempo de atuação e local de trabalho foram consideradas variáveis de controle, por serem, de acordo com a literatura, importantes

fatores que influenciam na análise dos acidentes de trabalho. A variável permaneceu no modelo sempre que fosse estatisticamente significativa.

Em todas as análises foi considerado o nível de significância $\alpha=5\%$.

Para as variáveis tempo na função, tempo de atuação e tempo no setor foi verificado alta correção entre elas, portanto, foi escolhida a variável tempo de atuação para permanecer no modelo.

Permanecendo tempo de atuação no modelo. A variável faixa etária demonstrou alta correlação com tempo de atuação. O mesmo foi verificado ao analisarmos dias trabalhados, jornada de trabalho e escala de trabalho, o que nos levou a optar pela variável escala de trabalho.

7. RESULTADOS

7.1. ANÁLISE DESCRITIVA:

7.1.1. Caracterização dos profissionais que responderam ao questionário

Tabela 01 – Frequência e porcentagem dos profissionais (n=340), por categoria profissional que responderam ao questionário.

Categoria Profissional	Número	%
Laboratório	10	2,9
Enfermagem	235	69,1
Médico	23	6,8
Serviços Gerais/ lavanderia	41	12,1
Odontologia	31	9,1
Total	340	100

Os integrantes da equipe multiprofissional assistencial foram agrupados em cinco categorias:

1. Laboratório: agrupados bioquímicos, biomédicos e técnicos em laboratório;
2. Enfermagem: agrupados auxiliares e técnicos em enfermagem e enfermeiros;
3. Médico: equipe médica;
4. Serviços Gerais e Lavanderia;
5. Odontologia: agrupados Auxiliares e técnicos em saúde bucal e odontólogos.

A equipe de Enfermagem representa o grupo ocupacional predominante nos Serviços em Saúde, e também o grupo de maior prevalência nos acidentes de trabalho (Tabela 02).

Tabela 02 – Frequência e porcentagem dos profissionais quanto ao acidente com material perfurocortante por categoria profissional

Categoria Profissional	Acidente com material perfurocortante		Total
	Não	Sim	
Laboratório	9 (4,92%)	1 (0,63%)	10 (2,94%)
Enfermagem	123 (67,21%)	112 (71,33%)	235 (69,11%)
Médico	12 (6,55%)	11 (7,00%)	23 (6,76%)
Serviços Gerais/ Lavanderia	18 (9,83%)	23 (14,64%)	41 (12,05%)
Odontologia	21 (11,47%)	10 (6,36%)	31 (9,11%)

Total	183 (100%)	157 (100%)	340 (100%)
--------------	-------------------	-------------------	-------------------

A equipe de enfermagem apresenta 71,33% dos acidentes de trabalho ocorridos no último ano, seguida pelas equipes de serviços gerais e lavanderia com 14,64% e médica com 7%.

Na equipe de Serviços Gerais, as queixas encontradas foram acidentes ocorridos por causa de materiais perfurocortantes nas lixeiras comuns dos pacientes e no chão dos setores.

Como fatores agravantes foram identificados: desvio de função (comum entre os setores Lavanderia e Serviços Gerais em virtude do nível de escolaridade exigido), turno e horário de trabalho (comum na equipe de enfermagem), qualificação para exercer as funções, tempo de experiência na função, ausência e/ou avarias nos EPIs utilizados, treinamento, entre outras.

7.1.2. Análise descritiva das variáveis por categoria profissional

Tabela 03 – Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis sócio demográficas e de estilo de vida

Variáveis	Categorias Profissionais										Total (n=340)	
	Laboratório (n=10)		Enfermagem (n=235)		Médico (n=23)		Serv. Gerais/ lavanderia (n=41)		Odontologia (n=31)		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Estado Civil												
solteiro	0		90	38,29	12	52,17	15	36,58	22	70,96	139	40,88
casado	9	90,00	114	48,51	11	47,82	20	48,78	9	29,03	163	47,94
divorciado	1	10,00	25	10,63	0		6	14,63	0		32	9,41
viúvo	0		6	2,55	0		0		0		6	1,76
Escolaridade												
Analfabeto/ Alfabetizado/ 1º Grau	0		7	2,97	0		29	70,73	4	12,90	40	11,76
2º Grau	5	50,00	171	72,76	0		12	29,26	10	32,25	198	58,23
Superior	2	20,00	25	10,63	23	100,00	0		17	54,83	67	19,70
Pós-Graduação	3	30,00	32	13,61	0		0		0		35	10,29
Sexo												
Feminino	7	70,00	183	77,87	9	39,13	36	87,80	23	74,19	258	75,88
masculino	3	30,00	52	22,12	14	60,86	5	12,19	8	25,80	82	24,11
Faixa Etária												
18-24 anos	0		30	12,76	0		5	12,19	8	25,80	43	12,64

25-39 anos	4	40,00	118	50,21	12	52,17	16	39,02	4	12,90	154	45,29
40-59 anos	6	60,00	87	37,02	10	43,47	20	48,78	19	61,29	142	41,76
60 anos e mais	0		0		1	4,34	0		0		1	0,29
Tempo de formação												
1 – 11 meses	0		22	0,93	4	17,39	5	12,19	9	29,03	40	11,76
1 ano – menor 3 anos	0		46	19,57	3	13,04	24	58,53	0		73	21,47
3 anos - menor 10 anos	2	20,00	99	42,12	5	21,73	3	7,31	16	51,61	125	36,76
10 anos e mais	8	80,00	68	28,93	11	47,82	9	21,95	6	19,35	102	30,00
Tempo de atuação												
1 – 11 meses	0		40	17,02	4	17,39	9	21,95	9	29,03	62	18,23
1 ano – menor 3 anos	0		49	20,85	3	13,04	23	56,09	3	9,67	78	22,94
3 anos- menor 10 anos	4	40,00	84	35,74	10	43,47	2	4,87	13	41,93	113	33,23
10 anos e mais	6	60,00	62	26,38	6	26,08	7	17,07	6	19,35	87	25,58
Tempo no setor												
1 – 11 meses	0		45	19,14	4	17,39	12	29,26	9	29,03	70	20,58
1 ano – menor 3 anos	0		52	22,12	3	13,04	20	48,78	3	9,67	78	22,94
3 anos- menor 10 anos	4	40,00	88	37,44	10	43,47	2	4,87	13	41,93	117	34,41
10 anos e mais	6	60,00	50	21,27	6	26,08	7	17,07	6	19,35	75	22,05
Hábito de beber												
Sim	8	80,00	135	57,44	23	100,00	20	48,78	20	64,51	206	60,58
não	2	20,00	100	42,55	0		21	51,21	11	35,48	134	39,41

Analisando as variáveis sócio demográficas e de estilo de vida por equipes, temos os resultados:

Laboratório: 90% são casados, 50% são técnicos com 2º grau de escolaridade, 70% da equipe é composta por mulheres, a faixa etária mais representativa é dos 40-59 anos 60%, tempo de formação de dez anos ou mais 60%, tempo de atuação e tempo no setor dez anos e mais 60% e 80% dos entrevistados dessa equipe afirmaram ter hábito de beber.

Enfermagem: 48,51% são casados, 72,76% são representados pelos técnicos com 2º grau, em sua maioria mulheres 77,87%, 50,21% estão na faixa etária de 25-39 anos, 42,12% tem um tempo de formação de três anos a menor de dez anos, o tempo de atuação e o tempo no setor também são mais representativos nessa faixa

etária com 35,74% e 37,44% respectivamente. Em sua maioria 57,44% referiram ter hábito de beber.

Médico: 52,17% são solteiros, 100% possuem o nível superior, 60,86% são do sexo masculino, 52,17% estão na faixa etária de 25-39 anos, 21,73% tem um tempo de formação de 3 anos a menor de 10 anos, o tempo de atuação e tempo no setor correspondem de três anos a menor de dez anos 43,47%, 100% tem o hábito de beber.

Serviços Gerais/ lavanderia: 48,78% são casados, 70,73% são alfabetizados ou tem o 1º grau, 87,80% são mulheres, 48,78% estão na faixa etária de 40-59 anos, o tempo de formação é prático referido pelas mesmas e se assemelha ao tempo de atuação e tempo no setor com 41,93% de três anos a menor de dez anos. Quanto ao hábito de beber, 51,21% referem não ter o hábito.

Odontologia: 70,96% são solteiros, 54,83% possuem o nível superior, 74,19% são do sexo feminino, 61,29% estão na faixa etária de 40-59 anos, com 51,61% com tempo de formação de três anos a menor de dez anos e tempo de atuação e tempo no setor de três anos a menor de dez anos com 41,93%. 64,51% referiram possuir hábito de beber.

Tabela 04 – Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis características do trabalho

Variáveis	Categorias Profissionais										Total (n=340)	
	Laboratório (n=10)		Enfermagem (n=235)		Médico (n=23)		Serv. Gerais/ lavanderia (n=41)		Odontologia (n=31)			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Local de trabalho												
Atenção básica	0		70	29,78	2	100,0	20	48,78	26	83,87	139	40,88
Especialidade	8	80,00	12	5,10	0		0		5	16,12	25	7,35
Alto nível tecnológico	2	20,00	153	65,10	0		21	51,21	0		176	51,76
Jornada de trabalho												
Turno fixo diurno	8	80,00	114	48,51	5	21,73	28	68,29	26	83,87	181	53,23
Turno alternado escala fixa	0		16	6,80	0		5	12,19	0		21	6,17
Dupla jornada 8h diurno mais 12h noturno	0		52	22,12	1	60,83	6	14,63	5	16,12	77	22,64

Dupla jornada 12h, sete dias diurno	2	20,00	30	12,76	4	17,39	0		0	36	10,58	
Turno fixo noturno	0		23	9,78	0		2	4,87	0	25	7,35	
Carga horária de trabalho												
08 horas	6	60,00	67	28,51	0		20	48,78	23	74,19	116	34,11
12 horas escala	3	30,00	103	43,82	5	21,73	15	36,58	3	9,67	129	37,94
Até 18 horas	1	10,00	65	27,65	1	78,26	6	14,63	5	16,12	95	27,94
Escala de trabalho												
5 dias por semana	5	50,00	71	30,21	0		18	43,90	26	83,87	120	35,29
6 dias por semana	3	30,00	82	34,89	5	21,73	20	4,87	0		110	32,35
7 dias em escala de plantão	2	20,00	82	34,89	1	78,26	3	7,31	5	16,12	110	32,35
Sobrecarga												
Nunca/raramente	1	10,00	99	42,12	0		16	39,02	18	58,06	134	39,41
Algumas vezes	9	90,00	111	47,23	1	78,26	25	60,97	13	41,93	176	51,76
Frequentemente/sempre	0		25	10,63	5	21,73	0		0		30	8,82
Esforço físico												
Nunca/raramente	8	80,00	75	31,91	7	30,43	2	4,87	15	48,38	107	31,47
Algumas vezes	2	20,00	138	58,72	1	69,53	21	51,21	11	35,48	188	55,29
Frequentemente/sempre	0		22	9,36	0		18	43,90	5	16,12	45	13,23
Atividade de trabalho perigosa												
Não	1	10,00	24	10,21	0		3	7,31	4	12,90	32	9,41
sim	9	90,00	211	89,78	2	100,0	38	92,68	27	87,09	308	90,58
Treinamento em serviço												
Não	2	20,00	48	20,42	1	60,86	17	41,46	10	32,25	91	26,76
sim	8	80,00	187	79,57	9	39,13	24	58,53	21	67,74	249	73,23

Analisando as variáveis características do trabalho, por equipes, temos os resultados:

Laboratório: 80% dos trabalhadores estão concentrados na especialidade e trabalham em turno fixo diurno. 60% faz uma carga horária diária de 08 horas. 50% trabalha 5 dias por semana. 90% referem sobrecarga de trabalho com acúmulo de funções e exames. Quanto ao esforço físico 80% refere nunca ou raramente. 90%

considera a sua atividade de trabalho perigosa e 80% afirmam ter recebido treinamento em serviço.

Enfermagem: 65,10% trabalham no alto nível tecnológico (hospitais). 60,83 referem uma jornada de trabalho de 8 horas diurno e plantão de 12 horas noturno. 43,82% referem uma média de 12 horas trabalhadas por dia e 38,89% referem trabalhar em escala de seis ou sete dias por semana. 47,23% referem uma sobrecarga de trabalho algumas vezes e 58,72% esforço físico. 89,78% consideram sua atividade de trabalho perigosa e 79,57% afirmam ter recebido treinamento em serviço.

Médico: 100% responderam como atividade a atenção básica (apesar de alguns realizarem plantão no alto nível tecnológico), fato confirmado com 60,83% que refere dupla jornada 8 horas diurno e plantão noturno 12 horas. 78,26% refere uma carga horária diária de até 18 horas e 78,26% referem escala de trabalho durante sete dias da semana. 78,26% referem sobrecarga nos plantões com destaque ao serviço de urgência e emergência, 69,53% refere esforço físico algumas vezes. 100% reconhece sua atividade de trabalho perigosa e 60,86% refere não ter recebido nenhum treinamento em serviço.

Serviços Gerais/lavanderia: 51,21% trabalham no alto nível tecnológico, 68,29% tem uma jornada de trabalho com turno fixo diurno, 48,78% uma carga horária diária de 08 horas, 43,90% refere trabalhar 05 dias da semana, 60,97% refere sobrecarga algumas vezes e 51,21% esforço físico algumas vezes, 92,68% consideram sua atividade de trabalho perigosa e 58,53% referiram ter recebido treinamento em serviço.

Odontologia: 83,87% trabalham na atenção básica no turno fixo diurno (83,87%), carga horária diária de 08 horas (74,19%) e 05 dias por semana (83,87%). 58,06% referem nunca ou raramente se sentir sobrecarregados e 48,38% referiram nunca ou raramente esforço físico no trabalho. 87,09 consideram sua atividade de trabalho perigosa e 67,74% receberam treinamento em serviço.

Tabela 05 – Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis ciclo vigília sono

Variáveis	Categorias Profissionais	Total
-----------	--------------------------	-------

	Laboratório (n=10)		Enfermagem (n=235)		Médico (n=23)		Serv. Gerais/ lavanderia (n=41)		Odontologia (n=31)		(n=340)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Duração do sono												
Maior 07 horas	5	50,00	66	28,10	0		0		7	22,60	78	22,90
06-07 horas	1	10,00	112	47,70	19	82,60	12	29,30	19	61,30	163	47,90
05-menor 06 horas	4	40,00	40	17,00	4	17,40	21	51,20	0		69	20,30
Menor 05 horas	0		17	7,20	0		8	19,50	5	16,10	30	8,80
Qualidade subjetiva do sono												
Muito boa	2	20,00	55	23,40	0		0		13	41,90	70	20,60
boa	4	40,00	137	58,30	19	82,60	24	58,50	9	29,00	193	56,80
ruim	4	40,00	43	18,30	4	17,40	17	41,50	9	29,00	77	22,60
Latencia do sono												
0	2	20,00	86	36,60	9	39,10	0		8	25,80	105	30,90
1-2	4	40,00	62	26,40	0		19	46,30	11	35,50	96	28,20
3-4	0		60	25,50	14	60,90	17	41,50	3	9,70	94	27,60
5-6	4	40,00	27	11,50	0		5	12,20	9	29,00	45	13,20
Eficiência do sono												
Maior 85%	6	60,00	145	61,70	9	39,10	6	14,60	10	32,30	176	51,80
75-84%	0		66	28,10	10	43,50	30	73,20	12	38,70	118	34,70
65-74%	4	40,00	20	8,50	4	17,40	5	12,20	4	12,90	37	10,90
Menor 65%	0		4	1,70	0		0		5	16,10	9	2,60
Distúrbio do sono												
0	0		9	3,80	5	21,70	0		5	16,10	19	5,60
1-9	10	100,00	162	68,90	18	78,30	13	31,70	21	67,70	224	65,90
10-18	0		59	25,10	0	0,00	28	68,30	5	16,10	92	27,10
19-27	0		5	2,10	0	0,00	0		0		5	1,50
Sonolência excessiva												
0	2	20,00	45	19,10	5	21,70	10	24,40	22	71,00	84	24,70
1-2	8	80,00	133	56,60	18	78,30	20	48,80	4	12,90	183	53,80
3-4	0		51	21,70	0		11	26,80	5	16,10	67	19,70
5-6	0		6	2,60	0		0		0		6	1,80
Ingestão medicamento psicotrópico												
Nenhuma vez	5	50,00	202	86,00	23	100,00	35	85,40	27	87,10	292	85,90
01 vez por semana	1	10,00	0		0		0		0		1	0,30
02 vezes por semana	3	30,00	26	11,10	0		4	9,80	4	12,90	37	10,90
03 vezes por semana ou mais	1	10,00	7	3,00	0		2	4,90	0		10	2,90

Analisando as variáveis do ciclo vigília sono, por equipes, temos os resultados:

Laboratório: 50% referem ter duração do sono maior que 07 horas, quanto a qualidade subjetiva 40% consideram boa e 40% ruim. A latência para o sono tem 40% na representatividade tanto de 1-2 como de 5-6. 60% apresentam eficiência do sono maior que 85%. Na classificação distúrbio do sono, 100% estão com a pontuação 1-9. 80% apresentam pontuação 1-2 na sonolência excessiva e 50% refere não fazer uso de medicamento psicotrópico.

Enfermagem: 47,7% tem duração do sono de 6-7 horas. 58,3% consideram sua qualidade subjetiva do sono como boa. 36,6% apresentam uma latência 0. 61,7% uma eficiência do sono maior que 85%. 68,9% estão na escala de 1-9 no distúrbio do sono e 56,6% na escala de 1-2 de sonolência excessiva. 86% referem não fazer uso de medicamento psicotrópico.

Médico: 82,6% tem duração do sono de 6-7 horas. 82,6% referem uma qualidade do sono boa, 43,5% tem uma eficiência do sono entre 75-84%. Na escala distúrbio do sono está na faixa entre 1-9 (78,3%), na sonolência excessiva 78,3% estão na faixa entre 1-2. 100% referem não fazer uso de medicamento psicotrópico.

Serviços gerais/lavanderia: 51,2% referem uma duração média de sono entre 5 e 6 horas. 58,5% referem boa qualidade do sono. 46,3% estão na faixa de 1-2 da latência do sono. 73,2% apresentam uma eficiência do sono entre 75 e 84%. 68,3% apresentam distúrbio do sono na faixa entre 10-18. 48,8% estão na faixa de 1-2 na sonolência excessiva. 85,4% referem não ingerir medicamento psicotrópico.

Odontologia: 61,3% tem duração do sono entre 6-7 horas. 41,9% referem uma qualidade do sono muito boa. 38,7% tem uma eficiência do sono de 75-84%. 67,7% estão na escala entre 1-9 no distúrbio do sono e 71% apresentam sonolência excessiva 0. 87,1% referem não fazer uso de medicamento psicotrópico.

Tabela 06 – Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis que apresentam riscos para o acidente de trabalho

Variáveis	Categorias Profissionais										Total (n=340)	
	Laboratório (n=10)		Enfermagem (n=235)		Médico (n=23)		Serv. Gerais/ lavanderia (n=41)		Odontologia (n=31)			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%

Descarte material perfurocortante

Caixa perfurocortante	10	100,00	230	97,90	23	100,00	29	70,70	26	83,90	318	93,50
Cesto de lixo do paciente			5	2,10	0		12	29,30	5	16,10	22	6,50
Reencape de agulha												
Sempre/maioria das vezes	1	10,00	58	24,70	15	65,20	7	17,10	19	61,30	100	29,40
Raramente/não reencapo	9	90,00	177	75,30	8	34,80	34	82,90	12	38,70	240	70,40
Informações sobre acidente de trabalho												
Vida profissional	10	100,00	194	82,60	23	100,00	15	36,60	26	83,90	268	78,80
Pelo supervisor ou colega de trabalho	0		24	10,20	0		7	17,10	0		31	9,10
Quando sofreu um acidente de trabalho	0		10	4,30	0		0		5	16,10	15	4,40
Nunca foi informado	0		7	3,00	0		19	46,30	0		26	7,60

Analisando as variáveis que apresentam riscos para o acidente de trabalho, por equipes, temos os resultados:

Laboratório: 100% realizam o descarte de material em local correto, a caixa perfurocortante. 90% referem raramente ou não reencapar agulha. 100% referem ter recebido informações sobre acidente de trabalho na vida profissional.

Enfermagem: 97,9% realizam o descarte de material em local correto, porém, ainda encontramos 2,1% que descartam em local incorreto como o cesto de lixo do paciente. 75,3% referem raramente ou não reencapar agulha. 82,6% referem ter recebido informações sobre acidente de trabalho na vida profissional.

Médico: 100% realizam o descarte de material em local correto, a caixa perfurocortante. 65,2% referem sempre e na maioria das vezes reencapar agulha. 100% referem ter recebido informações sobre acidente de trabalho na vida profissional.

Serviços gerais/lavanderia: 70,7% realizam o descarte de material em local correto, a caixa perfurocortante. 82,9% referem raramente ou não reencapar agulha. 46,3% referem nunca ter sido informado sobre acidente de trabalho.

Odontologia: 83,9% realizam o descarte de material em local correto, a caixa perfurocortante. 61,3% refere sempre e na maioria das vezes reencapar agulha. 83,9% referem ter recebido informações sobre acidente de trabalho na vida profissional.

Tabela 07 – Frequência e porcentagem por categoria profissional acidentada das variáveis relacionadas ao acidente

Variáveis	Categorias Profissionais										Total (n=340)	
	Laboratório (n=10)		Enfermagem (n=235)		Médico (n=23)		Serv. Gerais/ lavanderia (n=41)		Odontologia (n=31)			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Material relacionado ao acidente												
Agulha com lúmen	1	100,00	97	86,60	6	54,50	18	78,20	0		122	77,70
Material odontológico	0		2	1,70	0		0		10	100,00	12	7,60
Lanceta	0		5	4,40	0		0		0		5	3,10
Instrumental cirúrgico	0		8	7,10	5	45,40	5	21,70	0		18	11,40
Procedimento realizado no momento do acidente												
Punção venosa	1	100,00	54	48,20	0		0		0		55	35,00
Manipulação de instrumentais cirúrgicos	0		5	4,40	1	9,00	0		0		6	3,80
Procedimentos cirúrgicos	0		3	2,60	10	90,90	0		8	80,00	21	13,30
Descarte de materiais	0		29	25,80	0		18	78,20	0		47	29,90
Reencape de agulha	0		21	18,70	0		5	21,70	2	20,00	28	17,80
Exames realizados												
Não	0		12	10,70	10	90,90	9	39,10	1	10,00	32	20,30
Sim	1	100,00	96	85,70	1	9,00	8	34,70	9	90,00	115	73,20
Fonte desconhecida	0		4	3,50	0		6	26,00	0		10	6,30
Notificação												
Não	0		28	25,00	11	100,00	9	39,10	0		48	30,50
Sim-CAT	1	100,00	52	46,40	0		2	8,60	10	100,00	65	41,40
CAT e SINAN	0		22	19,60	0		3	13,00	0		25	15,90
Livro preto	0		10	8,90	0		9	39,10	0		19	12,10
Uso de drogas antiretrovirais												
Não	1	100,00	107	95,50	11	100,00	18	78,20	10	100,00	147	93,60
Sim	0		5	4,40	0		5	21,70	0		10	6,30

Analisando as variáveis relacionadas ao acidente, por equipes, temos os resultados:

Laboratório: 100% dos profissionais se acidentaram com agulha com lúmen, durante o procedimento de punção venosa. 100% realizaram os exames

laboratoriais e notificaram no Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT). 100% não fez uso de drogas antirretrovirais.

Enfermagem: 86,60% se acidentaram com agulha com lúmen, 48,21% durante o procedimento de punção venosa seguido de 25,89% que se acidentaram no descarte de materiais. 85,71% realizaram os exames laboratoriais preconizados. 46,42% realizaram notificação no Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) e 95,53% não fizeram uso de medicamentos antirretrovirais.

Médico: 54,54% se acidentaram com agulha com lúmen seguidos de 45,45% com instrumental cirúrgico. 90,90% dos acidentes ocorreram durante procedimentos cirúrgicos. 90,9% não realizaram os exames laboratoriais. 100% não notificou e 100% não fez uso de medicamentos antirretrovirais.

Serviços gerais/lavanderia: 78,26% se acidentaram com agulha com lúmen no descarte de materiais (escalpes no chão, perfurocortantes nos lençóis e no lixo comum). 39,13% não realizaram exames laboratoriais e não realizaram notificação. 78,26% não fizeram uso de medicamentos antirretrovirais.

Odontologia: 100% dos acidentes foram com material odontológico. 80% durante ou após procedimentos cirúrgicos. 90% realizaram exames laboratoriais. 100% fizeram notificação no Comunicado de Acidente de Trabalho e 100% não fizeram uso de drogas antirretrovirais.

Tabela 08 – Frequência e porcentagem por categoria profissional das variáveis relacionadas à vacina contra hepatite B e a realização do exame anti HBs

Variáveis	Categorias Profissionais										Total (n=340)	
	Laboratório (n=10)		Enfermagem (n=235)		Médico (n=23)		Serv. Gerais/lavanderia (n=41)		Odontologia (n=31)		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Vacinado contra hepatite B												
Não/não lembro	0		32	13,60	10	43,40	20	48,70	4	12,90	66	19,40
1-2 doses	0		24	10,20	0		15	36,50	4	12,90	43	12,60
3 doses	10	100,00	166	70,60	13	56,50	6	14,60	23	74,20	218	64,10
4 ou mais doses	0		13	5,53	0		0		0		13	3,80
Realizou exame anti HBs												
Não	1	10,00	79	33,60	5	21,70	25	61,00	17	54,80	127	37,40
Sim	9	90,00	108	46,00	6	26,10	8	19,50	10	32,30	141	41,50
Não lembro	0		48	20,40	12	52,20	8	19,50	4	12,90	72	21,20
Resultado exame anti HBs												
Não reagente	0		38	16,20	5	21,70	5	12,20	5	16,10	53	15,60

Reagente	8	80,00	52	22,10	1	4,30	3	7,30	2	6,50	66	19,40
Não sei	1	10,00	70	29,80	7	30,40	6	14,60	7	22,60	91	26,80
Nunca fiz	1	10,00	75	31,90	10	43,50	27	65,90	17	54,80	130	38,20

Analisando as variáveis relacionadas à vacina contra hepatite B e a realização do exame anti HBs, por equipes, temos os resultados:

Laboratório: 100% tomaram 3 doses da vacina contra hepatite B. 90% realizaram o exame anti HBs e 80% tiveram resultado reagente.

Enfermagem: 70,6% tomaram 3 doses da vacina contra hepatite B. 46% realizaram o exame anti HBs, porém 29,8% não sabem o resultado.

Serviços gerais/lavanderia: 56,5% tomaram 3 doses da vacina. 52,2% não se lembram de ter realizado o exame.

Odontologia: 74,2% tomaram 3 doses da vacina. 54,8% não realizaram o exame anti HBs.

7.2. ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

7.2.1. Fatores independentes associados ao acidente de trabalho

Fatores associados ao acidente de trabalho no último ano: dos 340 trabalhadores, 46,2% relataram ter se acidentado no último ano. As variáveis que estavam associadas ao acidente de trabalho foram:

Sócio-demográficas e estilo de vida: faixa etária ($p<0,01$), estado civil ($p<0,01$), hábito de beber ($p<0,01$), discutir após beber ($p<0,01$), escolaridade ($p<0,01$), formação ($p=0,05$), tempo de formação ($p<0,01$) e tempo de atuação ($p<0,01$) (Tabela 09).

Características do trabalho: local de trabalho ($p<0,01$), tempo no setor ($p<0,01$), número de dias que trabalha ($p<0,01$), jornada de trabalho ($p<0,01$), escala de trabalho ($p<0,01$), sobrecarga no trabalho ($p<0,01$) e esforço físico ($p<0,01$) (Tabela 10).

Ciclo vigília-sono: Qualidade do sono ($p<0,01$), latência do sono ($p<0,01$), duração de sono ($p<0,01$), eficiência do sono ($p<0,01$), distúrbio de sono ($p<0,01$), medicamento para dormir ($p<0,01$), sonolência excessiva ($p<0,01$) e escore total do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) ($p<0,01$) (Tabela 11).

Tabela 09 – Análise univariada das variáveis sócio-demográficas e de estilo de vida

Variável	Categoria	Acidente de Trabalho		χ^2	P	OR _b	IC _{95%}	P (cat)	
		Não (N%)	Sim (N%)						
Faixas Etárias	18-24 anos	33 (76,7)	10 (23,3)	14,07	0,001	1,00	0,11-0,53	0,001	
	25-39 anos	86 (55,8)	68 (44,2)			1,40		0,000	
	40-59 anos	64 (44,8)	79 (55,2)			0,44		0,057	
Estado Civil	solteiro	88 (60,7)	57 (39,3)	10,97	0,004	1,00	0,65-3,81	0,008	
	casado/consensual	73 (44,8)	90 (55,2)			0,45		0,305	
	divorciado/separado	22 (68,8)	10 (31,2)			1,08		0,015	
Hábito de Beber	sim	144 (59,8)	97 (40,2)	11,70	0,001	0,49	0,31-0,76	0,002	
	não	39 (39,4)	60 (60,6)			1,00			
Discussão após a bebida	não	134 (63,5)	77 (36,5)	12,21	0,000	1,00	0,14-0,60	0,001	
	sim	14 (35,0)	27 (65,9)			0,29			
Escolaridade	analfabeto/alfabetizado/1º Grau	14 (60,7)	26 (65,0)	12,08	0,007	1,00	1,54-10,63	0,009	
	2º Grau	102 (51,5)	96 (48,5)			1,39		0,004	
	superior	43 (64,2)	24 (35,8)			0,72		0,066	
	pós graduação	24 (68,6)	11 (31,4)			0,19		0,658	
Categoria profissional	laboratório	09 (90,0)	01 (10,0)	9,53	0,049	1,00	0,26-2,10	0,096	
	enfermagem	123 (52,3)	112 (47,7)			1,45		0,195	
	médico	12 (52,2)	11 (47,8)			0,64		0,110	
	serviços gerais/lavanderia	18 (43,9)	23 (56,1)			0,65		0,248	
	odontologia	21 (67,7)	10 (32,3)			0,98		0,047	
Tempo de Formação	1-11 meses	25 (62,5)	15 (37,5)	33,10	0,000	1,00	0,12-0,56	0,000	
	1 - menor 3 anos	50 (68,5)	23 (31,5)			1,34		0,001	
	3 - menor 10 anos	77 (61,6)	48 (38,4)			1,60		0,000	
	Igual ou maior 10 anos	31 (30,4)	71 (69,6)			1,30		0,000	
Tempo de Atuação	1-11 meses	41 (66,1)	21 (33,9)	42,61	0,000	1,00	0,07-0,33	0,000	
	1 - menor 3 anos	46 (59,0)	32 (41,0)			1,81			
	3 - menor 10 anos	75 (66,4)	38 (33,6)			1,50			0,11-0,43
	Igual ou maior 10 anos	21 (24,1)	66 (75,9)			1,82			0,08-0,30
Total		183 (100,0)	157 (100,0)						

Tabela 10 – Análise univariada das variáveis características do trabalho

Variável	Categoria	Acidente de Trabalho		χ^2	P	OR _b	IC _{95%}	P (cat)
		Não (N%)	Sim (N%)					
Local de Trabalho	Atenção Básica	79 (56,8)	60 (43,2)	19,47	0,000	1,00		0,001
	Especialidade	23 (92,0)	02 (08,0)			0,43	0,41-1,01	0,057
	Alto nível densidade tecnológica	81 (46,0)	95 (54,0)			2,60	0,01-0,32	0,001
Tempo no setor	1-11 meses	45 (64,3)	25 (35,7)	32,22	0,000	1,00		0,000
	1 - menor 3 anos	45 (57,7)	33 (42,3)			1,66	0,09-0,38	
	3 - menor 10 anos	74 (63,2)	43 (36,8)			1,39	0,12-0,49	
	Igual ou maior 10 anos	19 (25,3)	56 (74,7)			1,62	0,10-0,37	
Número de dias que trabalha	5 dias	80 (66,7)	40 (33,3)	25,64	0,000	1,00		0,000
	6 dias	65 (59,1)	45 (40,9)			1,33	0,15-0,45	
	7 dias em escala de plantão	38 (34,5)	72 (65,5)			1,00	0,21-0,63	
Jornada de Trabalho	8 horas	83 (71,6)	33 (28,4)	44,55	0,000	1,00		0,000
	12 horas em escala	75 (58,1)	54 (41,9)			1,95	0,07-0,26	
	Até 18 horas	25 (26,3)	70 (73,7)			1,35	0,14-0,45	
Escala de Trabalho	Turno fixo diurno	130 (71,8)	51 (28,2)	86,00	0,000	1,00		0,000
	Turno alterado, escala fixa	12 (57,1)	9 (42,9)			0,85	0,18-0,99	0,048
	Dupla jornada 8h diurno + 12h noturno	7 (9,1)	70 (90,9)			0,20	0,25-2,61	0,727
	Dupla jornada 12h – 7 dias diurno	21 (58,3)	15 (41,7)			2,38	3,59-32,68	0,000
	Turno fixo noturno	13 (52,0)	12 (48,0)			0,25	0,27-2,16	0,625
Sobrecarga no Trabalho	Nunca/raramente	98 (73,1)	36 (26,9)	33,24	0,000	1,00		0,000
	Algumas vezes	72 (40,9)	104 (59,1)			1,27	0,12-0,63	0,002
	Frequentemente/sempre	13 (43,3)	17 (56,7)			0,09	0,50-2,41	0,803
Esforço Físico	Nunca/raramente	68 (63,6)	39 (36,4)	10,21	0,006	1,00		0,007
	Algumas vezes	99 (52,7)	89 (47,3)			1,15	0,15-0,65	0,002
	Frequentemente/sempre	16 (35,6)	29 (64,4)			0,70	0,25-0,97	0,042
Total		183 (100,0)	157 (100,0)					

Tabela 11 – Análise univariada das variáveis do ciclo vigília-sono

Variável	Categoria	Acidente de Trabalho		χ^2	P	OR _b	IC _{95%}	P (cat)
		Não (N%)	Sim (N%)					
Qualidade do Sono	Muito boa	55 (78,6)	15 (21,4)	22,61	0,000	1,00	0,14-0,60	0,000
	Boa	88 (45,6)	105 (54,4)			1,22		0,001
	ruim	40 (51,9)	37 (48,1)			0,25		0,346
Latência do Sono	0	69 (65,7)	36 (34,3)	20,63	0,000	1,00	0,12-0,54	0,000
	1	59 (61,5)	37 (38,5)			1,34		0,000
	2	40 (42,6)	54 (57,4)			1,16		0,002
	3	15 (33,3)	30 (66,7)			0,39		0,300
Duração do Sono	Maior 7h	38 (48,7)	40 (51,3)	13,51	0,004	1,00	0,29-1,65	0,004
	6-7h	104 (63,8)	59 (36,2)			0,35		0,417
	5-menor 6h	29 (42,0)	40 (58,0)			0,97		0,017
	Menor 5h	12 (40,0)	18 (60,0)			0,08		0,851
Eficiência do Sono	Maior 85%	109 (61,9)	67 (38,1)	10,93	0,004	1,00	0,34-1,28	0,005
	75-84%	50 (42,4)	68 (57,6)			0,40		0,231
	65-74%	24 (52,2)	22 (47,8)			0,39		0,258
Distúrbio de Sono	0	16 (84,2)	3 (15,8)	13,98	0,003	1,00	0,01-1,09	0,006
	1	127 (56,7)	97 (43,3)			2,07		0,061
	2	38 (41,3)	54 (58,7)			0,67		0,465
	3	2 (40,0)	3 (60,0)			0,05		0,954
Medicamento para dormir	Nenhuma vez	165 (56,3)	128 (43,7)	9,38	0,009	1,00	0,01-0,68	0,038
	1 ou 2 vezes/semana	17 (45,9)	20 (54,1)			2,45		0,021
	3 vezes/semana ou mais	1 (10)	9 (90)			2,03		0,065
Sonolência excessiva	0	53 (63,1)	31 (36,9)	14,07	0,003	1,00	0,00	0,077
	1	102 (55,7)	81 (44,3)			21,73		0,999
	2	28 (41,8)	39 (58,2)			21,43		0,999
	3	0 (0)	6 (100)			20,87		0,999
Pontuação PSQI	Até 3	57 (67,9)	27 (32,1)	18,35	0,000	1,00	0,20-0,60	0,000
	4-6	55 (62,5)	33 (37,5)			1,05		0,000
	8-16	71 (42,3)	97 (57,7)			0,82		0,002
Total		183 (100,0)	157 (100,0)					

Tabela 12 – Regressão logística dos fatores associados ao acidente de trabalho

Variável	Categoria						
		OR _b	IC _{95%}	p	OR _{aj}	IC _{95%}	p
Sexo	Masculino	1,00		0,01	1,00		
	Feminino	3,19	1,36-7,49		1,31	1,35-10,24	0,01
Estado civil	solteiro/viúvo	1,00		0,008	1,00		
	casado/consensual	0,45	0,65-3,81	0,305	1,20	0,89-12,41	0,07
	divorciado/separado	1,08	1,23-7,12	0,015	1,76	1,66-20,20	<0,01
Escolaridade	pós-graduação	0,19	0,51-2,91	0,658	1,00		
	graduação	0,72	0,95-4,41	0,066	1,71	0,04-0,90	0,04
	ensino médio	1,39	1,54-10,63	0,004	2,86	0,01-0,30	<0,01
	ensino fundamental	1,00		0,001	1,54	0,06-0,75	0,02
Tempo de atuação	1-11 meses	1,00		0,000	1,00		
	1-3 anos	1,81	0,07-0,33		2,94	0,01-0,21	<0,01
	3-10 anos	1,50	0,11-0,43		2,09	0,04-0,39	<0,01
	Maior que 10 anos	1,82	0,08-0,30		3,34	0,01-0,12	<0,01
Local de trabalho	Atenção Básica	1,00		0,001	1,00		
	Especialidade	0,43	0,41-1,01	0,057	1,80	0,06-0,46	<0,01
	Alto Nível Tecnológico	2,60	0,01-0,32	0,001	3,74	0,01-0,21	<0,01
Escala de trabalho	fixo diurno	1,00		0,000	1,00		
	alternado	0,85	0,18-0,99	0,048	2,04	1,68-35,08	<0,01
	dupla jornada (8h diurno + 12h noturno)	0,20	0,25-2,61	0,727	0,23	0,22-7,28	0,80
	dupla jornada (12h diurno – 7 dias)	2,38	3,59-32,68	0,000	7,14	3,69-44,38	<0,01
	fixo noturno	0,25	0,27-2,16	0,625	3,17	4,17-35,61	<0,01
Esforço físico	nunca/raramente	1,00		0,007	1,00		
	às vezes	1,15	0,15-0,65	0,002	1,77	0,04-0,67	0,01
	frequentemente/sempre	0,70	0,25-0,97	0,042	0,95	0,13-1,15	0,09
Qualidade de sono	Muito boa	1,00		0,000	1,00		
	boa	1,22	0,14-0,60	0,001	0,43	0,17-2,50	0,53
	ruim	0,25	0,76-2,19	0,346	1,95	2,67-18,36	<0,01
Medicamento para dormir	nunca	1,00		0,038	1,00		
	1-2 vezes por semana	2,45	0,01-0,68	0,021	4,36	0,01-0,14	<0,01
	3 vezes ou mais por semana	2,03	0,01-1,13	0,065	3,45	0,01-0,39	<0,01

Teste de razão de verossimilhança: likelihoodtest $\chi^2=33,03$; $p<0,01$

Ao realizar a análise conjunta dos fatores associados, verificou-se que foi fator independente associado aos acidentes de trabalho no último ano: ser do sexo feminino (OR=1,31), estar casado (OR=1,20) ou divorciado (OR=1,76), ter o ensino fundamental (OR=1,54), médio (OR=2,86) ou superior (OR=1,71), tempo de atuação de 1-3 anos (OR=1,71), de 3-10 anos (OR=2,86) e superior a 10 anos (OR=1,54), trabalhar na especialidade (OR=1,80) ou alto nível tecnológico (OR=3,74), turno alternado (OR=2,04), turno com dupla jornada (12h diurno – 7 dias) (OR=7,14) e turno fixo noturno (OR=3,17), esforço físico às vezes (OR=1,77), pior qualidade do sono (OR=1,95) e tomar medicamento para dormir 1-2 vezes (OR=4,36) e 3 vezes ou mais (OR=3,45).

Nas variáveis sócio-demográficas e estilo de vida, as maiores chances de sofrer Acidente de Trabalho são: ser mulher (1,3 maior chance), estar casado (1,2 maior chance) ou divorciado (1,7 maior chance), ter o ensino fundamental (1,5 maior chance), o ensino médio (2,8 maior chance), o superior (1,7 maior chance), ter o tempo de atuação de 1-3 anos (1,7 maior chance), de 3-10 anos (2,8 maior chance) e superior a 10 anos (1,5 maior chance).

Na variável característica do trabalho, as maiores chances de sofrer Acidente de Trabalho são: trabalhar na especialidade (1,8 maior chance) ou no alto nível tecnológico (3,7 maior chance), o turno alternado (2,0 maior chance), turno com dupla jornada de 12 horas diurno 7 dias (7,1 maior chance), turno fixo noturno (3,1 maior chance) e esforço físico às vezes (1,7 maior chance).

Na variável ciclo vigília-sono, as maiores chances de sofrer Acidente de Trabalho são: pior qualidade do sono (1,9 maior chance), tomar medicamento para dormir 1-2 vezes (4,3 maior chance) e 3 vezes ou mais (3,4 maior chance).

8. DISCUSSÃO

O acidente de trabalho é uma situação frequente no cotidiano dos trabalhadores em saúde, portanto esse trabalho apresenta uma abordagem sobre diferentes aspectos relativos à saúde dos trabalhadores assistenciais multidisciplinar nos Estabelecimentos de Saúde.

A população do Estudo foi composta por 340 profissionais, onde 157 (46,2%) afirmaram ter sofrido acidente de trabalho envolvendo material perfurocortante no último ano.

8.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por cinco categorias profissionais, onde o maior grupo é composto pela equipe de enfermagem (69,1%) e conseqüentemente, o grupo que mais sofreu acidente de trabalho (71,3%), fato comprovado pela literatura, onde o número de trabalhadores de enfermagem expostos ao risco de acidentes com materiais perfurocortantes é maior. Estes profissionais estão ligados diretamente à assistência, cuidam muitas vezes de pacientes agressivos ou em estado crítico. Exercem sua função na maioria das vezes em pé, em ritmo acelerado, com muitas caminhadas, sob supervisão estrita e com tarefas fragmentadas (SARQUIS; FELLI, 2002).

Segundo PROCHNOW *et al* (2011), em seu estudo, a categoria que mais sofreu acidente de trabalho foi a de escolaridade de nível médio da enfermagem 48% e 81%, que compreendem a categoria dos técnicos e auxiliares em enfermagem.

A escolaridade é representada em sua maioria pelo nível médio que englobam os técnicos e auxiliares (de laboratório, de enfermagem, de odontologia). No presente estudo, 72,7% eram técnicos e auxiliares de enfermagem. Eles são os trabalhadores de enfermagem que desenvolvem com maior frequência as atividades ligadas à assistência direta ao paciente e atividades que envolvam manuseio de materiais perfurocortantes.

Ao agruparmos as cinco categorias profissionais, houve predominância do estado civil casado 47,9% (com exceção para as equipes médica e de odontologia onde há o predomínio dos solteiros). No estudo de Ruiz e colaboradores (2004) a

prevalência dos profissionais acidentados casados foi de 51% o que está próximo a prevalência do estudo realizado (RUIZ; BARBOZA; SOLER, 2004).

Com exceção da equipe médica, todas as demais equipes tem maior representatividade de profissionais do sexo feminino.

Esse grupo tem grande representatividade na força de trabalho do setor Saúde. No estudo, ser mulher representou 1,3 maior chance de acidente de trabalho e uma prevalência de 73% dos acidentados. Estudos mostram uma média de 64,9% à 75,4% dos trabalhadores com registro de acidente de trabalho serem do sexo feminino (RUIZ; BARBOZA; SOLER, 2004).

Sarquis e Felli, 2002 em seu estudo num hospital público e universitário do interior do Estado de São Paulo, encontraram um coeficiente de risco maior para população feminina, com 13,85 acidentes/100 trabalhadoras e menor para a população masculina (10,83/100 trabalhadores). Segundo as pesquisadoras, o maior coeficiente de risco de acidente entre as mulheres parece estar relacionado ao papel que a mulher assume culturalmente na sociedade, como cuidadora do lar, dos filhos e muitas vezes com mais de um emprego.

A principal faixa etária foi entre 25-39 anos na maioria das categorias com exceção das categorias médica e odontologia com predominância entre 40-59 anos. No estudo realizado por Ribeiro et al (2009), a idade dos profissionais que sofreram acidente oscilou entre 20 e 40 anos e o tempo de atuação profissional entre 1 e 10 anos. As autoras consideram como principais motivos para esse tipo de acidente entre os funcionários com maior experiência o não cumprimento das normas de segurança ou das precauções padrão e, entre os funcionários com menor tempo de atuação, a insegurança e a pouca habilidade técnica até então adquirida. As autoras citadas compreenderam que tal resultado pode estar relacionado a lacunas na formação desses profissionais ou à falta de capacitações permanentes e, ainda, devido à associação com às condições de trabalho.

Segundo Costa (1998), a idade favorece uma intolerância progressiva, pois está associada à instabilidade de ritmos circadianos, distúrbios de sono, depressão e um declínio na capacidade física e na saúde. A idade é fator de risco adicional para o desenvolvimento de problemas de saúde e do denominado “envelhecimento funcional precoce” que pode atingir os trabalhadores em turnos ainda em idade produtiva.

Para finalizar, o hábito de beber foi citado por 60,58% da população do estudo, porém, como foram questões auto respondidas, aplicado no próprio serviço, além da avaliação subjetiva, gerou um viés de informação em relação as demais perguntas do bloco do questionário como frequência da bebida, brigas e acidente em decorrência da mesma, que nos resultados não apresentaram relação.

8.2. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

O local de trabalho com maior número de trabalhadores foram os Hospitais (Alto nível tecnológico) onde os trabalhos são em turnos e funcionam 24 horas por dia. O destaque ficaram para as equipes médica e de enfermagem. São representados no estudo pelo Hospital de Pequeno Porte e o Hospital de Referência Microrregional, onde o papel das equipes Multiprofissionais é mais tecnológico, orientado fisiologicamente, intenso e com maior exigência intelectual que antigamente.

A introdução e implementação de novas tecnologias nas organizações, têm contribuído para o aparecimento de situações indutoras de estresse, as quais podem produzir danos para a saúde mental e o bem-estar psicológico. Porém, há necessidade de novos conhecimentos e competências e isso requer mudanças que podem constituir situações indutoras de estresse (SILVA, 2008).

Na maioria das categorias profissionais 53,2% tem uma jornada de trabalho com turno fixo diurno, com exceção da equipe médica que tem 60,8% de seus profissionais com jornada de trabalho dupla, sendo 8 horas diurno mais 12 horas noturno, e as escalas de trabalho variando de 32,3% entre 6 e 7 dias por semana e 35,2% para 5 dias por semana.

A organização do trabalho e as condições do mesmo influenciam de forma significativa a tolerância ao trabalho em turnos e noturno (MORENO; FISCHER; ROTENBERG, 2003). No estudo realizado, a população que mais sofreu acidente de trabalho, foram os que trabalham até 18 horas diárias, com ênfase nos trabalhadores que fazem 8 horas diurnas com 12 horas noturna. As maiores chances de acidente de trabalho estão nos turno alternados (2,0 maior chance), turno com dupla jornada de 12 horas (7,1 maior chance) e turno fixo noturno (3,1 maior chance).

O trabalho em turnos, as jornadas exaustivas, e as escalas de trabalho irregulares geram grande sobrecarga e esforço físico. As escalas de serviço influenciam na realização do trabalho multiprofissional, fato evidente nas instituições hospitalares do estudo.

Fischer et al (2002a), estudando auxiliares de enfermagem e enfermeiros de um hospital público de São Paulo, apresentaram resultados que confirmam os efeitos negativos da exposição dos trabalhadores ao trabalho em turnos não diurnos. Esses apontam que a violação do ritmo circadiano tem influências tanto em ritmos biológicos quanto em padrões sociais, podendo gerar fadiga física e mental, alterações ciclo-vigília-sono, irritabilidade, apatia, consumo de álcool e/ou drogas, alterações de humor e problemas gastro-intestinais.

No mesmo estudo, Fischer et al (2002b) avaliaram a percepção da duração e qualidade dos episódios de sono nos dias de trabalho e de descanso, bem como dos níveis de alerta durante os turnos diurnos e noturnos de 12 horas de trabalho. Elas concluíram que a qualidade dos episódios de sono diurno após as noites de trabalho foi percebida como pior que a qualidade dos episódios de sono noturno durante os dias de folga. Os autores também encontraram diferenças significativas na percepção dos estados de alerta em três momentos diferentes do turno da noite. Os níveis percebidos de alerta à noite tornavam-se piores à medida que aumentava o número de horas de trabalho. Isso confirma que a sonolência no trabalho noturno se faz presente e pode prejudicar seriamente tanto os trabalhadores quanto os pacientes que estão aos seus cuidados.

Com exceção da categoria da odontologia que em sua maioria se intitula raramente sobrecarregado (58,0%), as demais categorias responderam sentir-se sobrecarregado às vezes (51,7%) e 8,8% sobrecarregado sempre. O esforço físico teve maior expressão algumas vezes (55,2%), seguido por 31,4% raramente e 13,2% sempre.

A sobrecarga é maior após longas jornadas de trabalho. A manipulação do paciente, o transporte do mesmo auxiliado por macas e cadeiras de roda, seu deslocamento para realização de exames, as rotinas de higienização, de desinfecção, o acelerado ritmo de trabalho, a relação com os acompanhantes e com os demais profissionais de saúde, caracterizam o dia-a-dia da enfermagem causando-lhe cansaço, dores no corpo, desânimo, sentimentos de incapacidade,

favorecendo tanto o aparecimento de doenças ocupacionais como de acidentes de trabalho (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Em um estudo sobre as dimensões psicossociais do acidente com material biológico, destacaram-se como causas atribuídas aos acidentes: descuido, sobrecarga de trabalho, cansaço físico, estresse, correria nos plantões, múltiplos empregos (duplas e triplas jornadas) e inadequação ou insuficiência de equipamentos de proteção individual e de proteção coletiva (BRANDÃO, 2000).

A escolaridade associada a baixa remuneração salarial, levam um grande número de trabalhadores a possuir mais de um emprego e/ou realizarem dobras de plantão, levando a uma alta carga semanal de trabalho, além do trabalho doméstico e cuidar dos filhos; resultando em excessiva fadiga, redução do alerta, diminuição dos padrões de segurança e de confiabilidade no trabalho; com isso, a proporção de trabalhadores acidentados é maior naqueles que acumulam duplas ou triplas jornadas e excedem as horas de trabalho tanto diárias quanto semanais (PAFARO; MARTINO, 2004).

Do conjunto das cinco categorias profissionais do estudo, 73,2% relatam treinamento em serviço. A escassez de qualificação profissional, aliado a descontinuidade do mesmo e a falta de motivação do funcionário para dele participar, faz com que várias tecnologias sejam implantadas sem o devido treinamento, possibilitando erros, e condutas inadequadas e gerando estresse para o profissional, o que aumenta o risco de acidentes (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Segundo Almeida, Leite e Pagliuca (2005) é possível promover a redução do número de acidentes no ambiente de trabalho quando o treinamento e a educação permanente são itens constantes. O uso correto dos materiais e equipamentos, o desenvolvimento das técnicas conforme padronizado diminui as chances de algo dar errado, pondo em risco a integridade e manutenção da saúde do profissional e de terceiros.

8.3. CARACTERIZAÇÃO DO CICLO VIGÍLIA-SONO

O Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) utilizado no estudo fornece um índice de gravidade e natureza das queixas de sono.

A média de duração do sono por noite dos profissionais foi de 6-7 horas, com exceção da equipe de serviços gerais/lavanderia com 51,2% dos profissionais com

duração de sono menor que 6 horas. E, a qualidade subjetiva do sono no último mês foi adequada para 56,8% da população.

Rotenberg et al (2001), afirma que o corpo mostra que ele sabe que horas são, seja cobrando o sono e repouso noturnos, seja com as consequências de se desrespeitar este saber através de desânimo, fraqueza, insônia, eventos corporais físicos – como o tremor, a obesidade e o envelhecimento precoce e aspectos essencialmente psíquicos como descontrole e agressividade.

Devido aos ritmos frenéticos e acúmulo de jornadas, vários trabalhadores utilizam medicamentos psicotrópicos. Alguns referiram dependência, com necessidade do medicamento para o repouso. O uso frequente dessas substâncias, leva a uma letargia visível do profissional, onde o risco de acidente torna-se maior. Rocha e Martino (2009) em seu estudo verificaram que os sujeitos que afirmaram fazer uso de medicamentos para dormir, apresentaram alterações na qualidade, na latência, na duração e nos distúrbios do sono, sonolência diurna e indisposição para a realização das atividades do dia a dia. Estes indivíduos apresentaram alerta e alto nível de estresse, demonstrando que além dos prejuízos do sono, os níveis de estresse eram elevados. Foram observadas neste estudo, características de transtornos primário do sono (sonolência diurna, dificuldade para iniciar o sono e acordar constantemente durante a noite) nos sujeitos que utilizavam medicamentos para dormir. O uso indiscriminado de medicamentos para dormir é um método ineficaz para o tratamento dos distúrbios do sono. Porém, a ingestão de medicamento psicotrópico não é utilizada em 85,9% das categorias profissionais.

8.4. CARACTERIZAÇÃO DA BIOSSEGURANÇA E DOS RISCOS PARA O ACIDENTE DE TRABALHO

Apesar da maioria dos profissionais realizarem o descarte correto de material perfurocortante, 6,5% dos trabalhadores ainda realizam o descarte incorreto, o que pode contribuir para a ocorrência de acidentes. A prática inadequada de descarte foi considerada como responsável por 14,9 e 26,7% dos acidentes entre os trabalhadores de enfermagem (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004; SOUZA, 1999).

Quanto ao reencape de agulha, esse esteve presente sempre e na maioria das vezes nas categorias profissionais médico (65,2%) e odontologia (61,3%), o qual

é superior ao encontrado em outros estudos, em que essa prevalência foi entre 36% e 45% (TALAAT et al., 2003; AZAP et al., 2005).

8.5. CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

Assim como na literatura, o estudo apresentou a agulha como sendo o material perfurocortante responsável pela maioria dos acidentes. No estudo 77,7% de acidentes ocorridos foram com agulha com lúmen, o que é semelhante (61% a 88,6%) aos estudos conduzidos por outros autores. (BENATTI, 2001; SARQUIS; FELLI, 2000; SHIMIZU; RIBEIRO, 2002; ALMEIDA; BENATTI, 2007).

Nos resultados obtidos neste estudo, a categoria profissional que mais se acidenta com as agulhas com lúmen é a enfermagem (86,6%) responsável pela administração dos medicamentos injetáveis. Em seguida, seguido pela equipe de lavanderia/serviços gerais (78,2%), onde os agentes causadores em sua maioria encontram-se abandonados no ambiente ou descartados em local inadequado como o lixo comum. No estudo de Benatti, 2007; a enfermagem teve uma concentração de 71,5% dos acidentes e a limpeza 13,2% relacionado com as agulhas.

O Serviço de Lavanderia Hospitalar, oferece condições insalubres às condições ambientais. Há risco biológico, físico, ruídos, vibração e acidentes com material perfurocortantes. Essas condições oferecem riscos a saúde e segurança do trabalhador e conseqüentemente favorecem a ocorrência de acidentes do trabalho. Nesse setor, os trabalhadores devem usar equipamentos de proteção individual (EPIs) específicos como: luvas de borracha, máscara facial, jaleco de manga comprida, calças compridas e botas de borracha. Os EPIs tornam-se ineficientes quando materiais perfurocortantes vêm junto as roupas hospitalares, provocando o acidente, que é o principal fator citado pela equipe de Lavanderia dos Serviços (PROCHET, 2000).

No estudo 73,2% realizam os exames preconizados pós-acidente, porém, 30,5% declararam não ter realizado nenhum tipo de notificação e 12,1% relataram notificação em “livro preto” da instituição, alegando desconhecimento dos documentos oficiais de notificação. No estudo de Prochnow et al - (2011) - foram verificados percentuais compreendidos entre 48,9% e 84,6%. A maior representatividade ficou com a equipe médica onde 100,0% dos acidentados declararam não ter realizado notificação. Fato presente na literatura, onde Tarantola

et al – 2006 - em seu estudo constatou subnotificação da categoria profissional médica de 89,6%.

A equipe de enfermagem também apresentou subnotificação com 25,0%, ainda que inferior ao citado na literatura de 34,4% (NAPOLEÃO, 1999).

Alguns autores descrevem como justificativa para a não notificação do acidente de trabalho: burocracia, medo, estigma, desconhecimento do protocolo de rotina, funcionamento em horário comercial da Segurança e Saúde do Trabalhador e da Comissão de Controle em Infecção Hospitalar, desinteresse, falta de tempo, perdas salariais, receio de demissões, sorologia negativa do paciente fonte e punições (PROCHNOW et al, 2011; MONZANI et al, 2006; SECCO et al, 2004).

Quanto ao uso de drogas antirretrovirais 21,7% da equipe de serviços gerais/lavanderia relatou que os acidentes são provenientes de objetos perfurocortantes abandonados ou descartados em lixo comum.

8.6. CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS À VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE B E A REALIZAÇÃO DO EXAME ANTI-HBS

No estudo 64,1% dos profissionais receberam 3 doses da vacina contra Hepatite B, seguidos de 3,80% que receberam 4 ou mais doses. Sarquis & Felli - 2002 - em seu estudo com trabalhadores em enfermagem verificou que 90,01% dos profissionais completaram o esquema vacinal.

Porém, quanto ao resultado do exame anti-HBs, o estudo mostrou 19,4% dos profissionais com exame reagente, e os demais apresentam: 15,6% não reagente, 26,8% não sabem o resultado e 38,2% relatam não ter feito o exame. Isso demonstra uma inadequada proteção ao vírus da hepatite tipo B que é imunoprevenível. Estudos apresentam um índice de resultados reagentes que variavam de 56% a 90% (SILVA et al, 2003; ALMEIDA; BENATTI, 2007; MARZIALE et al, 2004).

Como limitações do estudo, podemos citar o viés de informação, uma vez que as entrevistas foram realizadas por enfermeiros e as questões respondidas mediante entrevista presencial, onde o entrevistado pode omitir ou dar resposta falsa à questão por sentimento de insegurança ou medo de estar lidando com outro profissional da mesma categoria.

9. PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES

- Planejar e realizar intervenções voltadas à prevenção de acidentes dos trabalhadores com participação dos trabalhadores, sindicato e da gestão (a barreira mais importante hoje, é a falta de integração dos programas dirigidos à saúde do trabalhador com as atividades de gestão);
- Como a maior fonte de informação sobre acidentes de trabalho ocorreu durante a formação profissional, há necessidade institucional quanto à orientação sobre esses eventos que abranja a equipe multidisciplinar;
- Com a presença da subnotificação há necessidade de intensificação e sensibilização dos trabalhadores quanto à importância da notificação em todos os níveis de atenção e um acompanhamento detalhado dos casos;
- No gerenciamento de riscos ligados a perfurocortantes, se faz necessário: inclusão de perfurocortantes com dispositivos de segurança, distribuir coletores de descarte perfurocortantes nos locais mais apropriados e posicioná-los de forma correta;
- A prevenção da hepatite B por meio da vacinação e a realização do exame anti-HBs para confirmação da imunidade adquirida apresentam inconformidade com as recomendações oficiais. É necessário implantação de Serviço de Saúde Médico Ocupacional nas instituições onde não há e implementação do Serviço instalado onde o serviço médico ocupacional já existe;
- A intervenção na organização do trabalho deve ser trabalhada nas “Jornadas de Trabalho”, onde é necessária avaliação dos hábitos de sono dos trabalhadores para verificar o melhor horário de trabalho, avaliação das escalas de trabalho e dos níveis de alerta, levando em conta o duplo emprego. Também é necessário programa de higiene do sono para instruir e conscientizar os trabalhadores sobre a importância do ciclo vigília- sono para a saúde e o bem estar e, também melhorar a autopercepção do sono dos trabalhadores;
- Intervenções coletivas como o cochilo noturno em jornadas de 12 horas tem sido eficaz na manutenção dos níveis de alerta durante o trabalho. Os padrões de sono dependem das características biológicas e sociais e, não

se devem generalizar quais são as necessidades de repouso dos trabalhadores.

10. CONCLUSÃO

O estudo realizado teve um papel importante para a Saúde do município de Aquidauana – MS, pois fez um mapeamento dos Acidentes de Trabalho com materiais perfurocortantes nas instituições que atendem ao Sistema Único de Saúde.

A análise e reflexão realizadas no decorrer da pesquisa, permitiu-nos atingir os objetivos propostos.

Os fatores associados ao acidente de trabalho foram: as mulheres, casadas, divorciadas ou separadas e com filhos; com escolaridade até a graduação e maior tempo de atuação; que trabalhavam na especialidade e no alto nível tecnológico.

Com relação a organização do trabalho, os fatores associados ao acidente de trabalho foram: os trabalhadores com turno alternado, fixo noturno e dupla jornada de doze horas diurno e que relataram esforço físico às vezes.

E, para os fatores associados ao ciclo vigília-sono, os acidentes de trabalho são maiores entre os trabalhadores que relatam pior qualidade de sono e uso de medicamentos psicotrópicos.

Verificou-se através da análise dos acidentes de trabalho com exposição à material biológico que a subnotificação ainda é um fator presente, assim como a notificação em documentos não oficiais (como exemplo o “livro preto”). É imprescindível que os profissionais de saúde estejam com a situação vacinal atualizada, pois existe o risco de soroconversão para diversos tipos de doença, entre elas a hepatite B.

Foram sugeridas propostas de intervenções, pois a vigilância em saúde é restrita aos agravos específicos, assim como a falta de participação e controle por parte dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho, o que reforça a necessidade de um programa baseado exclusivamente na mudança comportamental dos seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. A. F. DE; BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluídos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n.1, p. 120-126, 2007.
- ALMEIDA, C. B. DE; LEITE, A. L. A. e S.; PAGLIUCA, L. M. F. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.13, n.5, p.708-716, set/out. 2005.
- AZAP, A. *et al.* Occupational exposure to blood and body fluids among health care works in Ankara, Turkey. **AJIC**, Turkey, v. 33, n. 1, p.48-51, fev. 2005.
- BARATA R. C. B; RIBEIRO, M. C. S. A.; MORAES, J. C. Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores em área urbana no interior do estado de São Paulo em 1994. **Informe Epidemiológico SUS**, v. 9, p. 199-210,2000.
- BARBOSA, D. B.; SOLER Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n.2, p. 178-183, 2003.
- BERTOLAZI, A. N.; BARRETO, S. S. M.; FAGONDES, S. C.; SCHONWALD, S. V.; BUYSSE, D. J. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Pulmonary service, Sleep Laboratory, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)**, Brazil, 2008.
- BOTTOSSO, R. M. Biossegurança na Assistência à Saúde. **Revista Nursing**. Cuiabá, v.70, p.35-92, mar.2005.
- BRANDÃO, Jr PS. Biossegurança e aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): **Escola Nacional de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificações de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2006 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde. SINAN-NET**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/SINANweb/index.php>. Acesso em 24 mar. 2011.
- BRASIL. Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social**. 2005b. Disponível em http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_13_05-A.asp. Acesso em: 10 mai. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2006 c.

BULHÕES, I. Riscos do trabalho de enfermagem. **Folha Carioca**, Rio de Janeiro, 2 ed., 1998.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI M. L. C. C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 632-638, jul-ago, 2007.

COCOLO, AC. Equipe médica e de enfermagem menosprezam riscos de acidentes. **Jornal Paulista**. São Paulo, dez. 2002, ano 15, n. 174. Disponível em <http://www.unifesp.br/comunicação/ipta>. Acesso em 10 maio 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Norma Regulamentadora n. 32 (NR-32)**. São Paulo, 30p., 2009.

CORDEIRO, R; SAKATE, M.; CLEMENTE, A. P. G.; DINIZ, C. S.; DONALÍSIO, M. R. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 254-260, 2005.

COSTA, G. Guidelines for the medical surveillance of shift workers. *Scand J. Work Environ Health*, Helsinki: **Scandinavian Journal Work Environment Health**, v. 24, n. 3, p. 151-155, 1998.

DAMACENO A. P.; PEREIRA M. S.; SILVA E SOUZA A. C.; TIPPLE A. F. V.; PRADO M. A. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. **Revista Brasileira Enfermagem REBEN**, v. 59, n.1, p. 72-77, jan-fev. 2006.

FISHER, F. M.; TEIXEIRA, L. R.; BORGES, F. N.; GONÇALVES, M. B.; FERREIRA, R. M; MARTINS, S. E.; CHRISTOFFOLETE, M. A. Unveiling factors that contribute to functional aging among health care shiftworkers in São Paulo, Brazil. **Experimental Aging Res.** v. 28, p. 73-86, 2002a.

FISHER, F. M.; TEIXEIRA, L. R.; BORGES, F. N.; GONÇALVES, M. B.; FERREIRA, R. M. How nursing staff perceive the duration and quality of sleep and levels of alertness. **Caderno Saúde Pública**. v. 18, n. 5, p. 1261-1269, 2002b.

FREITAS, C. U.; LACAZ, F. A. C.; ROCHA, L. E. Saúde Pública e ações de saúde do trabalhador uma análise conceitual e perspectivas de sua operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. **Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde**, v.2, n.1, p.3-10, 1985.

GASPAR, C; MORENO, L; MENNA- BARRETO, L. Os Plantões Médicos, o Sono e a Ritmicidade Biológica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.44, n.3, p.239-245, jul/set. 1998.

GUEDES, E. M.; MAURO, M.Y. (Re)visando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 9, n. 2, p. 144-151, maio-ago. 2001.

HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. da S. **A Enfermagem e a Saúde dos Trabalhadores**. 2.ed. Goiânia AB. Editora. 152 p., 2001.

HENNINGTON, E. A. Trabalho, violência e morte em Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 610-617, 2004.

HOEFEL M. G. L; GUTIERREZ, P. R., A sustentação legal dos Programas de Saúde do Trabalhador no SUS. In: GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. **Controle Social na Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. Cap. 4, p. 71-83.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – CENTRAL ÚNICA DO TRABALHADOR (INSS-CUT). Acidentes e Doenças do Trabalho em 2003. **Organização Preliminar de Dados Divulgados pela Previdência Social**. São Paulo, abr. 2005.

INTERNATIONAL HEALTH CARE WORKER – Safety Center. Risk of infection: following a single HIV, HBV, or HCV – contaminated needlestick or sharp instrument injury. **University of Virginia, Virginia** – EUA [serial online] 1999, acessado em <http://www.medvirginia.edu/>. Mai 2011.

LAUTERT, L. A. Sobrecarga de Trabalho na percepção de Enfermeiras que trabalham em Hospital. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 50-64, jul. 1999.

LEITE, P. C.; SILVA, A.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de Enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.2, p.287-291, jun. 2007.

MACHADO, J. M. H. **Alternativas e processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção**. Tese (Doutorado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.

MAENO, M.; CARMO, J. C. Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: **HUCITEC**, 2005.

MARTINS MA. **Manual de Infecção Hospitalar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**, livro 1, volume 1. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MARZIALE, M. H. P. Acidentes com Material Biológico em Hospital de Brasília e a REPAT. In: 57º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos855.htm>. Acesso em maio 2011.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante

entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 36-42, jan-fev. 2004.

MARZIALE M. H. P.; ROBAZZI M. L. C. C. Ocorrência de acidentes de trabalho causados por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de hospitais da região de Ribeirão Preto –SP. In: 11º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, mai. 2001. Belém, PA, 2001.

MARZIALE M. H. P.; ROBAZZI M. L. C. C. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 124-127, dez. 2000.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Plano de Benefícios da Previdência Social**. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial da União. Brasília (DF): 14 ago 1998. Seção I.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. São Paulo **Perspec.** 2003; 17(1):34-46.

NHAMBA, L. A. **Acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais de enfermagem em um hospital de Angola**. 2004. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo 2004.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 204-211, mar-abr. 2004.

O'MALLEY, O. M.; *et al.* Costs of Management of Occupational Exposures to Blood and Body Fluids. **Infect Control Hosp. Epidemiol.**, v. 28, n. 7, p. 774-782, jul. 2007.

OSÓRIO, C.; MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Caderno Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 517-524, mar-abr. 2005.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. DE. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004.

PENA, P. G. L. Marcos Históricos e conceituais. In: GOMEZ, C. M. & VASCONCELLOS, L. C. F. **Controle Social na Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro, 2009. p.38-39.

PROCHET, T. C. Lavanderia Hospitalar: condições e riscos para o trabalhador. **Nursing**. v. 3, nº 28, p. 32-34, set. 2000.

PROCHNOW, A. *et al.* Perfil dos acidentes de trabalho publicados em estudos brasileiros. **Saúde. Santa Maria**. v. 37, p. 77-90, 2011.

RAPPARINI, C. **Vigilância.** Disponível em <http://www.riscobiologico.org/software/software.asp>. Acesso em 10 de maio de 2011.

REBOUÇAS, A. J. A. *et al.* Insalubridade: morte lenta no trabalho. São Paulo: **DIESAT**; Oboré, 1989.

REINHARDT, E. L.; FISCHER, F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica.** v. 25, n. 5, p. 411-417, 2009.

RIBEIRO, E. J. G.; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem REBEN**, Riode Janeiro, v. 60, n. 5, p. 535-540, set-out 2007.

RIBEIRO, A. S.; BGABATAZ, R. I. B.; NEVES, E. T.; PADOIN, S. M. DE M. Caracterização de Acidente com Material Perfurocortante e a percepção da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem.** v. 14, n. 4, p. 660-666, out-dez 2009.

ROCHA, M. C. P. DA; MARTINO, M. M. F. DE. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

ROCHA, M. C. P. DA; MARTINO, M. M. F. DE. Estresse e qualidade do sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. **Acta Paul Enfermagem.** v. 22, n.5, p. 658-665, 2009.

ROTENBERG, L.; PORTELA, L. F.; MARCONDES, W. B.; MORENO, C.; NASCIMENTO, C. DE P. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Caderno Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 639-649, mai-jun., 2001.

RUIZ, M. T.; BARBOSA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Acidentes de trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral. **Arquivo Ciência Saúde**, v. 11, n. 4, p. 219-224, out-dez 2004.

SARQUIS, L. M. M., FELLI, V. E. A. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 36, n. 3, p. 222-230, 2002.

SARQUIS, L. M. M. *et al.* Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. **CogitareEnferm.**,v. 9, n.1, p.15-24, 2004.

SASSI, S. J. G.; DESTRA, A. S. G.; MEDEIROS, E. A. S. Subnotificação de acidentes com material biológico em alunos e residentes de medicina e enfermagem. In: VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 2002, Curitiba, PR. **Anais ABIH**, 1p.

SASSI, S. J. G; FEIJÓ, R. D. F. Acidente com Material Biológico: o que há em Prevenção. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, Ano 1, n. 6, p. 5-8, jun. 2004.

SÊCCO, I. A. O. *et al.* Epidemiologia dos acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de hospital público do Paraná. UNOPAR. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 37-43, out. 2002.

SÊCCO, I. A. O. *et al.* As notificações de acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores da equipe de enfermagem de hospital-escola público. UNOPAR. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 5/6, n.1, p. 89-95, out. 2004.

SILVA, I. D. S. *et al.* Desafios e perspectivas na implantação de uma ficha de notificação e investigação de acidentes biológicos para os trabalhadores de uma instituição pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **FIOCRUZ**, 2006.

SILVA, L. M. R. M. M. da. **Riscos Ocupacionais e qualidade de vida no trabalho em profissionais de enfermagem**. 2008. 168 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta Lisboa 2008.

SINGER, P. A. A crise do “milagre”. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. In: LACAZ, F. A. DE C. (Org.). **Construção do campo Saúde do Trabalhador na área de Saúde Coletiva: Controle Social na Saúde do Trabalhador**, 2009, p. 57-67.

STARLING, C. E. F. Aspectos psicológicos e comportamentais no controle de infecção hospitalar. In: MARTINS, M. A. **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2001. p. 38-51.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2007.

VILELA, R.A.G.; IGUTI, A.M.; ALMEIDA, I.M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 570-579, mar-abr. 2004.

YAZDANPANA, Y., *et al.* **Clinical Infectious Diseases**, v. 41, p. 1423-1430, 2005.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 350-356, maio-jun. 2003.

APÊNDICE I



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de Autorização da Gerência Municipal de Saúde

Ao Gerente Municipal de Saúde,

Venho através deste, solicitar autorização para realização do Inquérito Populacional: Avaliação dos Acidentes de Trabalho entre a Equipe Multiprofissional dos Estabelecimentos de Saúde do município de Aquidauana – MS.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com delineamento de inquérito populacional e abordagem quantitativa.

Tem por objetivo: avaliar a ocorrência dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre as equipes assistenciais multiprofissionais de saúde nos Estabelecimentos de Saúde que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Aquidauana – Mato Grosso do Sul.

Os dados serão coletados através de entrevistas, utilizando-se um questionário semiestruturado e adaptado da Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador, da pesquisa: “Acidentes de Trabalho”, da Pesquisadora Vilma Santana. Os mesmos seguirão os Preceitos Éticos da Resolução n. 196/96 que dá diretrizes e normas para a Pesquisa com Seres Humanos.

O local do estudo serão as instituições de Atenção Básica e Média Complexidade, que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Aquidauana – MS.

Este Estudo contribuirá no sentido de servir como instrumento de avaliação e de fortalecimento para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, bem como ferramenta para discussão das ações de saúde no município.

Os dados serão coletados pela Pesquisadora Sandra Maria Santos Calonga, e mais três alunas entrevistadoras, sob a orientação da Professora Dr^a Liliane Reis Teixeira (CESTH/FIOCRUZ) e conta com o financiamento próprio das pesquisadoras.

- () Autorizo a realização da Pesquisa
 () Não autorizo a realização da Pesquisa

Sandra M. S. Calonga
 Pesquisadora

MS

Francisco Roberto Rossi
 Gerente Municipal de Saúde
 Saneamento – Aquidauana,

APÊNDICE II



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a) _____
 você está sendo convidado para participar da pesquisa : **Avaliação dos Acidentes de Trabalho entre a Equipe Multiprofissional dos Estabelecimentos de Saúde do município de Aquidauana – MS.**

Você foi selecionado por pertencer à equipe multiprofissional de saúde e trabalhar no Sistema Único de Saúde e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os dados obtidos serão analisados, apresentados em Dissertação para fins de Conclusão de Mestrado Profissional de Vigilância em Saúde nas Fronteiras do Brasil e posteriormente, um artigo a partir desse trabalho será publicado.

Os objetivos específicos deste estudo são: Analisar a prevalência dos acidentes com material biológico por equipes, segundo idade, sexo, categoria profissional, número de acidentes profissional, carga horária semanal e turno de trabalho; avaliar a situação vacinal para hepatite B dos profissionais acidentados; relacionar os fatores determinantes que contribuíram para a ocorrência do acidente e avaliar a associação entre a qualidade do sono e os acidentes de trabalho.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões do instrumento de pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação são o desenvolvimento de melhorias para a Saúde do Trabalhador do SUS.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro ter sido informado (a) e concordo em participar como voluntário (a), desta pesquisa (passar para o Bloco I da entrevista).

Não aceito participar da pesquisa (solicitar autorização para preenchimento do quadro "informações adicionais no caso de recusa do profissional em participar da pesquisa").

 Assinatura do entrevistado (a) da pesquisa

Aquidauana, _____ de _____ de 201_____

Coordenação Geral: Dr^a Liliane Reis Teixeira.

Para esclarecimentos, entrar em contato com: Sandra Maria Santos Calonga.

Endereço: Hospital Regional Dr^o Estácio Muniz. Rua Manoel Antônio Paes de Barros, 1424. Fones: (67)3241-3636 ou 3241-3642. Aquidauana – MS.

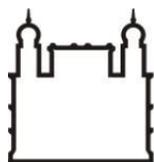
Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.

Telefax - (21) 2598-2863 – e-mail: cep@ensp.fiocruz.br – http://www.ensp.fiocruz.br/etica

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Informações adicionais no caso de recusa do Profissional em participar da Pesquisa:

Categoria Profissional: _____ Idade: _____
 Instituição: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

APÊNDICE III

Questionário Nº

--	--	--	--

--	--

--	--



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Avaliação dos Acidentes de Trabalho entre a Equipe Multiprofissional dos Estabelecimentos de Saúde do município de Aquidauana – MS.

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____ Nome do Entrevistador: _____

Local da Entrevista: _____ Início da entrevista: | ____ | ____ |: | ____ | ____ | h

BLOCO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS *Prá começar, você poderia me dizer qual a sua...*

1. Situação conjugal?

1. Solteiro(a)
 2. Casado(a)
 3. Consensual
 4. Divorciado(a) / Separado(a)
 5. Viúvo(a)
 99. Outra: _____

4. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

2. Qual o seu grau de instrução?

0. Analfabeto
 1. Alfabetizado
 2. 1º grau (1º a 8ª série) incompleto
 3. 1º grau completo
 4. 2º grau (colegial) incompleto
 5. 2º grau completo
 6. Superior incompleto
 7. Superior completo
 8. Pós-graduação
 9. Não sabe

5. Idade: _____ anos

6. Tempo de Formação: _____

7. Tempo de atuação nesta instituição: _____

3. Formação Profissional?

- (1) Enfermeiro
 (2) Médico
 (3) Bioquímico
 (4) Biomédico
 (5) Técnico de Enfermagem
 (6) Auxiliar de Enfermagem
 (7) Serviços Gerais
 (8) Técnico em Laboratório
 (9) Dentista
 (10) Técnico em Higiene Bucal
 (11) Lavanderia

1. Tempo de atuação no setor (qual?):

BLOCO 2 - HÁBITOS DE VIDA *As perguntas agora são sobre alguns de seus hábitos... por exemplo...*

USO DEFUMO:

1. Você fuma atualmente?

0. Não 1. Sim, há quanto tempo? _____

2. Você já foi fumante?

0. Não 1. Sim

3. Há quanto tempo parou? | ____ | ____ | anos | ____ | ____ | meses

USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS:

8. Você consome bebidas alcoólicas atualmente?

0. Não

4. Por quanto tempo você fumou? | ____ | ____ | anos | ____ | ____ | meses

16. Se **SIM**, com que frequência?

<input type="checkbox"/> 1. Sim 9. Você já foi consumidor de bebidas alcoólicas? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim 10. Com que frequência você bebia? <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Um dia/semana <input type="checkbox"/> 3. Dois a três dias/semana <input type="checkbox"/> 4. Todo dia/quase todo dia 11. Há quanto tempo parou de beber? ___ ___ anos ___ ___ meses 12. Por quanto tempo você bebeu? ___ ___ anos ___ ___ meses 13. Você bebe... <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Um dia/semana <input type="checkbox"/> 3. Dois a três dias/semana <input type="checkbox"/> 4. Todo dia/quase todo dia 14. Você considera esse consumo exagerado? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe 15. Você tem consumido bebida alcoólica apesar de seu médico ter sugerido que você pare de beber por causa de um problema de saúde? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 3. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Sempre 17. Já esteve alto ou de ressaca por causa de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe 18. Se SIM , com que frequência? <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 3. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Sempre 19. Já perdeu ou chegou atrasado no trabalho, escola, ou outra atividade por causa de bebida ou ressaca? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe 20. Se SIM , com que frequência? <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 3. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Sempre 21. Você já se desentendeu ou discutiu com pessoas por você beber ou ter bebido muito? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe 22. Se SIM , com que frequência? <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 3. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Sempre 23. Você já dirigiu um carro ou moto após ter bebido bastante? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe 24. Se SIM , com que frequência? <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 3. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Sempre				
BLOCO 3 – TRABALHO						
SUB-BLOCO 1 – HISTÓRIA OCUPACIONAL						
Agora eu gostaria de saber quais os empregos/trabalhos que você teve nos últimos 12 meses. Vamos começar pelo atual						
1. EMPREGO / ATIVIDADE	Período		4. Local do trabalho	5. Carteira assinada?	6. Número de dias por semana?	7. Número médio de horas por dia?
	2. Inicial	3. Final				
1. Atual e Principal						
2.						

3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

Utilizar na coluna 5: 0.Não1.Sim9.Não sabe88.Não se aplica

SUB-BLOCO 2 - Você sofreu algum acidente de qualquer natureza nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> 0.Não..... <input type="checkbox"/> 1.Sim	
SUB-BLOCO 3 - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	
1.Quantos dias você trabalha por semana? _ _ _ d	3.Tipo de jornada de trabalho? <input type="checkbox"/> 1.Turno Fixo - diurno <input type="checkbox"/> 2.Turno alternado- escala fixa: _____ <input type="checkbox"/> 3.Não tem horário <input type="checkbox"/> 4.Turno Fixo -noturno <input type="checkbox"/> 5.Turno alternado – escala móvel: _____
2.Quantas horas por dia você trabalha? _ _ _ : _ _ _ h	4. Você se sente sobrecarregado neste trabalho? <input type="checkbox"/> 0.Nunca <input type="checkbox"/> 1.Raramente <input type="checkbox"/> 2.Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3.Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre
	5. Seu trabalho exige muito esforço físico? <input type="checkbox"/> 0.Nunca <input type="checkbox"/> 1.Raramente <input type="checkbox"/> 2.Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3.Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre
	6. Você tem pausa para descansar durante o dia? <input type="checkbox"/> 0.Nunca <input type="checkbox"/> 1.Raramente <input type="checkbox"/> 2.Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3.Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre
SUB-BLOCO4 – CLIMA DE SEGURANÇA NO LOCAL DE TRABALHO Agora vamos falar sobre como é vista a saúde e a segurança do trabalho na empresa ou local onde você trabalha...	

<p>1. No seu trabalho, a saúde e a segurança dos trabalhadores estão suficientemente protegidas <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p> <p>2. Os supervisores ou chefes encorajam você a se proteger e evitar acidentes <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p> <p>3. Existem regras bem claras sobre o que deve ser realizado para evitar acidentes de trabalho <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p>	<p>4. O ritmo de trabalho te impede de obedecer as regras de segurança <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p> <p>5. Você recebe informações sobre segurança no trabalho? <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p> <p>6. Nesta empresa, trabalhadores que não obedecem as regras de segurança são punidos <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p>	<p>7. Você alguma vez alertou algum colega sobre problemas de saúde e segurança que poderiam ocorrer devido ao trabalho? <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p> <p>8. Você alguma vez informou ao supervisor/chefia de que havia problemas no trabalho que poderiam comprometer a saúde e segurança dos trabalhadores? <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p> <p>9. Você alguma vez pediu Equipamentos de Proteção Individual como luvas, óculos, etc. <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p> <p>10. Com que frequência você usa os Equipamentos de Proteção Individual? <input type="checkbox"/> 0. Nunca <input type="checkbox"/> 1. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente <input type="checkbox"/> 4. Sempre</p>
SUB-BLOCO 5 - PERCEPÇÃO DE RISCO E MEDIDA DE PROTEÇÃO		
<p>1. Você considera a sua atividade de trabalho perigosa? <input type="checkbox"/> 0. Não. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe</p> <p>Por que (identifique e liste os riscos conhecidos) ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>2. Você recebeu algum tipo de treinamento para desenvolver sua atividade de trabalho? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica <input type="checkbox"/> 99. Outro Esp: _____</p>	

BLOCO 4 – PADRÕES DE SONO**Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)**

As questões a seguir são referentes aos seus hábitos de sono apenas durante os últimos trinta dias. Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites deste período. Por favor, responda a todas as questões.

1. Durante os últimos trinta dias, a que horas foi deitar à noite, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2. Durante os últimos trinta dias, quanto tempo (em minutos) demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3. Durante os últimos trinta dias, a que horas acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4. Durante os últimos trinta dias, quantas horas de sono por noite realmente dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, que ache mais correta (certa). Por favor, tente responder a todas as questões.

5. Durante os últimos trinta dias, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a- demorar mais de trinta minutos (meia hora) para pegar no sono:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

b- acordar no meio da noite ou de manhã cedo:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

c- levantar-se para ir ao banheiro:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

d- Ter dificuldade para respirar:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

e- tossir ou roncar muito alto:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

f- sentir muito frio:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

g- sentir muito calor:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

h- ter sonhos ruins ou pesadelos

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

i- sentir dores:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

j- outra razões, por favor descreva: _____

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão, durante os últimos trinta dias?

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

6. Durante os últimos trinta dias como você classificaria a qualidade de seu sono?

- | | |
|-----------------|------------------|
| (0) Muito boa | (2) Ruim |
| (1) Boa | (3) Muito ruim |

7. Durante os últimos trinta dias, tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

Qual (is): _____

8. Durante os últimos trinta dias, se teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (1) Menos de uma vez por semana |
| (2) Uma ou duas vezes por semana | (3) Três vezes por semana ou mais |

9. Durante os últimos trinta dias, sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

- (0) Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

- (1) Indisposição e falta de entusiasmo pequena
- (2) Indisposição e falta de entusiasmo moderadas
- (3) Muita indisposição e falta de entusiasmo

BLOCO 5 – O ACIDENTE

1- Após realizar procedimentos que envolvam manipulação de material perfurocortante, onde você o descarta?

- () Caixa perfurocortante () Cesto de lixo do paciente () Outro _____

2- Após realizar um procedimento que utilize agulha, você costuma reencapá-la?

- (0) Sempre
- (1) Na maioria das vezes
- (2) Raramente
- (3) Não reencapo

3- Como você foi informado sobre *Acidentes de trabalho com material biológico*?

- (0) Durante minha formação profissional
- (1) Curso realizado na instituição que trabalho atualmente
- (2) Simpósios e congressos, etc.
- (3) Pelo supervisor ou colega de trabalho
- (4) Quando sofri acidente de trabalho
- (5) Nunca fui informado

4- Conhece a CAT?

- (0) Não (1) Sim

5- Conhece a ficha de notificação individual do SINAN?

- (0) Não (1) Sim

6- No *último ano*, você sofreu algum acidente de trabalho envolvendo material perfurocortante contaminado com sangue ou fluidos corporais nesta instituição?

- (0) Não (1) Sim Quantos: _____

- Se **tiver sofrido** acidente, continue o questionário.

- Se **não tiver sofrido** acidente, prossiga na questão 21.

Qual o material perfurocortante envolvido no último acidente?

- (1) Agulha com lúmen
- (2) Material odontológico
- (3) Lanceta
- (4) Instrumental Cirúrgico
- (5) Outro: _____

7- Você sofreu algum outro tipo de acidente do trabalho que não envolva material perfurocortante?

- (0) não
- (1) de trajeto
- (2) típico, qual? _____

8 - Qual foi o procedimento que você estava realizando no momento do **último acidente**?

- (1) Punção Venosa
(2) Manipulação de Instrumentais
(3) Procedimento cirúrgico
(4) Descarte de materiais
(5) Outro: _____

9 - Em qual período de trabalho você estava no momento do **último acidente**?

- (0) Diurno (1) Noturno

10 – Quantas horas já havia trabalhado no dia que você sofreu o **último acidente**? _____ horas

11 – Quais os cuidados foram tomados com a **lesão** após o **último acidente**?

- () Nenhum () Lavagem com água e sabão () Outro: _____

12 – No momento do **último acidente**, você estava usando algum equipamento de proteção individual?

- (0) não (1) sim

12.1 – Quais os equipamentos de proteção individual você estava usando?

- () Óculos () luvas de procedimentos () luvas cirúrgicas () luvas para limpeza () capote () toca () avental () máscara cirúrgica () máscara N95 () Outro, especificar: _____

13 – Quais os fatores que mais contribuíram para a ocorrência do **último acidente** de trabalho?

- () estresse () sono () imprudência () falta de EPI () ato inseguro, não utilizou EPI () sobrecarga de trabalho () Outros, especificar: _____

14 – Após o **último acidente**, você procurou atendimento médico?

- (0) não. Por quê? _____
(1) sim

15 – Após o **último acidente**, você realizou exames laboratoriais?

- (0) não. Por quê? _____
(1) sim

15.1 – Foram realizados exames laboratoriais no paciente após a ocorrência do acidente?

- (0) não. Por quê? _____
(1) sim

16 – O **último acidente** de trabalho foi notificado em algum documento oficial?

- (0) não
(1) sim. Qual: _____

17 – Quais os fatores que motivaram a notificação do **último acidente**?

- () A instituição exigiu () O próprio funcionário notificou () Outros, especificar: _____

18 - Quais os fatores que motivaram a **NÃO** notificação do **último acidente**?

() Medo da chefia () Outro tipo de medo _____ () Não deu importância () Desconhecia a importância da notificação ()

Outros, especificar: _____

19- Paciente fonte conhecido?

(0) Não (1) Sim

20- Você teve que tomar drogas antirretrovirais?

(0) Não (1) Sim Por quê? _____

Bloco 6 – Esquema vacinal dos profissionais para hepatite B e realização do exame de anti-HBs

21 – Após um acidente com material biológico contaminado, quais doenças podem ser adquiridas?

(1) Hepatite A, tuberculose, meningite;

(2) Hepatite B, hepatite C, AIDS;

(3) Sarampo, hepatite B, coqueluche;

(4) AIDS, hepatite A, hepatite B.

22 – Você já foi vacinado contra hepatite B?

(1) 1 dose

(2) 2 doses

(3) 3 doses

(4) 4 ou mais doses

(5) não fui vacinado(a)

(6) não lembro

22.1 – Se você já foi vacinado, realizou exame de sangue para saber se houve resposta à vacina (Anti-HBs)?

(0) não (1) sim (2) não lembro

22.2- Você sabe o resultado do seu exame de Anti-HBs?

(0) não (1) sim (2) não lembro (3) não fiz

22.3- Se resposta sim na questão 22.2, responda:

(0) não reagente (1) reagente (2) não sei (3) nunca fiz

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE IV



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

ORIENTAÇÕES AO ENTREVISTADOR

Este documento apresenta as orientações que deverão nortear o levantamento de dados da pesquisa “Avaliação dos Acidentes de Trabalho entre a Equipe Multiprofissional dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Aquidauana – MS”.

Descreve os procedimentos padronizados que deverão ser seguidos e apresenta alternativas para lidar com diferentes situações. A leitura atenta e frequente desse documento irá ajudá-lo em vários aspectos, favorecendo a minimização dos erros.

Sumário:

Item 1: O papel do entrevistador em uma pesquisa

Item 2: Conduta do entrevistador

Item 3: População alvo

Item 4: Etapas da entrevista

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o profissional

ITEM 1: O PAPEL DO ENTREVISTADOR EM UMA PESQUISA

Para que o *entrevistador* contribua de forma efetiva para o conhecimento científico é necessário que os dados coletados sejam confiáveis, ou seja, estes devem corresponder, o mais fielmente possível, à realidade. O sucesso da pesquisa depende da qualidade do trabalho de cada *entrevistador*.

Este instrutivo foi feito para que os *entrevistadores* entendam e formulem as perguntas do questionário da mesma forma; não deixem de preencher dados e sejam compromissados com a qualidade da informação obtida.

ITEM 2: CONDUTA DO ENTREVISTADOR

ATENÇÃO: Antes de ir para a atividade de campo, o *entrevistador* deve ter lido atentamente o projeto distribuído durante o treinamento, para que tenha em mente informações claras sobre o estudo. Isto permite que o *entrevistador* seja capaz de explicá-lo de maneira a estimular o interesse e a cooperação do *entrevistado*.

O *entrevistador* deve manter uma atitude cordial e segura a fim de estimular o interesse do *entrevistado* em participar da pesquisa.

O uso de roupas discretas e adequadas é de grande importância: não devem ser usadas roupas vermelhas, colantes, curtas ou decotadas, para que o *entrevistador* fique à vontade para a tarefa que irá realizar. Lembre-se que o *entrevistador* deve chamar a atenção pelo que fala e não pelo que veste. Não masque chicletes ou fume durante a entrevista.

O *entrevistador* deve portar sempre do seu crachá. Quando for levantada alguma dúvida quanto à sua relação com a pesquisa, apresente-o.

O material a ser usado na entrevista (pasta com instrumentos de coleta de dados, o instrutivo de campo, caneta, lápis ou lapiseira com apontador e borracha) deve estar sempre junto com o *entrevistador*.

ITEM 3: POPULAÇÃO ALVO

A população alvo da pesquisa são profissionais em saúde que prestam cuidados diretos às pessoas ou indiretamente (como os profissionais do serviço de lavanderia e serviços gerais), que estejam expostos ao risco de acidentes de trabalho com material perfurocortante e exposição à materiais biológicos.

Esses profissionais devem ser trabalhadores do SUS (Sistema Único de Saúde), ou privados, porém, que atendam a esse sistema.

ITEM 4: ETAPAS DA ENTREVISTA

4.1. Apresentação do entrevistador

É recomendável que o entrevistador, na sua apresentação, fale um texto semelhante ao que se segue:

*“Meu nome é (**nome do entrevistador**) e sou entrevistador da pesquisa “Avaliação dos Acidentes de Trabalho entre a Equipe Multiprofissional dos Estabelecimentos de Saúde do município de Aquidauana – MS” de responsabilidade da mestrandia Sandra Calonga da ENSP/FIOCRUZ.*

Fale tudo de forma pausada, sem presumir que as pessoas conheçam a instituição e dando oportunidade para esclarecimentos.

4.2. Apresentação dos objetivos da pesquisa e de sua importância

Após se apresentar, o entrevistador deve esclarecer o objetivo da visita:

“O estudo pretende avaliar a ocorrência dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre as equipes assistenciais multiprofissionais de saúde dos Estabelecimentos de Saúde que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Aquidauana – Mato Grosso do Sul.”

“Os benefícios relacionados com a sua participação são o desenvolvimento de melhorias para a Saúde do Trabalhador do SUS”.

4.3. Apresentação do Termo de Consentimento

Confirme o nome **completo** do profissional e anote-o com **letra legível** no termo de consentimento.

Apresente o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (**anexo II**), que é uma exigência do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos.

A apresentação do Termo deve ser feita de forma clara e pausada.

Deve ser esclarecido que a colaboração da *entrevistada* é de grande importância para a melhoria da qualidade do atendimento ao trabalhador. Explique que o que deseja dele é que aceite ser entrevistado e responda ao questionário. Ressalte também que tudo o que o profissional informar será mantido em segredo, procurando deixar a *entrevistada* segura quanto à utilização e divulgação das respostas fornecidas.

Ao final da apresentação, explique que o Termo de Consentimento deve ser assinado, dê uma cópia para o profissional ler naquele momento, ou depois, como ele preferir. O *entrevistador* deve colocar-se à disposição para quaisquer esclarecimentos que estejam ao seu alcance e mostrar para o *entrevistado* que, com a cópia do termo de consentimento recebida, onde consta o telefone da coordenação, este poderá entrar em contato com a coordenação do projeto. Não mostre impaciência e nem minimize este procedimento. Trate-o como parte da rotina da pesquisa.

4.4. Procedimentos no caso de haver recusa em participar da pesquisa:

Caso haja recusa, preencha o quadro do rodapé do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, agradeça a atenção do profissional.

4.5. Procedimentos a serem seguidos para que a Pesquisa flua satisfatoriamente:

A partir do momento que o profissional aceitou a entrevista, conduza-o à um local privado, em que não hajam interrupções, nem plateia e realize a entrevista.

Observação: evite comparações com entrevistas de outros profissionais, não dê palpites.

É importante registrar no questionário as respostas de maneira adequada, não omitir e nem acrescentar dados e não influenciar nas respostas. Escreva na forma exata como o entrevistado respondeu. Não procure “traduzir” o que lhe é dito.

No final da entrevista, coloque-se à disposição do profissional e agradeça a sua participação.

ANEXO I

Protocolo de condutas pós-acidente envolvendo material biológico

CUIDADOS LOCAIS E IMEDIATOS COM A ÁREA EXPOSTA

- Lavagem do local exposto:
 - Exposição percutânea: com água e sabão
 - Exposição de mucosas: água ou soro fisiológico
 - Não há evidências de que o uso de antissépticos ou a expressão do local do ferimento reduzam o risco de transmissão, entretanto, o uso de antisséptico não é contra indicado.
 - Não devem ser realizados procedimentos que aumentem a área exposta, tais como cortes, injeções locais.
 - Não devem ser utilizadas soluções irritantes (éter, glutaraldeído, hipoclorito de sódio).

CUIDADOS COM O(A) ACIDENTADO(A)

- Orientar o acidentado com relação ao risco do acidente e o possível uso de quimioprofilaxia;
- Obter o consentimento para realização de exames sorológicos, comprometer o acidentado com seu acompanhamento durante 6 meses, prevenção da transmissão secundária, suporte emocional devido stress pós acidente;
- Relatar de imediato possíveis sintomas sugestivos de soroconversão aguda: >linfadenopatia, >rash, > dor de garganta, > sintomas de gripe.

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

- Determinar o risco e tipo da exposição e de material biológico;
- Tipo de Fluído;
- Tipo de Exposição;
- Status Sorológico do Acidentado
- Realizar sorologia no acidentado: ANTI-HIV, ANTI-HCV, ANTI-HBs, ANTI-HBcIgM, HBs Ag, TGP, ANTI-HTLV e VDRL;

- Verificar realização de vacinação contra Hepatite B e comprovação de imunidade através do ANTI-HBS.
- Status sorológico da Fonte.
- **Material biológico com risco:**
- Sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, tecidos, exsudatos inflamatórios, cultura de células e líquidos (pleural, pericárdico, peritoneal, articular e amniótico).
- **Material biológico sem risco:**
- Urina, fezes, escarro, vômitos e lágrima – a presença de sangue nestes materiais, tornam o material como sendo de risco.

TIPO DE EXPOSIÇÃO

Percutânea

- Lesões provocadas por instrumentos perfurantes e/ou cortantes.

Em mucosas

- Olhos, nariz, boca, genitália, etc...

Em pele não íntegra

- Contato com pele com dermatite, feridas, etc.

Mordeduras Humanas

- Considerar exposição de risco quando houver sangue.

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

- **+ 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 ou 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;
- **Maior inoculação viral:** Paciente-fonte com infecção viral aguda ou doença avançada, bem como situações de viremia elevada.

STATUS SOROLÓGICO DA FONTE

Conhecido:

- Fazer a anamnese, analisar prontuário e exames laboratoriais prévios.

Situações:

- Paciente Fonte **autoriza** exames com Consentimento informado: Realizar exames: HBs Ag, ANTI-HBC (IgM+IgG), ANTI-HCV, ANTI-HTLV, VDRL e Teste Rápido p/ HIV.

- Paciente Fonte **não autoriza**: Não testar agulhas descartadas, quanto aos marcadores virais. Considerar o diagnóstico médico, sintomas e história de situação de risco para aquisição de HIV, HBV ou HCV.

Desconhecido:

- Considerar fonte, tipo de material biológico e tipo de exposição.
- * **Deve ser comunicado ao acidentado e paciente fonte se sorologia negativa e concluir investigação. Caso o paciente fonte tenha sorologia positiva para HIV, HTLV, HVB e/ou HCV encaminhar o paciente fonte para o serviço de referência (CRAES/DST-AIDS) e dar prosseguimento de acompanhamento do acidentado conforme protocolos.**

PROFILAXIA ANTI-HIV

- Prazo para o início da quimioterapia :< 72 horas, de preferência nas 6 primeiras horas, durante 30 dias.

- Situações de menor risco: AZT + 3TC
- Situações de maior risco: AZT+3TC+KALETRA ou
- Caso o paciente fonte esteja em uso de TARV fazer o mesmo esquema.

* AZT+3TC: 1cp de 12/12 horas

*Lopinavir/ritonavir: 2cp de 12/12 horas

PROFILAXIA HEPATITE B

- Acidentado já imunizados com três doses:
 - Não necessitam de dose de reforço ou uso de imunoglobulina Humana Anti hepatite B (IGHAB)

- Indivíduos não imunizados ou com imunização incompleta:

- Devem receber uma dose da vacina IM e completar o esquema (0, 1, 6 meses).

- Receber uma dose de IGHAHB 0.6ml/kg IM (inclusive na região glútea) em extremidades diferentes da vacina. Deve ser utilizada de preferência nas primeiras horas após o acidente.

ROTINA SOROLÓGICA

Coleta imediata:

- Sífilis
- HIV
- Hepatite B
- Hepatite C
- HTLV 1-2
- TGP/ TGO
- Hemograma

Objetivo: Avaliar o estado sorológico anterior

COLETAS POSTERIORES

- Sífilis : 6 semanas e 3 meses
- HIV: 6 semanas, 3 meses e 6 meses
- Hepatite B: 6 meses
- Hepatite C: 6 meses
- HTLV 1-2: 6 meses
- TGP: 6 semanas e 6 meses

O acompanhamento deve ser semanal enquanto faz uso da profilaxia, com equipe multiprofissional, lembrando da necessidade do acompanhamento psicológico, que é importantíssimo. O retorno ao serviço de referência para controle deverá ser com 1 mês, 3 meses e 6 meses. Não se esquecer da Vacinação anti-tetânica (BRASIL, 2006c).

ANEXO II

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh - Instruções para pontuação

Componente 1: Qualidade subjetiva do sono:

Examine a questão 6 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	
muito boa	0	
boa	1	
ruim	2	
muito ruim	3	Pontuação do componente 1 : <input type="checkbox"/>

Componente 2: Latência do sono:

1.Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	
< ou = 15 minutos	0	
16-30 minutos	1	
31-60 minutos	2	Pontuação da questão 2: <input type="checkbox"/>
> 60 minutos	3	

2.Examine a questão 5a e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	
nenhuma vez	0	
menos de 1 vez/semana	1	
1 a 2 vezes/semana	2	
3 vezes/semana ou mais	3	Pontuação da questão 5a: <input type="checkbox"/>

3.Some a pontuação da questão 2 e da questão 5a: Soma de 2 e 5a:

4.Atribua a pontuação do componente 2 da seguinte maneira:

Soma de 2 e 5a	Pontuação do componente 2	
0	0	
1-2	1	
3-4	2	Pontuação do componente 2 : <input type="checkbox"/>
5-6	3	

Componente 3: Duração do sono:

1.Examine a questão 4 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	
> 7 horas	0	
6- 7 horas	1	
5-<6 horas	2	Pontuação do componente 3 : <input type="checkbox"/>
< 5 horas	3	

Componente 4: Eficiência habitual do sono:

1.Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

(1) Número de horas dormidas (questão 4) : _____

(2) Número de horas no leito: {horário de levantar (questão3) - horário de deitar (questão1)}: _____

(3) Eficiência do sono: {nº de horas dormidas / nº de horas no leito} x 100 = eficiência do sono (%)

$$\{ \frac{\text{_____}}{\text{_____}} \} \times 100 = \text{_____} \%$$

(4) Atribua a pontuação do componente 4 da seguinte maneira:

Eficiência do sono (%)	Pontuação
> 85 %	0
75-84 %	1

65-74 %	2	Pontuação do componente 4: <input type="checkbox"/>
< 65 %	3	

Componente 5: Distúrbios do sono:

1.Examine as questões de 5b a 5j e atribua a pontuação para cada questão, da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	Pontuação de cada questão:	
nenhuma vez	0	5b: _____	5c: _____
menos de 1 vez/semana	1	5d: _____	5e: _____
1 a 2 vezes/semana	2	5f: _____	5g: _____
3 vezes/semana ou mais	3	5h: _____	5i: _____
		5j: _____	

2.Some a pontuação de 5b até 5j:

3.Atribua a pontuação do componente 5 da seguinte maneira:

Soma de 5b a 5j	Pontuação	
0	0	
1-9	1	
10-18	2	Pontuação do componente 5: <input type="checkbox"/>
19-27	3	

Componente 6: Uso de medicação para dormir:

1.Examine a questão 7 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	
nenhuma vez	0	
< 1 vez / semana	1	
1 a 2 vezes / semana	2	Pontuação do componente 6: <input type="checkbox"/>
3 vezes / semana ou +	3	

Componente 7: Sonolência diurna e distúrbios durante o dia:

1.Examine a questão 8 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	
nenhuma vez	0	
< 1 vez / semana	1	
1 a 2 vezes / semana	2	Pontuação da questão 8: <input type="checkbox"/>
3 vezes / semana ou +	3	

2.Examine a questão 9 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	
nenhuma	0	
pequena	1	
moderada	2	Pontuação da questão 9: <input type="checkbox"/>
muita	3	

3.Some a pontuação das questões 8 e 9:

4.Atribua a pontuação do componente 7 da seguinte maneira:

Soma de 8 e 9	Pontuação	
0	0	
1-2	1	
3-4	2	Pontuação do componente 7: <input type="checkbox"/>
5-6	3	

Soma dos componentes de 1 a 7 =pontuação global do PSQI: