

HOSPITAL SANTA CASA DE CARIDADE DE URUGUAIANA

PLANO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR

CAPÍTULO V

PROTOCOLO DE BIOSSEGURANÇA PARA ACADÊMICOS

Baseado no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional,
Manual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Protocolo de
Exposição a Materiais Biológicos do Ministério do Trabalho

Uruguaiana/RS
2016

SUMÁRIO

1 IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

2 APRESENTAÇÃO

3 ACIDENTES

3.1 ACIDENTE DE TRAJETO

3.1.1 Atendimento ao acadêmico

3.1.2 Documentação necessária

3.2 ACIDENTE TÍPICO

3.2.1 Atendimento ao acadêmico

3.2.2 Registro do acidente de trabalho

3.3 EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

3.3.1 Doenças infectocontagiosas

3.3.2 Meios de contágio

3.3.3 Atendimento ao acadêmico exposto a material biológico

3.3.4 Exames que devem ser solicitados

3.3.5 Procedimento para testagem rápida de Anti-HIV

3.3.6 Quimioprofilaxia

3.3.7 Acompanhamento

3.3.8 Registro da exposição a material

3.4 EXPOSIÇÃO A PRODUTO QUÍMICO

3.4.1 Produtos químicos

3.4.2 Atendimento ao estagiário exposto a produto químico

3.4.3 Acompanhamento

3.4.4 Registro da exposição

4 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.2 FASES DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

5 VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA

5.1 DIFTERIA E TETANO

5.2 HEPATITE B

5.3 VACINAÇÃO RECOMENDADA

5.3.1 Febre Amarela

5.3.2 Tríplice Viral

6 PRECAUÇÕES

6.1 PADRÃO

6.2 CONTATO

6.3 AEROSSÓIS

6.4 GOTÍCULAS

7 APONTAMENTOS DA NR 32

8 APONTAMENTOS DO SESMT

9 REFERÊNCIAS

1 IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão Social: Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana

CNPJ: 98416225000-128

Endereço: Domingos de Almeida, nº 3881

Bairro : São Miguel

Cidade: Uruguaiana

Estado: Rio Grande do Sul

CEP: 97502-854

Telefone: (55) 3411-5588

CNAE: 86101-01

Grupo: nº 86 (Q) Saúde Huma e Serviços Sociais

Atividade: nº 86.10-1 Atividades de Atendimento Hospitalar

Grau de Risco: III (três)

2 APRESENTAÇÃO

Os serviços de saúde são compostos por ambientes de trabalho complexos, apresentando, por isso mesmo, riscos variados à saúde dos acadêmicos e também das pessoas que estejam recebendo assistência médica nesses locais. Dentre esses riscos, um que é bastante peculiar ao serviço de saúde é o risco de sofrer um acidente. Além de incluir o ferimento em si, a grande preocupação com os acidentes é a possibilidade de causa incapacidade ou morte do estudante, ou do mesmo vir a se infectar com um patógeno infeccioso, especialmente os vírus das hepatites B e C e HIV.

Este protocolo tem por finalidade servir de subsídio para a identificação e assistência aos acadêmicos estagiários acidentados, bem como demonstrar as medidas de prevenção. Esse instrumento corroborará a tornar mais seguro o campo de estágio, não só dos acadêmicos, mas também de todos os trabalhadores que atuam nesse serviço. Formulado para atender às exigências legais relacionadas à biossegurança, Normativas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional.

3 ACIDENTES

Acidente é o que ocorre pelo exercício da atividade seja com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o estagiário, no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Conforme Art. 21 da supracitada lei, equiparam-se também ao acidente do trabalho;

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

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

a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;

c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;

d) ato de pessoa privada do uso da razão;

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

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

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

a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de

propriedade do segurado;

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

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

Não considera-se acidente de trabalho;

a) a doença degenerativa;

b) a inerente a grupo etário;

c) a que não produza incapacidade laborativa;

d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

3.1 ACIDENTE DE TRAJETO

São todos os acidentes que ocorrem no trajeto da residência para o trabalho, e do trabalho para a residência. Para ser considerado acidente de trajeto o estagiário deverá estar no trajeto normal, isto é, o caminho percorrido para ir ao campo habitualmente, não precisa ser o mais curto, mas sim o habitual. Caso o estagiário em um determinado dia resolva passar por outro caminho, mudando seu trajeto, seja lá por qual motivo for, e se acontecer um acidente, poderá haver descaracterização.

O tempo normal de percurso, deve ser compatível com o tempo normal de trajeto, assim, se a pessoa sair do trajeto como no exemplo acima e exceder o tempo normal ela também poderá ter o acidente descaracterizado.

3.1.1 Atendimento ao estagiário

Todo estagiário acidentado no percurso do hospital ao domicílio ou vice-versa que seja caracterizado como acidente de trajeto, terá seu atendimento realizado, quando necessário, pelas instituições municipais de resgate (SAMU e Bombeiros).

Sendo seu quadro clínico acompanhado pelo serviço de Saúde Ocupacional do HSCCU (SESMT).

3.1.2 Documentação necessária

Para fins de aferição do acidente de trajeto, é necessário que o estagiário acidentado apresente algum dos seguintes documentos comprobatórios;

- a) Formulário de atendimento do SAMU;
- b) Boletim de Ocorrência e;
- c) Ficha de Atendimento do Pronto Socorro.

3.2. ACIDENTE TÍPICO

São os acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado. Podem ser quedas, queimaduras, cortes, lacerações, punções, fraturas, luxações, impacto por objetos, doenças profissionais e doenças do trabalho.

3.2.1 Atendimento ao Estagiário

Todo acidente ocorrido nas dependências do HCSSU deverá ser assistido no Pronto Socorro.

Imediatamente identificado a ocorrência de acidente, o estagiário acidentado deverá comunicar ao seu professor para que o mesmo seja atendido. O estagiário será encaminhado para o Pronto Socorro para a realização de BAA (Boletim de Atendimento Ambulatorial), triagem conforme a gravidade do acidente e atendimento médico.

Todo acidente é considerado urgência para os parâmetros de triagem do Pronto Socorro.

Conforme a gravidade do acidente, condições de saúde do estagiário e o protocolo médico de tratamento implementado, o mesmo será considerado APTO ou INAPTO para retornar à sua atividade laboral.

O acompanhamento das condições de saúde e evolução do caso clínico será realizado pela escola.

IMPORTANTE: Todo estagiário que atue em atividades que tenham risco biológico e apresente lesão de mãos, deve ser avaliado por um médico antes de assumir seu posto de estágio.

3.3 EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

Ocorre quando, em sua atividade, o estagiário entra em contato com material biológico seja em contato direto com outrem ou material contaminado.

3.3.1 Doenças Infectocontagiosas

São doenças causadas por agentes que apresentam maior capacidade de contaminação cruzada entre os seres.

Pode ser transmitidas através de;

Sangue, outros materiais contendo sangue, sêmen e secreções vaginais são considerados materiais biológicos envolvidos habitualmente nas situações de risco ocupacional para profissionais de saúde.

Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquido e líquido articular são fluidos e secreções corporais potencialmente infectantes. Estas exposições devem ser avaliadas de forma individual, já que, em geral, estes materiais são considerados como de baixo risco para transmissão viral ocupacional.

Suor, lágrima, fezes, urina, vômitos, secreções nasais e saliva são líquidos biológicos sem risco de transmissão ocupacional. Nestes casos, as profilaxias e o acompanhamento clínico-laboratorial não são necessários. A presença de sangue nestes líquidos torna-os materiais infectantes.

- Vírus da hepatite B (HBV)

Estudos precedentes mostram que o declínio nos casos de hepatite B ocupacional ocorrem principalmente devido à ampla imunização dos trabalhadores da saúde. Embora as precauções universais também ajudem a reduzir as exposições a sangue ou outros materiais biológicos e as infecções por HBV, a extensão da contribuição destas medidas não pode ser precisamente quantificada. Atualmente, muitos trabalhadores da saúde são imunes à hepatite B como resultado da vacinação pré-exposição. Entretanto, trabalhadores suscetíveis ainda correm risco de exposição envolvendo perfurocortantes e pacientes-fonte com infecção pelo

HBV. Sem a instituição da profilaxia pós-exposição, há um risco de 6%-30% de um trabalhador suscetível tornar-se infectado após exposição ao HBV. O risco é mais elevado se o paciente-fonte for HBsAg positivo, um marcador de infectividade elevada.

- Vírus da hepatite C (HCV)

Antes da implementação das precauções universais e da descoberta do HCV em 1990, uma associação foi observada entre trabalhar na área da saúde e a aquisição de hepatite aguda A e B. Um estudo mostrou uma associação entre a positividade para o anti-HCV e a história de exposições ocupacionais percutâneas. Entretanto, não há uma maneira de confirmar se estas infecções são casos de transmissão ocupacional. Estudos prospectivos mostram que o risco médio de transmissão do HCV após exposição percutânea a um paciente-fonte sabidamente infectado pelo HCV é de 1,8% (variação: 0% a 7%), com um estudo indicando que a transmissão ocorreu apenas em acidentes envolvendo agulhas com lúmen quando comparados com outros perfurocortantes.

- Vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Nos EUA, o primeiro caso de transmissão de HIV de um paciente para um trabalhador da saúde foi relatado em 1986. Em estudos prospectivos, o risco médio de transmissão do HIV após exposição percutânea envolvendo sangue é estimado como sendo aproximadamente de 0,3%. Em um estudo retrospectivo do tipo caso-controle com trabalhadores da saúde que sofreram exposição percutânea, o risco de transmissão do HIV foi considerado como elevado em exposições que envolveram uma grande quantidade de sangue indicado por a) um dispositivo visualmente contaminado com o sangue do paciente-fonte, b) um procedimento que envolveu agulhas previamente utilizadas na veia ou artéria do paciente-fonte ou c) uma lesão profunda.

3.3.2 Meios de Contágio

Pode ocorrer exposição a material biológico das seguintes maneiras;

- ⑩ Exposições percutâneas – lesões provocadas por instrumentos perfurantes e

cortantes (p.ex. agulhas, bisturi, vidrarias);

⑩ Exposições em mucosas – p.ex. quando há respingos na face envolvendo olho, nariz, boca ou genitália;

⑩ Exposições cutâneas (pele não-íntegra) – p.ex. contato com pele com dermatite ou feridas abertas;

⑩ Mordeduras humanas – consideradas como exposição de risco quando envolverem a presença de sangue, devendo ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto àquele que tenha sido exposto.

- Patógenos de transmissão sanguínea

Os acidentes com agulhas e outros perfurocortantes usados nas atividades laboratoriais e de assistência à saúde estão associados à transmissão ocupacional de mais de 20 diferentes patógenos. O vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV) e o vírus da aids (HIV) são os patógenos mais comumente transmitidos durante as atividades de assistência ao paciente.

- Patógenos de transmissão aérea

O doente ou portador, quando fala, tosse ou espirra, dispersa agentes etiológicos de doenças de transmissão aérea. Deste modo, qualquer pessoa pode ser exposta a esses agentes quando em contato com o doente ou portador, ao entrar em ambientes contaminados, ou ainda ao realizar procedimentos nestas pessoas.

As gotículas têm tamanho maior que 5 μm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal. Disseminação de gotículas são aquelas (partículas maiores do que 5 μm), geradas durante tosse, espirro, conversação ou na realização de diversos procedimentos tais como: inalação, aspiração, etc.

Nos aerossóis, as partículas são menores, permanecem suspensas no ar por longos períodos de tempo e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório. Existem doenças de transmissão respiratória por gotículas e outras de transmissão respiratória por aerossóis, as quais requerem modos de

proteção diferentes.

Os agentes de transmissão por via respiratória, podem ser o Bacilo de Koch, o vírus do sarampo, o vírus da SRAG/SARS, entre outros.

3.3.3 Atendimento ao estagiário exposto a material biológico

Todo acidente de trabalho ocorrido nas dependências do HCSSU deverá ser assistido no Pronto Socorro.

Imediatamente identificado a ocorrência de acidente, o estagiário acidentado deverá comunicar a sua chefia para que o mesmo seja atendido. O estagiário deverá ser encaminhado para o Pronto Socorro para a realização de BAA (Boletim de Atendimento Ambulatorial), triagem e atendimento médico, em até, no máximo 120 minutos para implementação de todo protocolo.

Todo acidente é considerado urgência para os parâmetros de triagem do Pronto Socorro.

Deverá ser iniciado, no momento do acidente, o processo de investigação do mesmo abrangendo as seguintes informações:

POTENCIAL DE TRANSMISSÃO DE PATÓGENOS (HIV, HBV, HCV)

Esse processo leva em consideração *Tipo exposição, Tipo de quantidade de fluido e tecido, Status sorológico da fonte, Status sorológico do acidentado, Susceptibilidade do profissional exposto e Tipo de exposição.*

O perfil sorológico do paciente-fonte deve ser coletado imediatamente após o acidente conforme os itens 3.3.4 e 3.3.5.

Com esses dados o médico plantonista do PS, solicita os exames de exposição conforme item 3.3.5, para aferição do status sorológico do acidentado e avalia seu quadro vacinal (vacina para Hepatite B).

Com base nos dados do acidente, status sorológico do paciente-fonte e estagiário acidentado, poderá ser ou não, implementado o *Protocolo de Quimioprofilaxia*, item 3.3.6. o estagiário deverá ser orientado por seu professor sobre:

- Possível uso de quimioprofilaxia e efeitos colaterais;
- Consentimento para realização de exames sorológicos;
- Comprometer o acidentado com seu acompanhamento durante seis meses;
- Prevenção da transmissão secundária;
- Suporte emocional devido ao estresse pós-acidente;
- Orientar o acidentado a relatar de imediato os seguintes sintomas: linfadenopatia, *rash*, dor de garganta, sintomas de gripe (sugestivos de soro-conversão aguda).
- Reforçar a prática de biosegurança e precauções básicas em campo de estágio.

O acompanhamento das condições de saúde e evolução do caso clínico será realizado pela escola.

- Condutas frente ao acidente com exposição ao HIV

⑩ Paciente-fonte HIV positivo: Um paciente-fonte é considerado infectado pelo HIV quando há documentação e exames anti-HIV positivos ou o diagnóstico clínico de aids. Conduta: análise do acidente e indicação de quimioprofilaxia anti-retroviral (ARV)/Profilaxia Pós-Exposição (PPE).

⑩ Paciente-fonte HIV negativo: Envolve a existência de documentação laboratorial disponível e recente (até 30 dias para o HIV) ou no momento do acidente, através do teste convencional ou do teste rápido. Não está indicada a quimioprofilaxia anti-retroviral.

⑩ Paciente-fonte com situação sorológica desconhecida: Um paciente-fonte com situação sorológica desconhecida deve, sempre que possível, ser testado para o vírus HIV, depois de obtido o seu consentimento; deve-se colher também sorologias para HBV e HCV.

⑩ Paciente-fonte desconhecido: Na impossibilidade de se colher as sorologias do paciente-fonte ou de não se conhecer o mesmo (Ex.: acidente com agulha encontrada no lixo), recomenda-se a avaliação do risco de infecção pelo HIV, levando em conta o tipo de exposição (agulha, bisturi), dados clínicos e epidemiológicos.

* Ver item 3.3.6 Quimioprofilaxia.

- Condutas frente ao acidente com exposição ao HBV

As recomendações vão depender do *status* sorológico do paciente-fonte e

dos níveis de Anti-HBs do profissional acidentado.

A dosagem de anticorpos pós-vacina, para verificação de imunidade quando houve aplicação de IGHAHB, deve aguardar um período de três a seis meses. Com o objetivo de excluir a possibilidade da fonte ou do acidentado estar na janela imunológica de um quadro agudo ou em fase de convalescença de hepatite B, quando o HBsAg pode ser negativo, solicita-se também o Anti-HBc IgM para o acidentado. Os acidentados cuja fonte for HBsAg positiva ou Anti-HBc IgM positiva ou desconhecida e não estiverem imunizados para hepatite B, devem entrar em protocolo de seguimento realizando HBsAg, 45 e 180 dias após o acidente. Após obter-se uma dosagem de Anti-HBsAg >10 UI/l não estão indicadas dosagens posteriores. As pessoas que fizeram um esquema vacinal completo e não responderam à vacinação, ou seja, Anti-HBs < 10 UI/L, devem realizar um segundo esquema vacinal, com dosagem de anti-HBs 1 a 2 meses após o término da vacinação, não ultrapassando 6 meses.

Não há nenhuma restrição quanto às atividades laborais, para as pessoas que não responderam à vacinação para hepatite B. Entretanto, caso sofram acidente com material biológico, elas devem procurar o serviço médico de referência com a maior brevidade para avaliar a necessidade de profilaxia pós-exposição.

O profissional de saúde exposto ao vírus da hepatite B precisa tomar precauções especiais para transmissão secundária, durante o período de seguimento. Deve evitar doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos ou sêmen. Deve adotar práticas sexuais seguras. Na prevenção da transmissão vertical do HBV, não há necessidade de evitar a gravidez ou suspender o aleitamento materno desde que as medidas de profilaxia tenham sido para a mãe e o recém-nascido.

Condutas frente ao acidente com exposição ao HCV

Até o momento não existe nenhuma profilaxia pós-exposição contra o HCV. A incubação do HCV é de duas a 24 semanas (em média seis à sete semanas). Pode ocorrer alteração na TGP em torno de 15 dias e a positividade do RNA -HCV (PCR – reação em cadeia da polimerase) aparece entre oito e 21 dias. O Anti-HCV (3.^a geração) já pode ser detectado cerca de seis semanas após a exposição. Considerando que a positividade do Anti-HCV pode ser tardia, é recomendada a realização do RNA -HCV

qualitativo no máximo até 90 dias após a data do acidente.

Caso positivo, o profissional acidentado será orientado a realizar o acompanhamento com profissional especializado. Dessa forma, o acompanhamento preconizado para trabalhadores que se acidentaram com fonte HCV positiva ou desconhecida consiste na realização dos seguintes exames: Anti-HCV no momento da exposição, Anti-HCV 90 dias após a exposição e Anti-HCV 180 dias após a exposição.

Em caso de soro-conversão deve-se realizar teste confirmatório por PCR. Quando se identifica precocemente a infecção pelo HCV, o acidentado deve ser informado sobre a possibilidade de tratamento e encaminhado para um serviço de referência.

O profissional de saúde exposto ao vírus da hepatite C precisa tomar precauções especiais para transmissão secundária, durante o período de seguimento. Deve evitar doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos ou sêmen. Sugere-se adotar práticas sexuais seguras e evitar a gravidez. O aleitamento materno será discutido caso a caso.

3.3.4 Exames que devem ser solicitados

O professor supervisor, logo após a exposição, deve comunicar ao SESMT e providenciar a coleta de sorologias para o paciente-foco, quando conhecido, e para o estagiário conforme o esquema abaixo:

	1º dia (dia da exposição)	45º dia	180º dia
Paciente-foco	-Anti-HIV (teste rápido) - Anti – HCV - Anti – HBS - HbsAg	-	-
Estagiário exposto	-Anti-HIV (teste comum) - Anti – HCV - Anti – HBS - HbsAg	-Anti-HIV (teste comum) - Anti – HCV - HbsAg	-Anti-HIV (teste comum) - Anti – HCV - HbsAg

3.3.5 Procedimento para testagem rápida de Anti-HIV

1 Limpar com álcool o dedo do paciente que será utilizado para a coleta do sangue

2 Após o álcool secar, furar o dedo do paciente para coleta do sangue

3 Coletar o sangue com a pipeta descartável que acompanha o Kit

4 Dispensar 02 gotas (20µL) do sangue na área da amostra (S)

5 adicionar na área de amostra (S), 01 gota (40µL) do tampão

6 Aguardar 15 minutos para leitura.
Não esqueça de anotar o horário.

ATENÇÃO

O TESTE SERÁ CONSIDERADO **INVÁLIDO** SE, APÓS 10 MINUTOS, NÃO SURTIR A BARRA VERMELHA NO CONTROLE (C). NESSE CASO, O TESTE DEVERÁ SER REPETIDO.

POSITIVO
Se o resultado for **POSITIVO**, aparecerão duas barras vermelhas no recipiente retangular: uma ao lado da letra C e outra ao lado da letra T.

NEGATIVO
Se o resultado for **NEGATIVO**, aparecerá apenas uma barra vermelha no recipiente retangular, ao lado da letra C.

SUS
Secretaria de Vigilância em Saúde
BRASIL

3.3.6 Quimioprofilaxia

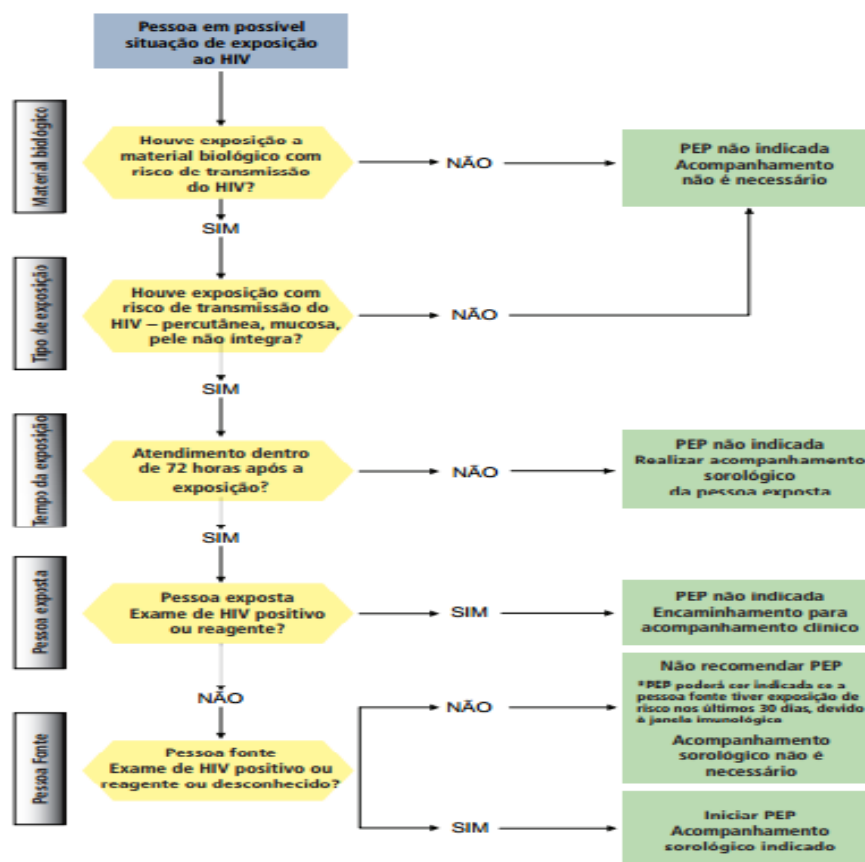
Quando indicada, a Profilaxia Pós Exposição (PPE) deverá ser iniciada o mais rápido possível. Estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é tão eficaz quando iniciada 24 a 48 horas após a exposição. Recomenda-se que a PPE iniciada com 12, 24 ou 36 horas é mais efetiva que com 48 a 72 horas após exposição. Estes mesmos estudos estabeleceram que a PPE não é efetiva quando indicada acima de 72 horas após a exposição e são a base para que os indivíduos atendidos com mais de 72 horas após a evolução não sejam elegíveis para esta quimioprofilaxia.

A duração da quimioprofilaxia é de 28 dias. Atualmente, existem diferentes medicamentos anti-retrovirais potencialmente úteis, embora nem todos indicados para PPE, com atuações em diferentes fases do ciclo de replicação viral do HIV.

Mulheres em idade fértil: oferecer o teste de gravidez para aquelas que não sabem informar sobre a possibilidade de gestação em curso. Nos casos em que se suspeita que o paciente-fonte apresenta resistência aos anti-retrovirais, iniciar a PPE com os anti-retrovirais habituais e encaminhar o acidentado para um especialista. O esquema para PPE estabelecido pelo Ministério da Saúde consiste em uma **dose tripla combinada, o chamado três em um, dos medicamentos tenofovir (300 mg), lamivudina (300 mg) e efavirenz (600 mg).**

O objetivo da quimioprofilaxia com os atuais esquemas combinados de anti-retrovirais (dois ou três medicamentos) inclui não somente aspectos relacionados com a maior potência anti-retroviral, mas também a uma maior cobertura contra vírus resistentes, já que um número cada vez maior de pacientes faz uso de anti-retrovirais e a transmissão de vírus resistentes já foi demonstrada em diferentes situações. Não existe, entretanto, nenhum dado que demonstre que a combinação de drogas seja mais eficaz para profilaxia do que a zidovudina (ou outros agentes) de forma isolada.

1.5 Fluxograma para indicação de PEP



Para a escolha do esquema profilático em exposições envolvendo pacientes-fonte infectados pelo HIV/Aids, deve-se avaliar a história prévia e atual de uso dos anti-retrovirais e os parâmetros que possam sugerir a presença de vírus resistentes como o tratamento anti-retroviral prolongado e a ocorrência, durante o tratamento, de progressão clínica, aumento de RNA viral, queda dos níveis de linfócitos CD4+ e falta de resposta na troca do esquema medicamentoso. Medicamentos anti-retrovirais diferentes do esquema padrão podem ser indicados quando há suspeita de exposição a cepas virais resistentes. Nestes casos, uma avaliação criteriosa deve ser feita por médicos especialistas na área de infecção pelo HIV/aids. Como a resistência provavelmente afeta toda uma classe de anti-retrovirais é prudente incluir uma droga de uma outra classe.

3.3.7 Acompanhamento

Durante o acompanhamento, a pessoa exposta deve ser orientada a manter medidas de prevenção à infecção pelo HIV, como o uso de preservativos em todas as relações sexuais, o não compartilhamento de seringas e agulhas nos casos de uso de drogas injetáveis, além do respeito à contraindicação da doação de sangue,

órgãos, tecidos ou esperma e à importância de se evitar a gravidez.

3.3.8 Registro da exposição

É de responsabilidade do estagiário acidentado comunicar imediatamente a ocorrência do fato ao seu professor supervisor.

É de responsabilidade do professor supervisor comunicar a ocorrência do acidente ao SESMT através do *Formulário de Notificação de Acidente/Incidente de Trabalho*, disponível com a Coordenação de Enfermagem ou SESMT.

3.4 EXPOSIÇÃO A PRODUTO QUÍMICO

3.4.1 Produtos químicos

Um produto químico é formado por um ou mais compostos químicos que lhe permitem cumprir com uma determinada função. Os compostos químicos, por sua vez, são substâncias que contam com dois ou mais elementos que fazem parte da tabela periódica.

Habitualmente, os produtos químicos são formados por um componente activo, que é a substância que lhe permite desempenhar a sua função, e por vários excipientes, que melhoram a sua eficiência.

Os produtos químicos, dependendo das suas características, podem servir para limpar, desinfectar, eliminar pragas ou levar a cabo diversos processos industriais. São usados, por conseguinte, nas fábricas, nas casas particulares e os campos destinados à agricultura, entre muitos outros espaços.

É importante destacar que muitos produtos químicos trazem benefícios em certas áreas, mas também provocam danos noutras. De acordo com estes efeitos adversos colaterais que causam, os produtos químicos são qualificados de diferentes formas pelas autoridades, que podem ordenar a restrição ou até a proibição de uso.

RISCO QUÍMICO

É o perigo a que determinado indivíduo está exposto ao manipular produtos químicos que podem causar-lhe danos físicos ou prejudicar-lhe a saúde. Os danos físicos relacionados à exposição química inclui, desde irritação na pele e olhos, passando por queimaduras leves, indo até aqueles de

maior severidade, causado por incêndio ou explosão. Os danos à saúde pode advir de exposição de curta e/ou longa duração, relacionadas ao contato de produtos químicos tóxicos com a pele e olhos, bem como a inalação de seus vapores, resultando em doenças respiratórias crônicas, doenças do sistema nervoso, doenças nos rins e fígado, e até mesmo alguns tipos de câncer. Alguns provocam queimaduras ou chagas ao entrar em contacto com a pele, outros geram intoxicação quando são ingeridos ou aspirados, inclusive de maneira involuntária.

Há produtos químicos, por outro lado, que são arriscados devido à sua inflamabilidade. Isto significa que, perante certas temperaturas elevadas, podem estalar e provocar um incêndio. Para evitar estes inconvenientes, os produtos químicos devem ser manipulados com precaução e utilizando certos elementos de segurança, como luvas ou óculos para proteger os olhos.

O perigo de um produto, ou substância, está diretamente associado às suas propriedades químicas, físicas e toxicológicas. A preocupação com os acidentes envolvendo tais produtos tem mobilizado instituições internacionais e nacionais que procuram promover estratégias e políticas direcionadas ao problema, tais como Prevenção de Acidentes Industriais Maiores, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, Política Nacional de Segurança Química e Plano Nacional de Preparação e Resposta Rápida a Emergências Ambientais com Produtos Químicos Perigosos, ambos coordenados pelo Ministério do Meio Ambiente.

3.4.2 Atendimento ao estagiário exposto a produto químico

Todo acidente ocorrido nas dependências do HCSSU deverá ser assistido no Pronto Socorro.

Imediatamente identificado a ocorrência de exposição a produto químico, o estagiário acidentado deverá comunicar a sua chefia para que o mesmo seja atendido. O estagiário será encaminhado para o Pronto Socorro para a realização de BAA (Boletim de Atendimento Ambulatorial), triagem conforme a gravidade do acidente e atendimento médico.

Identificada a exposição a produto químico deverá ser comunicado ao CIT (Centro de Informações Toxicológicas) pelo 0800 41 01 48.

Todo acidente com produto químico é considerado urgência para os

parâmetros de triagem do Pronto Socorro.

Conforme a gravidade do acidente, condições de saúde do estagiário e o protocolo médico de tratamento implementado, o estagiário será considerado APTO ou INAPTO para retornar à sua atividade laboral.

O acompanhamento das condições de saúde e evolução do caso clínico será realizado pela escola.

3.4.3 Tratamento e acompanhamento

O tratamento será conforme o tipo de produto, a gravidade da lesão e a avaliação médica. O acompanhamento será realizado pelo SESMT.

3.4.4 Registro da exposição

É de responsabilidade do estagiário acidentado comunicar imediatamente a ocorrência do fato ao seu professor supervisor.

É de responsabilidade do professor supervisor comunicar a ocorrência do acidente ao SESMT através do *Formulário de Notificação de Acidente/Incidente de Trabalho*, disponível com a Coordenação de Enfermagem ou SESMT, discriminando o tipo de produto químico ao qual o estagiário foi exposto.

4 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A correta segregação do lixo hospitalar é primordial no processo de gerenciamento desses resíduos, principalmente no que concerne ao manuseio secundário, o processo de transporte interno, reciclagem e transporte externo. Qualquer segregação descuidada desse material acarreta no risco de acidentes de trabalho, contaminação ambiental, disseminação de agentes nocivos e aumento no custo financeiro para a empresa.

No Brasil, órgãos como Agência Nacional de Vigilância da Saúde (ANVISA) e o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), tem o papel de orientar, definir

regras e regular a conduta no que se refere a Resíduos de Serviço de Saúde, com o objetivo de preservar a saúde e o meio ambiente desde inicio da década de 1990.

A Resolução CONAMA nº 005/93 definiu obrigatoriedade do PGRSS.

4.1 RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Resíduo resultante de qualquer unidade que execute atividade de natureza médico assistencial às populações, humana ou animal, centro de pesquisas, desenvolvimento ou experimentação na área de farmacologia, bem como os medicamentos vencidos ou deteriorados.



Grupo A (Risco biológico) - engloba os componentes com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Exemplos: placas e lâminas de laboratório, carcaças, peças anatômicas (membros), tecidos, bolsas transfusionais contendo sangue, dentre outras. Deve ser acondicionado em saco plástico branco leitoso, resistente, impermeável. Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

Destino final: grupo A incinerados.



Grupo B (Risco químico) - contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Ex: medicamentos apreendidos, reagentes de laboratório, resíduos contendo metais pesados, dentre outros. Devem ser acondicionados com sua embalagem original,

dentro de recipiente inquebrável ,envolvido por um saco.Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frases de risco.

Destino final: Grupo B devolvido ao fabricante.



Grupo C (Rejeitos radioativos) - quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, como, por exemplo, serviços de medicina nuclear e radioterapia etc. Deverão ser acondicionados em recipientes blindados.Os rejeitos do grupo C são representados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO.

Destino final: Grupo C deverão ir para Recife ou Salvador.



Grupo D (Resíduo comum) –ESTE TIPO DE RESIDUO NÃO APRESENTA RISCOS Á SAUDE E AO MEIO AMBIENTE, SÃO EQUIPARADOS AOS RESIDUOS DOMESTICOS. Ex: sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos das áreas administrativas etc.Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou à reutilização. Quando adotada a reciclagem, sua identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações,

Destino final: Grupo D reciclados, reutilizados ou aterrado.

Grupo E (PÉRFUROCORTANTE) – EX:lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares. Acondicionados em recipientes rígidos preenchidos somente ate 2/3 de sua capacidade. Os produtos do grupo E são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

Destino final: Grupo E incinerados.



“Documento integrante do processo de licenciamento ambiental, baseado nos princípios de não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como a proteção à saúde pública.” Resolução CONAMA nº358, 29/04/2005.

O PGRSS tem como principal objetivo atender à Resolução 358/05 (CONAMA) e a RDC 306/04 (ANVISA), a fim de:

- * Melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar;
- * Contribuir para o controle de infecção hospitalar e acidentes ocupacionais;
- * Proteger a saúde e o meio ambiente;
- * Reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;
- * Estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;
- * Estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados.
- * Estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;

O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento.

4.2 FASES DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Segregação – É uma das etapas mais importantes para um gerenciamento adequado e consiste em separar e selecionar os resíduos segundo a classificação adotada na fonte. Esta etapa envolve todos os profissionais da instituição, pois é realizada pela pessoa que produz o resíduo no local onde é produzido.

O principal objetivo não é apenas reduzir a quantidade de resíduos com risco biológico, mas também *criar uma cultura organizacional de segurança e do não desperdício*.

No Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana a segregação acontece da seguinte maneira:

- ⑩ **Lixo contaminado:** consiste no lixo que contém material biológico,

mas não é perfurocortante. São gazes, apósitos, compressas, sondas, cateteres de oxigênio, máscaras respiratórias, equipos sem ponta, buretas, material de curativo, luvas, toucas, aventais descartáveis, drenos, frascos de coleta de material biológico, e todo outro material que contenha sangue ou outras secreções. Deve ser acondicionado no lixo **BRANCO**.

⑩ **Lixo reciclável:** é todo material NÃO contaminado que tem a possibilidade de ser reprocessado. Frascos de soro, frascos de medicações, envólucros de plástico ou papel, papel seco, papelão, copos de plástico e plásticos em geral. Deve ser acondicionado no lixo **VERDE**.

⑩ **Lixo comum:** é o material de uso doméstico, como: papel toalha molhado, fraldas, papel carbono, restos de alimentos. Deve ser acondicionado no lixo **PRETO**.

⑩ **Lixo perfurocortante:** é todo material que promova risco de acidentes punctórios ou cortantes como: agulhas, agulhas com seringa, mandris, lâminas, bisturi, frascos-ampola, ampolas, agulha com fio de sutura, cateteres de inserção venosa. Deve ser alocado na caixa coletora amarela (Descarpack).

Tratamento – Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características do resíduo, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de danos ao meio ambiente.

Acondicionamento – As principais funções do acondicionamento adequado dos RSS são: isolar os resíduos do meio externo, evitando contaminação e mantendo afastados os vetores; identificar, através das cores, símbolos e inscrições a classe do resíduo; manter os resíduos agrupados, facilitando o seu gerenciamento, transporte e tratamento. Identificação – A identificação dos RSS através de símbolos permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo.

Coleta e transporte interno – Consiste na retirada e traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos é realizado atendendo o roteiro e horários previamente definidos, para *não coincidir*

com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. É feito separadamente em carros coletores específicos a cada grupo de resíduos.

Armazenamento externo – Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo e com acesso facilitado para os veículos coletores.

Coleta externa – Consiste na remoção do RSS do abrigo até a unidade de disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores e do meio ambiente.

Disposição final – Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, com licenciamento ambiental.

5 VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA*

A vacina estimula o corpo a se defender contra os organismos (vírus e bactérias), sendo o processo de vacinação de indivíduos ou massas uma das medidas mais importantes de prevenção contra doenças. É muito melhor e mais fácil prevenir uma doença do que tratá-la, e é isso que as vacinas fazem. Elas protegem o corpo humano contra os vírus e bactérias que provocam vários tipos de doenças graves, que podem afetar seriamente a saúde das pessoas e inclusive levá-las à morte.

A vacinação não apenas protege aqueles que recebem a vacina, mas também ajuda a comunidade como um todo. Quanto mais pessoas de uma comunidade ficarem protegidas, menor é a chance de qualquer uma delas – vacinada ou não – ficar doente. Além disso, algumas doenças preveníveis por vacina podem ser erradicadas por completo, não causando mais doença em nenhum local do mundo.

O ambiente hospitalar é caracterizado como serviço de saúde, e como tal está regido pela Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) que prevê a obrigatoriedade de todos os profissionais trabalhadores ou estagiários estarem devidamente imunizados para doenças como: difteria, tétano e hepatite B.

5.1 DIFTERIA E TETANO

Conhecida como "dT" ou "Dupla Adulto", é originária a partir da síntese de toxinas (bactérias). Administrada por injeção via intramuscular na parte superior do braço – músculo deltóide – ou no vasto lateral da coxa. Profissionais ou estagiários não vacinados devem tomar três doses (com intervalo de dois meses entre as doses (zero, dois, quatro meses). Os quais receberam uma dose de dupla adulto aos dez ou onze anos precisa receber apenas um reforço a cada dez anos. Quem tomou a última dose há mais de dez anos precisa tomar uma dose de reforço da vacina a cada dez anos.

A difteria é causada por um bacilo, produtor de uma toxina difteria (substância tóxica) que atinge as amídalas, a faringe, o nariz e a pele, onde provoca placas branco-acinzentadas. É transmitida, por meio de tosse ou espirro, de uma pessoa contaminada para outra. O tétano é uma infecção, causada por uma toxina (substância tóxica) tétano produzida pelo bacilo tetânico, que entra no organismo por meio de ferimentos ou lesões na pele (tétano acidental) ou pelo coto do cordão umbilical (tétano neonatal ou mal dos sete dias) e atinge o sistema nervoso central. Caracteriza-se por contrações e espasmos, dificuldade em engolir e rigidez no pescoço.

5.2 HEPATITE B

Obtida por técnicas de engenharia genética a partir de componentes do vírus da Hepatite B. É administrada por via intramuscular no vasto lateral da coxa ou na parte superior do braço – músculo deltóide. São necessárias três doses, a primeira; a segunda, trinta dias após a primeira; e a terceira, seis meses após a primeira. Todos os profissionais ou estagiários devem ter o esquema de 3 doses da vacina, completos e exame "Anti Hbs" com resultado > 10 . O esquema completo com a confirmação de imunização por exame de laboratório promove proteção contra a Hepatite B, doença causada por um vírus e que provoca malestar, febre baixa, dor de cabeça, fadiga, dor abdominal, náuseas, vômitos e aversão a alguns alimentos. O doente fica com a pele amarelada. A Hepatite B é grave porque pode levar a uma infecção crônica (permanente) do fígado e, na idade adulta, ao câncer de fígado.

5.3 VACINAÇÃO RECOMENDADA

5.3.1 Febre Amarela

Constituída a partir de vírus vivos atenuados. É administrada por injeção subcutânea (sob a pele) na parte superior do braço – músculo deltóide. Consiste na administração de uma dose, com reforço a cada dez anos. Pessoas que vão viajar para áreas endêmicas devem tomar a vacina dez dias antes da viagem. Promove proteção contra a febre amarela, doença infecciosa, causada por um vírus transmitido por vários tipos de mosquito. O *Aedes aegypti* pode transmitir a febre amarela, causando a febre amarela urbana, o que, desde 1942, não ocorre no Brasil. A forma da doença que ocorre no Brasil é a febre amarela silvestre, que é transmitida pelos mosquitos *Haemagogus* e o *Sabethes*, em regiões fora das cidades. É uma doença grave, que se caracteriza por febre repentina, calafrios, dor de cabeça, náuseas e leva a sangramento no fígado, no cérebro e nos rins, podendo, em muitos casos, causar a morte.

5.3.2 Tríplice Viral

Combinação de vírus atenuados contra o sarampo, caxumba e a rubéola. Aplicada por injeção subcutânea na parte superior do braço – músculo deltóide. A vacinação promove proteção contra a Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). A síndrome ocorre no bebê quando a mãe tiver rubéola durante a gravidez; é muito grave e pode causar cegueira, surdez, retardamento e mal-formações no coração do bebê. Pode também provocar abortos e mal-formações no feto. Somente deve ser administradas em mulheres que não estejam gestantes.

Ⓢ Material extraído da "Cartilha de Vacinas" publicada pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde em 2003.

6 PRECAUÇÕES

6.1 PADRÃO

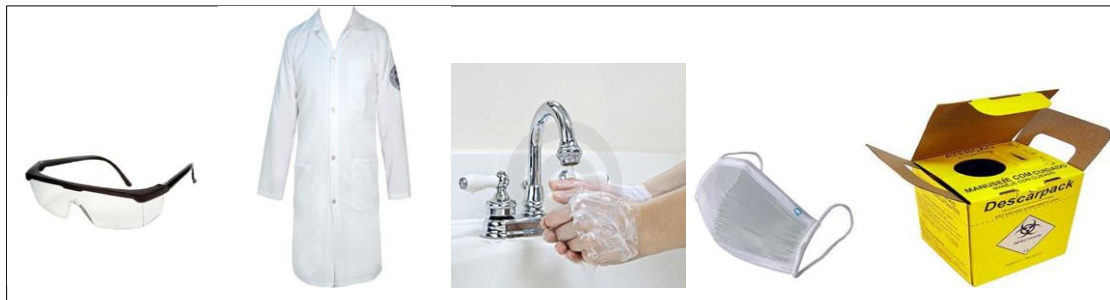
Lave com água e sabonete ou friccione as mãos com álcool 70%(se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue e secreções.

Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.

Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

PRECAUÇÃO PADRÃO



6.2 CONTATO

Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções; e descarte corretamente os pérfuro-cortantes.

Use luvas e avental em toda manipulação do paciente, de cateteres e de sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou com as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de 1 metro.

PRECAUÇÃO DE CONTATO



6.3 AEROSSÓIS

Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções; e descarte corretamente os perfuro-cortantes.

Mantenha a porta do quarto **SEMPRE**

fechada e coloque a máscara N-95 antes de entrar no quarto.

Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo.

Pacientes com suspeita ou confirmação de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.

O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

PRECAUÇÃO DE AEROSSÓIS



**QUARTO PRIVATIVO
PORTA FECHADA**

6.4 GOTÍCULAS

Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções; e descarte corretamente os perfuro-cortantes.

Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de 1 metro.

O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

PRECAUÇÃO DE GOTÍCULAS

7 APONTAMENTOS DA NR 32

A Norma Regulamentadora nº 32 do MTPS dá diretrizes para o exercício dos trabalhadores dos serviços de saúde e outrem. Traz em seu enredo normas para o laboro seguro desses trabalhadores.

Sendo assim, é vedado pela NR 32:

Ⓣ entortar, reencapar ou desconectar agulhas;

- ⑩ o o uso de pias para outros fins, seguro aos que se destina;
- ⑩ o uso de adornos (brincos, pulseiras, colares, crachás com cordão, anéis, lenços, gravatas etc...);
- ⑩ fumar em quaisquer das dependências hospitalares, até mesmo nos intervalos;
- ⑩ o uso de calçados abertos (deve ser fechado, antiderrapante e passível de ser lavado);
- ⑩ consumir itens alimentícios fora do ambiente que se destina (refeitório);
- ⑩ manuseio de lentes de contato;
- ⑩ deixar as dependências hospitalares com equipamentos de proteção individual (EPI) avental, luvas, máscaras, etc...

8 APONTAMENTOS DOS SESMT

O SESMT como serviço de intervenção e consultoria é responsável pela saúde e segurança do trabalhador e outrem em relação ao seu meio de trabalho e materiais. Estabelece suas normativas a partir das Normas regulamentadoras do MTPS, legislação da CLT e demais legislações trabalhistas, legislação sanitária e normativas do CCIH. Par tal segue-se:

- ⑩ é de responsabilidade de todo acadêmico acidentado comunicar imediatamente o ocorrido ao seu professor supervisor;
- ⑩ é de responsabilidade do professor supervisor encaminhar o acadêmico acidentado a atendimento médico no Pronto Socorro e comunicar o SESMT do ocorrido por telefone e Formulário de Notificação (disponível na coordenação de enfermagem), imediatamente após o sinistro ou em até, no máximo, 24 horas.;
- ⑩ as medidas de precaução, diretrizes da NR 32 e o uso de EPI devem ser seguidas em sua integralidade, para a segurança do alunos, professores, pacientes, acompanhantes e trabalhadores da instituição;
- ⑩ é orientado o não uso de aparelhos celulares, em decorrência da diminuição comprovada da atenção, acarretando descuidos nos procedimentos e acidentes;
- ⑩ o esquema vacinal obrigatório deve ser seguido;
- ⑩ todo acidente deve ser atendido no Pronto Socorro sem excessões;
- ⑩ o processo de segregação do lixo deve ser respeitado e
- ⑩ toda atividade de ser realizada com atenção, pensando na segurança frente

aquele procedimento, os EPIs necessários, executar a atividade com perícia no intuito de evitar acidentes,

O SESMT está sempre a disposição para orientar e atender qualquer demanda sobre saúde e segurança no ambiente de trabalho.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prevenção e controle de infecção hospitalar**/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Exposição a materiais biológicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 72 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 3. Protocolos de Complexidade Diferenciada).

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Normas Regulamentadoras**. Brasília/DF, 2015.

MOURA, Alexandre Sampaio. **Curso de doenças infectocontagiosas na atenção básica a saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2014.

Sabrina da Silva Siqueira
Enfermeira do Trabalho

M^a Fernanda Zadra
Coordenadora NUGETES

Angelita Colares
Enfermeira CCIH

Adm. Geovane Cravo
Diretor Administrativo e Financeiro

O Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, Instituição privada, filantrópica, fundada em 30 de maio de 1897, considerado o maior hospital da Fronteira-Oeste do Rio Grande do Sul, presta assistência integral aos usuários do Sistema Único de Saúde “SUS” 24 horas.