



1º Boletim Quadrimestral do Estado de São Paulo sobre os Agravos à Saúde dos Trabalhadores – SINAN - SUS

Edição Especial 28 de abril de 2015
Dia Internacional em Memória às Vítimas de Acidentes de Trabalho

Introdução

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - foi implantado no começo da década de 90, mas, somente em 2004, o Ministério da Saúde publica a Portaria Nº 777, regulamentando a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes e doenças relacionados ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica.

A **Rede Sentinela** era constituída por Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

O CEREST Estadual, em conjunto com o Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE, desenvolveu várias ações de capacitação para que a notificação fosse implantada.

Em 2009, a Secretaria de Estado da Saúde, publicou a Resolução SS - 63, regulamentando o Fluxo de Notificações de Agravos à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Estado de São Paulo, e definindo que a Rede Sentinela passasse a ser constituída por serviços de referência diagnóstica, conforme segue:

I - para todos os agravos ocupacionais: CEREST e outros serviços especializados em saúde do trabalhador, medicina do trabalho, saúde ocupacional, ou de denominação equivalente, da rede pública ou privada, inclusive os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;

II - para os acidentes de trabalho fatais, os graves, os ocorridos em pessoas com menos de 18 anos de idade, as intoxicações exógenas e os acidentes com exposição a material biológico: Hospitais, pronto-socorros e outros serviços de atendimento de urgência e emergência, da rede pública ou privada;

III - agravos específicos estabelecidos a critério dos gestores locais e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional: outros serviços de saúde, independentemente de sua complexidade.

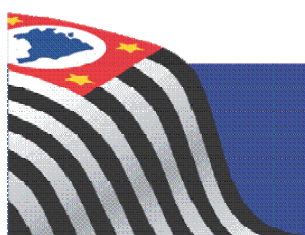
Um dos objetivos da Resolução foi garantir que todo trabalhador, de qualquer município do estado, com diagnóstico ou suspeita diagnóstica de um ou mais agravos ocupacionais de notificação compulsória, pudesse ser atendido no seu próprio município ou nos recursos de saúde de referência, conforme acordado nos Colegiados Intergestores Regionais.

Agravos de Notificação Compulsória:

- I. Acidentes de Trabalho Fatais;
- II. Acidentes de Trabalho Graves;
- III. Acidentes com Exposição a Material Biológico;
- IV. Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;
- V. Dermatoses Ocupacionais;
- VI. Intoxicações Exógenas;
- VII. Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);
- VIII. Pneumoconioses;
- IX. Perdas Auditivas Induzidas por Ruído – PAIR;
- X. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
- XI. Cânceres Relacionados ao Trabalho.

Nesta edição:

Introdução	1
Rede Sentinela	1
As Notificações	2
Acidentes de Trabalho	5
Acidentes de Trabalho em Crianças e Adolescentes	8
Acidentes de Trabalho Fatais	9
Acidentes com Exposição a Material Biológico	11



PORTARIAS VIGENTES

PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014

Determina que a notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O acidente de trabalho com exposição a material biológico passa a ser de notificação semanal e o acidente de trabalho grave, fatal e em crianças e adolescentes, de notificação imediata.

PORTARIA Nº 1984 DE 12 DE SETEMBRO DE 2014

Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

Reafirma, na Vigilância em Saúde do Trabalho, a obrigatoriedade da notificação das doenças ocupacionais: câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, LER/DORT, Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho, Pneumoconioses relacionadas ao trabalho e Transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível.

Notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo.

As Notificações

As informações e análises descritivas deste Boletim referem-se aos agravos notificados no período de 2007 a 2014, considerando que nos anos anteriores a 2007, a quantidade de notificações foi pequena.

Esses dados são centralizados pelo Núcleo de Informações em Vigilância Epidemiológica - NIVE, do CVE, e repassados periodicamente ao CEREST/SP. A

base de dados utilizada neste Boletim foi atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

Apesar do aumento progressivo das notificações ao longo do período estudado, ainda há inúmeros problemas a serem enfrentados para que se diminua o sub diagnóstico e a sub notificação e se melhore a qualidade do preenchimento das fichas.

Uma forma de se mostrar isso pode ser feita com a verificação de que o número de acidentes fatais registrados no SINAN é menor do que o registrado pelo INSS, cuja cobertura restringe-se à população trabalhadora com direito ao Seguro Acidente de Trabalho.

Quadro 1 - Comparação entre número de registros de óbitos por Acidente de Trabalho - INSS e SINAN - no estado de São Paulo. Período: 2011 a 2013.

		Ano		
		2011	2012	2013
INSS	A - Óbitos	730	680	721
SINAN	B - AT Fatal (Total)	511	474	470
	C - AT Fatal (Trabalhadores CLTistas)	291	297	290
% SINAN/INSS (C/A X 100)		40%	44%	40%

Fonte: SINAN/SP - Base atualizada pelo CEREST/SP em 23 de fevereiro de 2015.
INSS (<http://www.previdencia.gov.br/tabelas-b-2013/>)

Municípios

Desde sua implantação, observa-se que 93% dos municípios do estado notificaram ao menos 1 agravo ocupacional, mas boa parte deles ainda apresenta uma notificação muito baixa - 73%

dos municípios notificaram 100 ou menos casos. Sabe-se que a quantidade maior de notificações não tem obrigatoriamente relação com a maior incidência

ou prevalência dos agravos, mas, muitas vezes, decorre da ação mais efetiva dos técnicos nas ações de vigilância.

Quadro 2 - Quantidade de notificações de agravos relacionados ao trabalho por município. Período: 2007 a 2014.

Nº DE NOTIFICAÇÕES	MUNICÍPIOS		
	N	%	% CUM
ZERO	46	7%	7%
1 /-/ 10	192	30%	37%
11 /-/ 50	168	26%	63%
51 /-/ 100	64	10%	73%
101 /-/ 500	109	17%	90%
501 /-/ 1.000	26	4%	94%
> 1.000	40	6%	100%
TOTAL	645	100%	

Fonte: SINAN/SP - Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

O agravo mais amplamente notificado foi o acidente com material biológico (85% dos municípios), seguido do acidente de trabalho grave, fatal e ocorrido em menor de 18 anos (75%).

A notificação dos acidentes com material biológico tem uma rotina bem consolidada nos serviços de saúde e sua obrigatoriedade é anterior à dos agravos relacionados ao trabalho em

geral.

A seguir são apresentadas as frequências de notificação dos acidentes de trabalho graves, fatais e em crianças e adolescentes (Quadro 3) e, na sequência, dos demais agravos, distribuídos por ano de notificação e gênero. Foram ignorados 86 casos em que não havia informação referente ao gênero (Quadro 4).

Ainda que com variações da proporção por gênero ao longo dos anos, no total, verifica-se que há uma predominância de registros dentre as mulheres para os agravos: acidente com material biológico, dermatoses ocupacionais e transtornos mentais relacionados ao trabalho.



76% dos acidentes de trabalho

graves, fatais e em crianças e adolescentes acometeram trabalhadores do sexo masculino.



62% dos transtornos mentais

relacionados ao trabalho acometeram trabalhadores do sexo feminino.

Quadro 3 - Distribuição do número de registros de acidente de trabalho grave, fatal e em menor de 18 anos, por sexo e ano de notificação. Período: 2007 a 2014.

Ano da Notific	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
2007	13.269	78,80%	3.575	21,20%	16.848	100,00%
2008	18.160	79,40%	4.702	20,60%	22.868	100,00%
2009	18.034	78,10%	5.039	21,80%	23.083	100,00%
2010	20.204	77,80%	5.742	22,10%	25.954	100,00%
2011	23.408	76,10%	7.342	23,90%	30.753	100,00%
2012	26.116	74,70%	8.840	25,30%	34.958	100,00%
2013	27.138	72,90%	10.079	27,10%	37.251	100,00%
2014	23.510	72,90%	8.720	27,10%	32.236	100,00%
Total	169.839	75,80%	54.039	24,10%	223.951	100,00%

Fonte: SINAN/SP - Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

Quadro 4 - Distribuição do número de registros dos demais agravos relacionados ao trabalho, por sexo* e período de notificação (2014 e 2007-2014).

AGRAVO	Ano da Notific.	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
AT MATERIAL BIOLÓGICO	2014	2.802	22,20%	9.830	77,80%	12.632	100,00%
	2007-2014	22.897	22,80%	77.523	77,20%	100.422	100,00%
CÂNCER	2014	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	2007-2014	79	98,80%	1	1,30%	80	100,00%
DERMATOSE	2014	19	43,20%	25	56,80%	44	100,00%
	2007-2014	258	49,00%	268	51,00%	526	100,00%
LER/DORT	2014	1.889	59,30%	1.296	40,70%	3.185	100,00%
	2007-2014	10.393	56,90%	7.865	43,10%	18.260	100,00%
PAIR	2014	140	80,50%	34	19,50%	174	100,00%
	2007-2014	894	89,20%	108	10,80%	1.002	100,00%
PNEUMOCONIOSE	2014	17	94,40%	1	5,60%	18	100,00%
	2007-2014	1.316	96,30%	50	3,70%	1.366	100,00%
TRANSTORNO MENTAL	2014	88	38,10%	143	61,90%	231	100,00%
	2007-2014	494	40,10%	738	59,90%	1.232	100,00%
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	2014	525	53,10%	463	46,90%	988	100,00%
	2007-2014	3267	61,90%	2013	38,10%	5280	100,00%
TODOS OS AGRAVOS	2014	40.321	55,20%	32.705	44,80%	73.035	100,00%
	2007-2014	261.808	56,80%	198.708	43,10%	460.602	100,00%

Fonte: SINAN/SP - Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

* Não foram considerados os casos em que a variável "sexo" não foi informada.

Os municípios que mais notificam doenças ocupacionais estão listados no Quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição do número de registros de doenças e intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho por municípios que mais notificaram. Período: 2007 a 2014.

Municípios de Notificação SP	CÂNCER	DERMATOSE	LER/DORT	PAIR	PNEUMOCONIOSE	TRNATSORNO MENTAL	INTOXICAÇÃO EXOGENA	TOTAL
São José dos Campos	0	30	4.486	110	16	101	90	4.833
Campinas	59	33	958	174	1.181	68	383	2.856
São Paulo	7	26	1.764	112	62	108	495	2.574
São Bernardo do Campo	0	5	2.254	52	3	136	97	2.547
Diadema	0	43	1.199	35	0	197	26	1.500
Piracicaba	1	2	1.135	4	2	1	18	1.163
Rio Claro	0	6	664	114	0	18	107	909
Guarulhos	0	4	639	5	2	12	130	792
Amparo	0	27	618	1	0	54	28	728
Marília	0	38	480	5	0	23	136	682
Registro	0	9	449	0	2	92	30	582
Botucatu	-	5	464	7	2	34	67	579
Moji-Guaçu	-	8	397	8	14	6	28	461
São José do Rio Preto	-	4	243	18	-	31	147	443
Santo André	-	3	370	6	-	29	6	414
Mauá	-	2	326	3	-	31	36	398
Bauru	-	20	268	42	1	13	39	383
Franco da Rocha	-	6	260	8	4	25	9	312
Ilha Solteira	-	8	203	40	-	43	14	308
Santos	-	3	136	4	-	103	48	294
Demais Municípios	15	248	1.172	263	84	120	3.549	5.451
Total	82	530	18485	1011	1373	1245	5483	28209

Fonte: SINAN/SP – Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

No período de estudo foram registrados 113.763 casos de intoxicação exógena. Considerando-se apenas aqueles em que a variável “Exposição no trabalho” é igual a “sim”, este valor cai para 5.483.

Dependendo das suas características, as intoxicações exógenas podem ser consideradas doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho.

Campinas é o município com os maiores registros de cânceres ocupacionais e pneumoconioses grandemente devido a uma ação conjunta com o Ministério Público que permitiu recuperar casos com esses diagnósticos em empresa da região.

Acidente de Trabalho (AT)

Os acidentes de trabalho de notificação compulsória são apenas os fatais, os graves e os ocorridos em crianças e adolescentes, conforme definido no Protocolo de Notificação (<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

[protocolo_not_acidentes_trab.pdf](#)

A notificação dos acidentes de trabalho - AT, considerando todos os anos de notificação, ocorreu, ao menos uma vez, em 484 (75,0%) dos 645 municípios existentes no estado,

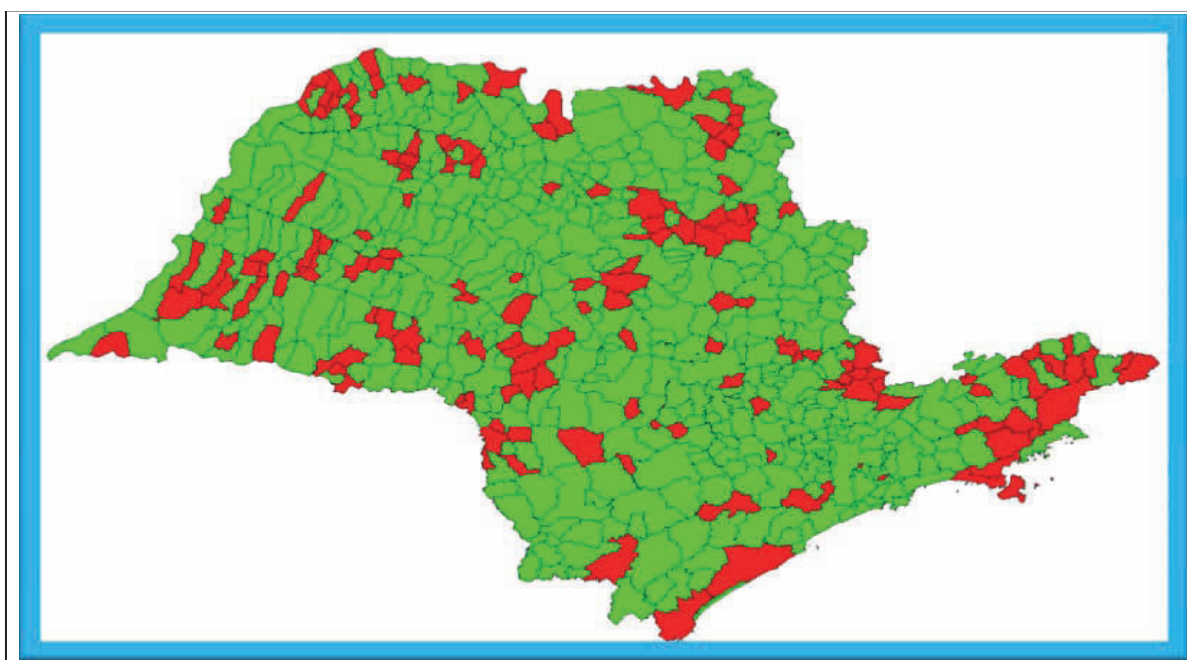
conforme demonstrado graficamente na Figura 1.

No ano de 2014 o número de municípios que registraram AT foi de 300 (46,5%).

Acidentes de Trabalho Graves, Fatais e ocorridos em Menores de 18 anos são de notificação imediata!

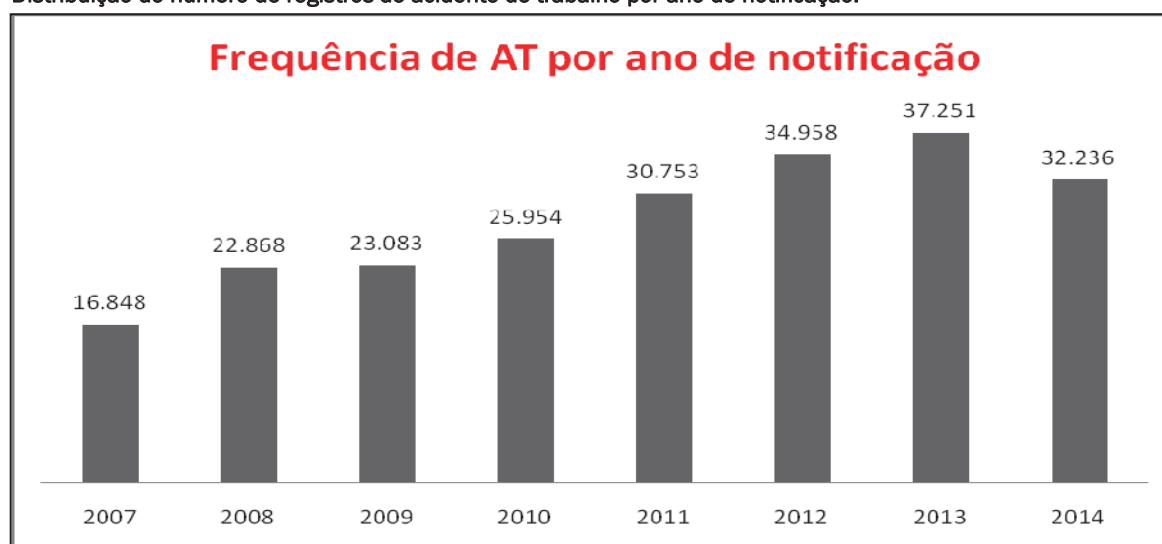
Seu registro deve ser feito em até 24 horas do conhecimento da sua ocorrência.

Figura 1 - Municípios com pelo menos uma notificação (verde) e municípios sem notificação (vermelho) de acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos no período de 2007 a 2014.



A figura 2 mostra aumento progressivo do número de acidentes de trabalho registrados, exceto pelo ano de 2014, em que ocorreu uma diminuição em relação ao ano anterior. Um fator a ser considerado é o ainda grande intervalo de tempo entre a ocorrência do evento e a sua notificação no SINAN.

Figura 2 - Distribuição do número de registros de acidente de trabalho por ano de notificação.



Os acidentes de trabalho registrados acometeram principalmente os homens (75,8%). A faixa etária predominante (homens e mulheres) foi a de 26 a 45 anos, responsável por 50,6% dos casos.

IDADE (EM ANOS)	ANO DE NOTIFICAÇÃO								Total	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	N	%
6 /-/ 13	5	9	19	8	24	13	7	6	91	0,00%
14 /-/ 17	400	576	832	1.296	1.826	2.029	1.976	1.560	10.495	4,70%
18 /-/ 25	5.244	7.016	6.587	7.508	8.206	9.176	9.604	7.881	61.222	27,30%
26 /-/ 45	8.866	11.932	11.986	13.038	15.303	17.289	18.654	16.151	113.219	50,60%
46 /-/ 65	2.246	3.199	3.498	3.962	5.187	6.210	6.706	6.257	37.265	16,60%
> 65	50	87	90	86	149	179	204	233	1.078	0,50%
DADO INCOR	37	48	70	56	58	62	100	150	581	0,30%
TOTAL	16.848	22.867	23.082	25.954	30.753	34.958	37.251	32.238	223.951	100,00%

Fonte: SINAN/SP – Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

O maior número de registros de acidentes de trabalho ocorreu nas indústrias de transformação.

A falta de informação no campo “ocupação” representa 28% dos casos. As vinte ocupações (não agrupadas) mais frequentes foram: pedreiro; faxineiro; operador de máquinas fixas (em geral); motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais); açougueiro; alimentador de linha de produção; cozinheiro geral; auxiliar de enfermagem; servente de obras; vendedor de comércio varejista; motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes; soldador; auxiliar de escritório (em geral); mecânico de manutenção de automóveis, motocicletas e veículos similares; ajudante de motorista; repositor de mercadorias; atendente de lanchonete; empregado doméstico nos serviços gerais; carpinteiro, e serralheiro.

A informação sobre o ramo de atividade das empresas é prejudicada pelo fato de mais da metade (53,3%) dos registros referentes a esta

variável estarem em branco. Dentre os registros válidos, aparece em primeiro lugar o grupo “D- INDÚSTRIAS DE TRANSFORMAÇÃO”, seguido de “G - COMÉRCIO, REPARAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES E MOTOCICLETAS A COMÉRCIO NO VAREJO DE COMBUSTÍVEIS” (Quadro 7).

No grupo “D”, os sub ramos com a maior frequência foram: Fabricação de Outros Produtos Elaborados de Metal, Metalurgia de Outros Metais Não Ferrosos e Suas Ligas, Confecção de Peças do Vestuário – Exceto Roupas Íntimas, Blusas, Camisas e Semelhantes, Fabricação de Artefatos Diversos de Plástico. Juntos respondem por 21,3% dos casos deste grupo específico.

No grupo “G”, o sub grupo que mais aparece é do Comércio Varejista em Supermercados, responsável por 9,4% dos casos deste grupo específico.

Considerando-se apenas os

sub ramos, os de maior frequência (com o percentual dos registros válidos) são:

- 74993 OUTRAS ATIVIDADES DE SERVIÇOS PRESTADOS PRINCIPALMENTE ÀS EMPRESAS, NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE (7,4%);

- 45217 EDIFICAÇÕES (RESIDENCIAIS, INDUSTRIAIS, COMERCIAIS E DE SERVIÇOS) (4,6%);

- 85111 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR (3,6%);

- 60267 TRANSPORTE RODOVIÁRIO DE CARGAS, EM GERAL (3,3%);

- 74705 ATIVIDADES DE IMUNIZAÇÃO, HIGIENIZAÇÃO E DE LIMPEZA EM PRÉDIOS E EM DOMICÍLIOS (3,1%).

Quadro 7 - Distribuição do número de registros de acidente de trabalho grave, fatal e ocorrido em menor de 18 anos por ramo de atividade. Período: 2007 a 2014.

CNAE-Ativ. Econ.	Total	%Total
D - INDÚSTRIAS DE TRANSFORMAÇÃO	24.994	11,20%
G - COMÉRCIO; REPARAÇÃO DE VEÍC AUTOMOT E MOTOC A COM E VAREJO DE COMB	22.874	10,20%
K - ATIVIDADES IMOBILIÁRIAS, ALUGUÉIS E SERVIÇOS PRESTADOS ÀS EMPRESAS	15.949	7,10%
F - CONSTRUÇÃO	8.821	3,90%
I - TRANSPORTE, ARMAZENAGEM E COMUNICAÇÕES	7.814	3,50%
N - SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS	6.718	3,00%
H - ALOJAMENTOS E ALIMENTAÇÃO	5.782	2,60%
O - OUTROS SERVIÇOS COLETIVOS, SOCIAIS E PESSOAIS	4.336	1,90%
M - EDUCAÇÃO	2.615	1,20%
L - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL	2.326	1,00%
P - SERVIÇOS DOMÉSTICOS	817	0,40%
A - AGRICULTURA, PECUÁRIA, SILVICULTURA E EXPLORAÇÃO FLORESTAL	590	0,30%
J - INTERMEDIÇÃO FINANCEIRA	485	0,20%
E - PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ELETRECIDADE, GÁS E ÁGUA	215	0,10%
B - PESCA	175	0,10%
C - INDÚSTRIAS EXTRATIVAS	86	0,00%
SEM INFORMAÇÃO	119.354	53,30%
Total	223.951	100,00%

Fonte: SINAN/SP – Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

A informação sobre causa do acidente, muito importante para as ações de vigilância, foi omitida em 40,8% dos registros. A classificação das causas, por grupo da CID, é apresentada no Quadro 8.

Quadro 8 - Distribuição do número de registros de acidente de trabalho grave, fatal e ocorrido em menor de 18 anos por causa do acidente. Período: 2007 a 2014.

CAUSA DO ACIDENTE	ANO DA NOTIFICAÇÃO									%TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL	
V01-V99 ACIDENTES DE TRANSPORTE	686	1.455	1.604	1.831	2.291	2.433	2.671	2.254	15.225	6,80%
W00-X59 OUTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS ACIDENTAIS	3.119	6.298	6.859	9.953	10.745	12.114	14.015	11.977	75.080	33,50%
X58-X59 ESPOSIÇÃO ACIDENTAL A OUTROS FATORES E OS NÃO ESPECIFICADOS	102	35	44	46	133	195	171	121	847	0,40%
X60-X84 LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE	5	7	16	5	8	11	25	16	93	0,00%
X85-Y09 AGRESSÕES	54	84	95	118	140	164	171	199	1.025	0,50%
Y10-Y34 EVENTOS (FATOS) CUJA INTENÇÃO É INDETERMINADA	65	225	221	436	408	337	580	682	2.954	1,30%
Y35-Y36 INTERVENÇÕES LEGAIS E OPERACOES DE GUERRA	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,00%
Y40-Y84 COMPLICAÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICO E CIRÚRGICA	14	12	9	14	23	25	37	44	178	0,10%
Y85-Y89 SEQUELAS DE CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	1	-	5	2	3	4	7	7	29	0,00%
Y90-Y98 FATORES SUP RELAC C/ CAUSAS DE MORBI E MORTAL CLAS EM OUTRA PARTE	1.915	3.768	4.342	3.879	5.629	5.810	6.178	5.630	37.151	16,60%
Dado Incorreto ou Sem Informação	10.887	10.984	9.888	9.670	11.372	13.865	13.396	11.306	91.368	40,80%
Total	16.848	22.868	23.083	25.954	30.753	34.958	37.251	32.236	223.951	100,00%

Fonte: SINAN/SP–Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

Acidentes de Trabalho em Crianças e Adolescentes (2007 a 2014)

Os artigos 402 ao 441 da CLT trata do Trabalho do Menor, estabelecendo as normas a serem seguidas por ambos os sexos no desempenho do trabalho.

A Constituição Federal, em seu artigo 7º, inciso XXXIII considera menor o trabalhador de 16 (dezesseis) a 18 (dezoito) anos de idade.

Segundo a legislação trabalhista brasileira é proibido o trabalho do menor de 18 anos em condições perigosas ou insalubres. Os trabalhos técnicos ou administrativos serão permitidos, desde que realizados fora das áreas de risco à saúde e à segurança.

Ao menor de 16 anos de idade é vedado qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos.

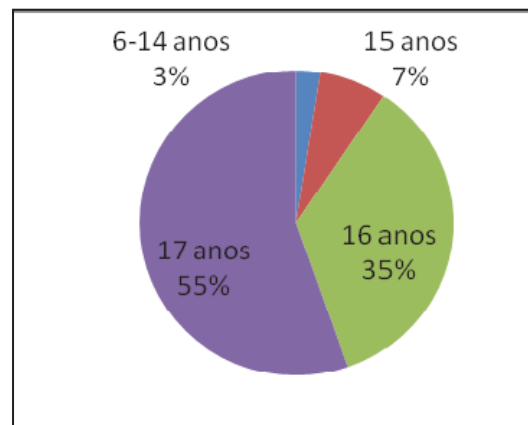
A partir dos 14 anos é admissível o Contrato de Aprendizagem, o qual deve ser feito por escrito e por prazo determinado conforme artigo 428 da CLT.

São considerados acidentes de trabalho em crianças e adolescentes aqueles que acometem jovens trabalhadores com até 17 anos de idade.

Um expressivo número de acidentes (10.586 casos) vitimou crianças e adolescentes (vide Quadro 6). A grande maioria dos casos (90%) atingiu jovens entre 16 e 17 anos de idade (Figura 3).

A proporção dos acidentes em crianças e adolescentes aumentou até o ano de 2012, tendo diminuído nos anos seguintes. Este aumento inicial deve-se, provavelmente, à melhoria do sistema de notificação. O maior número de casos foi registrado em 2012.

Figura 3 - Distribuição do número de registros de acidentes de trabalho em crianças e adolescentes por faixa etária. Período: 2007 a 2014.



Fonte: SINAN/SP – Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

Quadro 9 - Distribuição do número de registros de acidentes de trabalho em crianças e adolescentes por ano de notificação. Período: 2007 a 2014.

Ano da Notificação	Total AT	Total de AT em Crianças e Adolescentes	AT em Crianças e Adolescentes %
2007	16.848	405	2,40
2008	22.867	585	2,56
2009	23.082	851	3,69
2010	25.954	1.304	5,02
2011	30.753	1.850	6,02
2012	34.958	2.042	5,84
2013	37.251	1.983	5,32
2014	32.238	1.566	4,86
Total	223.951	10.586	4,73

O principal município de residência dos jovens acidentados foi São Paulo, responsável por quase um quarto dos acidentes (24,7%), seguido pelos municípios de Franca (7,4%), São José do Rio Preto (5,5%), Rio Claro (3,53%), Araraquara (3,4%), Sorocaba (3,1%), Diadema (3,0%), Jundiaí (2,9%), Americana (2,9%), Marília (2,5%) e Araçatuba (2,3%). Os demais municípios de residência tiveram menos de 2% de casos registrados.

Os principais municípios onde ocorreram os acidentes foram São Paulo (24,7% dos casos), Franca (7,4%),

São José do Rio Preto (5,7%), Jundiaí (3,8%), Araraquara (3,7%), Rio Claro (3,5%), Sorocaba (3,1%), Americana (2,9%), Diadema (2,5%), Marília (2,5%) e Araçatuba (2,2%).

As três ocupações com maior frequência foram: embalador a mão (7,0%), atendente de lanchonete (6,9%) e repositor de mercadorias (5,1%).

Há casos de ocupações informais ou associadas à informalidade, como, por exemplo, empregado doméstico nos serviços gerais (125 casos), catador de material reciclável (14), banhista de animais do-

mésticos (10) e jardineiro (9). Também são registradas funções que, em geral, são perigosas ou insalubres, como açougueiro (252 casos), servente de obras (92), serralheiro (75), pedreiro (72), soldador (41) e eletricista de instalações (38). Sugerindo uma situação de ilegalidade, foram registrados 30 casos de acidentes com motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes.

Outros casos semelhantes podem ser verificados na relação completa das ocupações registradas.

A situação de empregado não registrado correspondeu a 14,7% dos casos.

Os ramos de atividade mais frequentes foram comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas a comércio varejista de combustíveis; indús-

tria de transformação e alojamentos e alimentação.

Os grupos das três principais causas dos acidentes foram:

- W00-W59 Outras Causas Externas de Traumatismo Acidentais;
- V01-V99 Acidentes de Transporte, e
- X10-X19 Contato com

uma Fonte de Calor ou com Substâncias Quentes.

Dentre os registros válidos para a variável “Evolução do Caso” há o registro de 30 óbitos pelo acidente e 10 casos de incapacidade total permanente.

DEFINIÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO

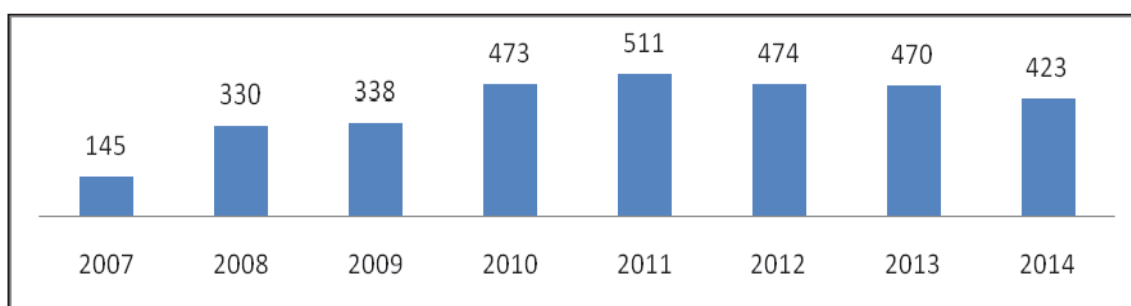
Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

ACIDENTES DE TRABALHO FATAIS (2007 A 2014)

Ao longo do período de estudo foram registrados 3.164 casos de acidentes de trabalho identificados como fatais.

Figura 4 - Distribuição do número de registros de acidentes de trabalho fatais por ano de notificação. Período: 2007 a 2014.



Fonte: SINAN/SP – Base atualizada pelo CEREST/SP em 23 de fevereiro de 2015.

Quadro 10 - Distribuição do número de registros de acidentes de trabalho fatais por evolução do caso e por letalidade. Período: 2007 a 2014.

Evolução caso	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Óbito pelo AT	145	330	338	473	511	474	470	423	3.164
Total de AT	16.845	22.866	23.081	25.953	30.752	34.953	37.250	32.234	223.934
Letalidade (X 1.000)	8,61	14,43	14,64	18,23	16,62	13,56	12,62	13,12	14,13

Fonte: SINAN/SP – Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015

As características gerais dos trabalhadores vitimados pela morte mostram que 93,7% eram do sexo masculino; a maioria era branca (58,1%); a faixa etária predominante a de 26 a 45 anos de idade (48,5%); com escolaridade predominante, o ensino médio completo (17,5%). Houve dois casos de trabalhadoras

gestantes.

A análise da causa do acidente fatal é prejudicada pela grande quantidade de registros sem informação: 1.873 casos, correspondente a 59,2% do total.

Também foram considerados como sendo “sem informação” os regis-

tros do código CID Y96 - Acidente de Trabalho Grave.

Quadro 11 - Distribuição do número de registros de acidentes de trabalho fatais por município de notificação. Período: 2007 a 2014.

Mun Notificação SP	Frequência	%	%Acum
São Bernardo do Campo	224	7,10%	7,10%
Santos	201	6,40%	13,40%
São Paulo	199	6,30%	19,70%
Sorocaba	194	6,10%	25,90%
Jundiaí	101	3,20%	29,00%
Ribeirão Preto	93	2,90%	32,00%
São José do Rio Preto	90	2,80%	34,80%
Campinas	77	2,40%	37,30%
Piracicaba	74	2,30%	39,60%
Araraquara	67	2,10%	41,70%
São José dos Campos	63	2,00%	43,70%
Moji-Guaçu	58	1,80%	45,50%
Marília	56	1,80%	47,30%
Guarulhos	53	1,70%	49,00%
Registro	51	1,60%	50,60%
Demais municípios	1.563	49,40%	100,00%
Total	3.164	100,00%	

Fonte: SINAN/SP – Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

SINAN—BRASIL

Informações sobre as notificações no SINAN, dos acidentes de trabalho e outros agravos ocupacionais, podem ser encontradas na plataforma RENAST Online (<http://renastonline.org/temas/plataforma-renast-online>).

Essas e outros dados úteis também são disponíveis no sítio Centro Colaborador—Vigilância dos Acidentes de Trabalho, da Universidade Federal da Bahia – UFBA

(<http://www.ccvisat.ufba.br/>).

A análise da causa dos acidentes fatais também fica prejudicada pela quantidade de registros sem esta informação: 1.873 casos, correspondendo a 59,2%.

No Quadro 12 são apresentados os registros válidos da causa do acidente.

Além da questão do não preenchimento da informação, a sua qualidade também

precisa ser melhorada. Exemplo disso, a improvável ocorrência de acidentes tendo sido causados por lesão auto-provocada intencionalmente.

Quadro 12 – Distribuição do número de registros de acidentes de trabalho fatais por causa do acidente. Período: 2007 a 2014.

causa acidente	2007/-/2014	%Total
W00-X59 OUTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS ACIDENTAIS	687	53,20%
V01-V99 ACIDENTES DE TRANSPORTE	497	38,50%
X85-Y09 AGRESSÕES	69	5,30%
Y10-Y34 EVENTOS (FATOS) CUJA INTENÇÃO É INDETERMINADA	18	1,40%
Y90-Y98 FATORES SUPL. RELAC. C/ AS CAUSAS DE MORB. E MORT. ...	13	1,00%
X60-X84 LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE	3	0,20%
Y40-Y84 COMPLICAÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E CIRÚRGICA	3	0,20%
X58-X59 EXPOS. ACIDENTAL A OUTROS FATORES E AOS Ñ ESPEC.	1	0,10%
Total	1.291	100,00%

Fonte: SINAN/SP – Base atualizada em 23 de fevereiro de 2015.

RISCO BIOLÓGICO E ACIDENTE DE TRABALHO

Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico em Trabalhadores de Serviços de Saúde

O primeiro caso de conversão sorológica para o HIV comprovado no país ocorreu em profissional de saúde após exposição por acidente perfurocortante com agulha contendo sangue após utilização em paciente com Aids foi registrado em 1996 no estado de São Paulo. Desde 1999 a notificação deste agravo é recomendada. Em 2004 foi considerada de notificação compulsória em todo o território nacional para os serviços sentinelas (Portaria nº 777 do GM/MS, de 28 de abril de 2004).

A Portaria nº 1.271 do GM/MS, de 6 de junho de 2014 inclui o "Acidente de trabalho com exposição a material biológico" na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde

públicos e privados em todo o território nacional.

Acidentes de trabalho com exposição a material biológico - CID 10: Z20 - caracteriza-se como eventos indesejados ocorridos antes, durante ou após procedimento invasivo ou técnico que tenha exposto o trabalhador a fluidos biológicos de risco, isto é, que potencialmente contenha bioagentes patogênicos.

Qualquer contato com material concentrado de vírus (laboratórios de pesquisa, cultura de vírus e vírus em grandes quantidades) sem barreira de proteção deve ser considerado como uma

exposição ocupacional que requer avaliação e acompanhamento.

A vigilância deste agravo é fundamental e indispensável para subsidiar ações de prevenção e controle deste tipo de evento indesejado e evitável, monitorar e controlar as possíveis soroconversões entre os profissionais da área da saúde e evitar novas ocorrências.

Nos quadros 1 e 2 são apontadas as peculiaridades da exposição acidental e exposição ocupacional à material biológico, respectivamente.

CONCEITO

A literatura aponta como fluidos biológicos de risco: "sangue, fluidos visivelmente contaminados com sangue, soro ou plasma, líquido pleural, pericárdico, amniótico, articular e peritoneal, tecidos, exsudatos inflamatórios, culturas de células, sêmen e secreção vaginal".

Quadro 1: Exposição acidental a material biológico – agente causador e circunstâncias da ocorrência

Evento indesejado	Agente causador	Circunstância(s)
Exposição acidental a material biológico Acidentes de trabalho propriamente ditos ou típicos	Material perfurocortante (agulhas com e sem lúmen, lâmina de bisturi, etc.)	Durante procedimentos (p.ex.: acessos venosos ou arteriais, intervenções, etc.) e após procedimentos (descarte inadequado)
	Respingo	Quando, durante procedimento, certa quantidade de material biológico atinge acidentalmente a mucosa ou pele não íntegra e desprotegidas do trabalhador
	Vazamento ou derramamento	Quando material biológico (cultura de células, bactérias ou vírus, p.ex.) escapa acidentalmente do recipiente, sistema ou aparelho que o contenha
	Outros meios	Mordedura, arranhadura e outras formas de agressão

Fonte: Pustiglione, M., 2014 – material didático – IOF/HCFMUSP

Quadro 2: Exposição ocupacional a material biológico – não conformidades técnico-operacionais no processo e/ou ambiente de trabalho, segundo circunstância(s) da ocorrência e exemplos

Evento indesejado	Circunstância(s)	Exemplos
Doença Profissional	Exposição ocupacional a agente biológico em contato direto com doente.	Exposição de Profissional da Área da Saúde (PAS) a <i>Mycobacterium tuberculosis</i> durante procedimento assistencial ou técnico desprotegido (atendimento de doente bacilífero e procedimentos de entubação ou endoscopia, entre outros).
Doença do Trabalho:	Exposição ocupacional a ambiente que contenha agente biológico.	Exposição de PAS a bioagentes em ambiente de isolamento para doenças infectocontagiosas ou atendimentos em situações de epidemia.

Fontes: Lei Nº 8213, de 24 de Julho 1991; Lei Nº 6.367 - de 19 de outubro de 1976; Pustiglione, M., Material didático – IOF/HCFMUSP2014.

Profissionais potencialmente expostos

Profissionais da Área da Saúde (PAS): pessoal da enfermagem, médicos cirurgiões, ortopedistas e de atendimento de emergências (“resgate”), médicos residentes, técnicos de instrumentação cirúrgica, dentistas, fisioterapeutas, etc.

Trabalhadores de Serviços de Saúde (TSS): além dos PAS, estão incluídos principalmente os técnicos e serviços de laboratórios e hemocentros, funcionários da higienização e limpeza, os coletores de resíduos de serviços de saúde, pessoal de manutenção, etc.

Exposição acidental e ocupacional a material biológico e Biossegurança

Para entender biossegurança no contexto deste informativo considerou-se inicialmente o conceito proposto por Costa (1996), baseado na cultura prevencionista da engenharia de segurança e da medicina do trabalho, ou seja, na prevenção de acidentes em ambientes ocupacionais. Para ele, biossegurança corresponde ao "conjunto de medidas técnicas, administrativas, educacionais, médicas e psicológicas, empregadas para prevenir acidentes em ambientes biotecnológicos".

Teixeira e Valle (1996) ampliam o foco de atenção para a proteção ambiental e qualidade do serviço, definindo biossegurança como “o conjunto de ações voltadas para a prevenção, proteção do trabalhador, minimização de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados”.

Em 24 de março de 2005, a Lei de Biossegurança nº 11.105 utilizou

esta denominação para formatar legalmente as ações de segurança voltadas para os processos envolvendo organismos geneticamente modificados (OGM) e questões relativas a pesquisas científicas com células-tronco embrionárias. Esta Lei está focada nos riscos relativos as técnicas de manipulação de OGM. Tem como órgão regulador a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (Ctnbio), integrada por profissionais de diversos ministérios e indústrias biotecnológicas.

Por outro lado, a palavra biossegurança, também aparece em ambientes onde a moderna biotecnologia não está presente, como indústrias, hospitais, laboratórios de saúde pública, laboratórios de análises clínicas, hemocentros, universidades, etc., no sentido da prevenção dos riscos gerados pelos agentes químicos, físicos e ergonômicos, envolvidos em processos onde o risco biológico se faz presente ou não. Esta é a vertente da biossegurança, que na realidade, confunde-se com a

engenharia de segurança, a medicina do trabalho, a saúde do trabalhador, a higiene industrial, a engenharia clínica e a infecção hospitalar.

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) biossegurança refere-se à “condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente”.

Não podemos esquecer que o tema “riscos ocupacionais” acha-se muito bem contemplado na lei desde 8 de junho de 1978 com a publicação da Portaria 3.214 que aprovou as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) relativas a Segurança e Medicina do Trabalho.

O anexo IV da NR 9, que trata do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) apresenta a “classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos de acordo com a sua natureza e a padronização de cores correspondentes”. Nele são apontados cinco categorias de risco, a saber, os agentes (a) físicos; (b) químicos; (c) biológicos; (d) ergonômicos; e (d) de acidentes.

Em 16 de novembro de 2005 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria GM nº 485 de 11 de novembro de 2005 com a finalidade de “estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral”. Para fins de aplicação desta NR “serviço de saúde” é entendido como “qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade”.

Apesar da NR 32 tratar de todos os riscos presentes em serviços de saúde, ela enfoca de maneira significativa o risco

biológico e as normas de biossegurança. Reforça esta constatação a publicação de duas portarias posteriores: (a) Portaria GM nº 939 de 18 de novembro de 2008 (D.O.U. de 19. nov.2008) que estabelecia prazo de 24 meses para que os empregadores promovessem “a substituição dos materiais perfurocortantes por outros com dispositivo de segurança”; e (b) Portaria GM nº 1.748 de 30 de agosto de 2011 (D.O.U. de 31. ago.2011) que revogou a Portaria nº 939 e alterou o subitem 32.2.4.16 da NR 32 determinando que “o empregador deve elaborar e implementar Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora” e que “o empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação” quanto à utilização de materiais perfurocortantes e quanto às medidas de proteção relativas à exposição a agentes biológicos.

O tema está contemplado em muitas resoluções, normas técnicas e manuais (P.ex.: RDC/Anvisa nº 153 de 14 de junho de 2004 que determina o regulamento técnico para procedimentos hemoterápicos;

RDC/Anvisa nº 306 de 7 de dezembro de 2004 que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerencialmente de resíduos de serviços de saúde; Portaria MS/GM nº 1.353 de 13 de junho de 2011 que aprova o regulamento técnico de procedimento hemoterápicos; Portaria MS/GM nº 2.712 de 12 de novembro de 2013 que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos sendo de observância obrigatória por todos os órgãos e entidades, públicas e privadas, que executam atividades hemoterápicas em todo o território nacional no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN); RDC/Anvisa nº 34 de 11 de junho de 2014 que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue; Manuais de Biossegurança e de Boas Práticas em Laboratório –BPL; etc.

Na prática, falta a elaboração de um documento genérico, técnico e orientador das ações que devem ser adotadas para a prevenção de eventos adversos relacionados à exposição a agentes biológicos e, no caso de ocorrência, quais providências devem ser tomadas, independente do local de sua ocorrência.

A situação dos Acidentes de Trabalho com Exposição à Material Biológico em Trabalhadores de Serviços de Saúde no Estado de São

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mostram que, no período de 2011 a 2014 foram notificados 54.256 casos (Tabela 1), média anual de 13.564 notificações. Estudo anterior considerando o período de 2007 a 2010 registra que 62.970 eventos indesejados dessa categoria foram notificados, representando média de 15.743 notificações deste evento por ano.

Tabela 1- Acidente de trabalho com exposição à material biológico segundo ano de notificação. Estado de São Paulo 2011 - 2014

Ano da notificação	Frequência
2011	13416
2012	13856
2013	13990
2014	12994
Total	54256

Fonte: Sinan acessado em 23/03/2015

“54.256 casos notificados no SINAN de acidentes com exposição a material

“Auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros foram os profissionais que mais tiveram acidentes com exposição a material biológico notificados no SINAN.”

Na Tabela 2 podemos observar que nos dois períodos estudados, respectivamente 78% e 77% das notificações envolveram trabalhadores de serviços de saúde do sexo feminino, e que a maioria (57% e 56%, respectivamente) dos acidentados, no momento da exposição, estavam na faixa etária entre 25 e 39 anos. Com base nas Tabelas 1 e 2 podemos observar que no período de 2011 a 2014: (a) houve um decréscimo de notificações da ordem de 14%, um fator a ser considerado é o intervalo de tempo entre a ocorrência do evento e a sua notificação no SINAN; (b) a incidência em mulheres se mantém alta e no mesmo patamar; (c) a faixa etária mais afetada continua a mesma.

Dentre os casos notificados no período de 2011 a 2014, foram selecionados os dez mais frequentes, perfazendo um total de 42.503 notificações, correspondendo a 78% das ocorrências. Na Tabela 3 as ocupações selecionadas estão organizadas por grupo e percentual de frequência. Podemos observar que a maioria (82%) dos acidentes com exposição a material biológico no grupo mais exposto ocorre com os profissionais da equipe de enfermagem, seguidos dos médicos (12%) e estudantes (7%).

Estudo realizado março de 2015 considerando apenas as notificações de 2014 mostrou o seguinte panorama:

Tabela 2- Acidente de trabalho com exposição à material biológico segundo gênero e faixa etária.

Dados considerados	2011 - 2014	2007 - 2010
Quantidade de notificações	54.256	62.970
Ocorrência em mulheres	78%	77%
Faixa etária entre 25 e 39 anos	57%	56%

Fonte: Sinan acessado em 23/03/2015

Tabela 3 - Distribuição das notificações segundo ocupação no período de 2011 a 2014.

Ocupação	Frequência	%
Auxiliar de Enfermagem	15235	42,6
Técnico de Enfermagem	12772	30,0
Enfermeiro	3914	9,2
Médico	5198	12,2
Estudante	2790	6,6
Dentista	1407	3,3
Atendente de Dentista	389	0,9
Instrumentador Cirúrgico	363	0,8
Fisioterapeuta	309	0,7
Técnicos de Patologia	126	0,3
TOTAL	42503	100

Fonte: Sinan acessado em 23/03/2015

Tabela 4 – Lista das dez ocupações mais frequentes nas notificações efetuadas no ano de 2014.

Ocupação	Frequência	%
TECNICO DE ENFERMAGEM	3365	26,8
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	3058	24,4
MEDICO	1302	10,4
ENFERMEIRO	990	7,9
ESTUDANTE	573	4,6
FAXINEIRO	554	4,4
CIRURGIAO DENTISTA	374	3,0
IGNORADA	216	1,7
COLETOR DE LIXO	175	1,4
AUXILIAR DE LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	151	1,2
Sub Total das 10+ frequentes	10758	85,7
Total de acidentados com Material Biológico	12556	100,0

Fonte: SinanNET última atualização em 24/02/2015 acessado em 03/03/2015

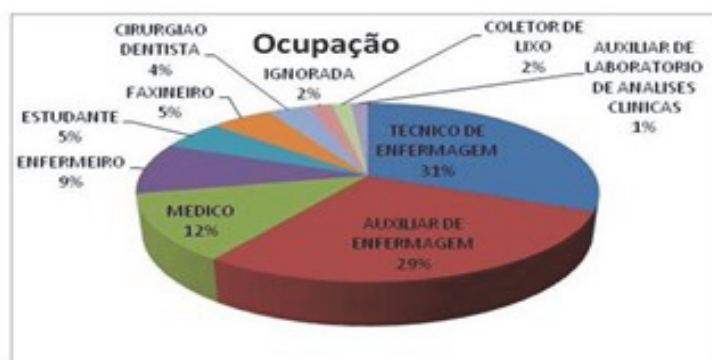


Tabela 5 – Distribuição das notificações dos acidentes de trabalho com exposição à material biológico segundo circunstâncias em que ocorreram no de 2014.

circ. acidente	Frequência	%
Outros	2390	18,9
Proced. cirúrgico	1406	11,1
Descarte inadeq. chao	1078	8,5
Adm. med. endovenosa	1013	8,0
Punção coleta	961	7,6
Descarte inadeq. lixo	868	6,9
Manip caixa perfuro/cortante	664	5,3
Adm. med. intramuscular	648	5,1
Dextro	623	4,9
Adm. med. subcutânea	585	4,6
Proced. odontológico	544	4,3
Punção NE	526	4,2
Lavagem de material	361	2,9
Ign/Branco	313	2,5
Reencape	242	1,9
Proced. laboratorial	224	1,8
Lavanderia	118	0,9
Adm. med. intradérmica	68	0,5
Total	12632	100,0

Fonte: SinanNET última atualização em 24/02/2015 acessado em 03/03/2015

Com base na mesma fonte (Sinan), na Tabela 6 os dados de 2014 referentes à ocupação (Tabela 4) são comparados com os do período de 2007 a 2010. Os dados confirmam a predominância do pessoal da enfermagem (60%) e a importância dos médicos (10%), pessoal da higienização e limpeza (6%) e estudantes (5%) nas ocorrências dos acidentes com exposição a material biológico.

Tabela 6 - Acidente de trabalho com exposição à material biológico segundo ocupação – comparação dos dados (ano de 2014 e período de 2007 a 2010)

Dados considerados	2014	Média anual [2007 – 2010]
Quantidade de notificações	12556	15743
Ocupação do acidentado		
Enfermagem	60%	59%
Médico	10%	11%
Higienização e limpeza	6%	8%
Estudantes	5%	6%

Fonte: Sinan acessado em 23/03/2015

Estudo sobre a frequência segundo a circunstância ou momento do acidente, considerando o período de 2007 a 2010, mostrou que o descarte inadequado era a segunda causa de acidentes ocupacionais, perdendo apenas para os eventos ocorridos no processo de administração de medicação. Considerando o ano de 2014 (Tabela 5), 40% dos eventos estavam relacionados com descarte inadequado (22%) e ocorreram durante a administração de medicação (18%).

Resumindo

Há evidências de que a exposição acidental a material biológico é mais frequente:

- ✓ Em mulheres: caracterizando condição de extrema vulnerabilidade do gênero, uma vez que elas compõem a maior quantidade da força de trabalho nos procedimentos de risco biológico nos serviços de saúde;
- ✓ Na faixa etária entre 25 e 39 anos: idade caracterizada como sexualmente ativa e fértil, nas mulheres, na qual eventual infecção pelos vírus da Aids ou da hepatite B ou C repercute de maneira dramática, direta e indiretamente, biológica e psicossocialmente no sujeito acometido;
- ✓ Nos profissionais de enfermagem, seguido dos médicos, pessoal da higienização e limpeza e estudantes: apontando grupos de risco que necessitam de maior atenção quanto a ações de treinamento, educação continuada e capacitação;
- ✓ No procedimento de administração de medicação e no descarte inadequado, identificando momentos e circunstâncias de risco que necessitam ser objeto de análise ampla e sistêmica, objetivando especialmente a prevenção.

Prevenção

O conhecimento acerca das exposições acidentais a material biológico potencialmente contaminado vem evoluindo e a notificação e análise destas ocorrências são fundamentais para o planejamento de estratégias de prevenção e controle.

O que queremos prevenir?

No contexto deste documento o objeto de prevenção é a exposição, acidental e ocupacional a agente biológico potencialmente contaminado.

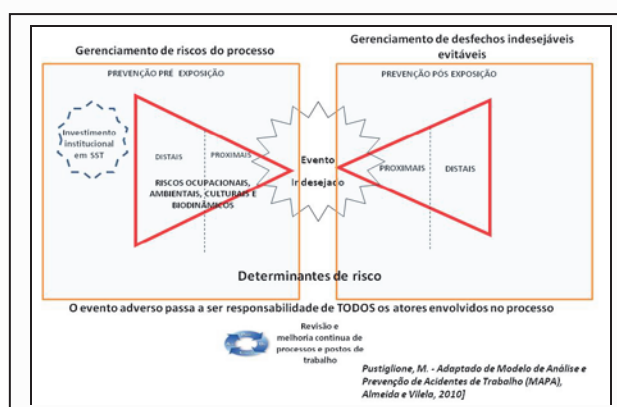
Segundo Vilela e Almeida (2010) o acidente deve ser visto como um “disfuncionamento, um resultado indesejável do sistema de atividade e não como erro humano (falha da vítima)”.

Trata-se na realidade de um “evento indesejado” decorrente de um conjunto de “determinantes de risco” cujo conhecimento tem fundamental importância no entendimento da ocorrência e na definição das ações corretivas e preventivas. E é nesse contexto amplo que deve ser investigado e analisado, levando em consideração todos os atores e elementos envolvidos no processo e no ambiente de trabalho.

Na ótica prevencionista moderna devem ser considerados: (a) os determinantes de riscos potencialmente existentes nas diferentes fases de

procedimento, a saber: antes (Pré), durante (Intra) e depois (Pós); (b) o(s) Evento(s) Indesejado(s) decorrente(s); e (c) as ações de segurança e saúde no trabalho indicadas.

Já, na ótica clínica e epidemiológica, a prevenção da transmissão ocupacional de patógenos sanguíneos requer diferentes abordagens para reduzir o contato com sangue e ferimentos percutâneos. Podemos subdividi-la em medidas de profilaxia pré-exposição e medidas de profilaxia pós-exposição. A seguir descrevemos os possíveis cenários.



Evento indesejado	Determinantes de risco	Ações de Segurança e Saúde no Trabalho ¹
<p>(*) Exposição desprotegida do trabalhador a material biológico potencialmente contaminado (p.ex.: respingos e vazamentos);</p> <p>(*) Trabalhador vítima de ferimento perfurocortante com exposição a sangue ou fluidos orgânicos (p.ex.: picada com agulha ou corte com lâmina contendo sangue);</p> <p>(*) Trabalhador vítima de agressão com exposição a sangue ou fluidos orgânicos (p.ex.: mordedura humana).</p>	<p>(*) Falta de identificação, controle e monitoramento de risco biológico;</p> <p>(*) Falta de programas de vigilância da saúde do trabalhador;</p> <p>(*) Falta de capacitação e educação continuada do trabalhador;</p> <p>(*) Desconhecimento da situação clínica e sorológica do paciente;</p> <p>(*) Descumprimento das Medidas de Prevenção Padrão (precaução universal)</p> <p>e Específicas (de acordo com a forma de transmissão);</p> <p>(*) Ausência de ambientes (instalações e equipamentos) de isolamento e de trabalho em contensão;</p> <p>(*) Falta de sinalização de segurança para risco biológico;</p> <p>(*) Inexistência de material de informação sobre medidas de precaução, prevenção e ação no caso de acidente com agente biológico² escrito facilmente visualizável, compreensível e acessível a todos;</p> <p>(*) Não disponibilização de Material Perfurocortante (MPC) com Dispositivo de Segurança (DS);</p> <p>(*) Falta de capacitação e educação continuada do trabalhador para uso de MPC com DS;</p> <p>(*) Não disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI);</p> <p>(*) Falta ou falha na Profilaxia Pré-Exposição para doenças infectocontagiosas preveníveis.</p>	<p>(*) Análise de riscos no ambiente, postos e processos de trabalho com foco nos agentes biológicos²;</p> <p>(*) Elaboração, implantação e acompanhamento do Ppra;</p> <p>(*) Constituição de Comissão Gestora Multidisciplinar para elaboração e implementação de um Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes;</p> <p>(*) Identificação de trabalhadores potencialmente expostos a agentes biológicos²;</p> <p>(*) Elaboração, implantação e acompanhamento do Pcmso;</p> <p>(*) Elaboração e implantação de Programa de Capacitação e Cultura Prevencionista;</p> <p>(*) Elaboração e implementação de Procedimento Operacional Padrão (POP) para triagem clínica e/ou sorológica dos pacientes para doenças infectocontagiosas;</p> <p>(*) Elaboração e ampla divulgação de POP para manejo de doenças infectocontagiosas;</p> <p>(*) Providenciar instalações e equipamentos de isolamento e de trabalho em contensão conforme legislação vigente;</p> <p>(*) Providenciar sinalização de segurança para risco biológico conforme legislação vigente;</p> <p>(*) Providenciar material informativo para risco biológico conforme legislação vigente;</p> <p>(*) Conforme NR 32 e Portaria 1748, disponibilizar MPC com DS e providenciar junto ao fornecedor a implantação de Programa de Capacitação e Educação Continuada específica;</p> <p>(*) Disponibilizar o(s) EPI(s) indicado(s) e capacitar o trabalhador quanto ao uso, guarda / descarte e manutenção; OBS.: registrar (documentar) o processo;</p> <p>(*) Promover mudanças e racionalização de procedimentos visando reduzir a necessidade de utilização de perfurocortantes;</p> <p>(*) Disponibilizar vacinas³ e realizar controle de doses e do status sorológico dos trabalhadores. OBS.: registrar (documental) o processo</p>

Fonte: Pustiglione, M., Material didático – IOF/HCFMUSP, 2014.

1 Objetivo: prevenir a ocorrência de E.I. e fatos decorrentes, como adoecimento, afastamentos do trabalho e sequelas físicas, psíquicas e sociais, minimizando até anular o(s) risco(s) identificados

2 Agentes biológicos: microrganismos, geneticamente modificados ou não, culturas de células, parasitas, toxinas e príons (sic NR32).

3 Vacinas (de acordo com a NR32, item 32.2.4.17 - “Da Vacinação dos Trabalhadores”): (a) “a todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO”; (b) “sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente”; (c) “o empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço”; (d) “a vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde” (e) “o empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho”; (f) “a vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR7”; e (g) “deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas”.

(AÇÕES EDUCATIVAS E PREVENTIVAS)

II – Fase Intra-Procedimento

Evento indesejado	Determinantes de risco	Ações de Segurança e Saúde no Trabalho ¹
(*) Exposição desprotegida do trabalhador a material biológico potencialmente contaminado (p.ex.: respingos e vazamentos); (*) Trabalhador vítima de ferimento perfurocortante com exposição a sangue ou fluidos orgânicos (p.ex.: picada com agulha ou corte com lâmina contendo sangue); (*) Trabalhador vítima de agressão com exposição a sangue ou fluidos orgânicos (p.ex.: mordedura humana).	(*) Falha técnica; (*) Utilização de MPC sem DS; (*) Não disponibilização ou não uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); (*) Ambiente inadequado; (*) Peculiaridades do paciente (P.ex.: paciente agitado ou com dificuldade de movimentação); (*) Sobrecarga de trabalho; (*) Defeito no sistema (máquinas, equipamentos, etc.);	(*) Elaborar e implementar Programa de Supervisão e Educação Continuada; (*) Disponibilizar MPC com DS conforme NR 32 e Portaria 1748,; (*) Disponibilizar, de forma continuada e sem interrupções, o(s) EPI(s) indicado(s) e controlar (fiscalizar o uso); (*) Minimizar até a eliminar os riscos associados ao ambiente de trabalho; (*) Capacitar os trabalhadores em como agir em situações excepcionais, de emergência ou de risco; (*) Prever na escala, profissionais para apoio e ajuda, capacitando-os; (*) Organizar as escalas de trabalho, adequando o quadro de pessoal às necessidades do serviço; (*) Elaborar programa de Manutenção Preventiva Continua.

Fonte: Pustiglione, M., Material didático – IOF/HCFMUSP, 2014

¹ Objetivo: evitar a ocorrência de E.I. e fatos decorrentes, como adoecimento, afastamentos do trabalho e sequelas físicas, psíquicas e sociais, minimizando até anular o(s) risco(s) biológicos identificados (**AÇÕES SEGURAS**).

III – Fase Pós-Procedimento

Evento indesejado	Determinantes de risco	Ações de Segurança e Saúde no Trabalho ⁴
(*) Exposição desprotegida do trabalhador a material biológico potencialmente contaminado (p.ex.: vazamentos); (*) Trabalhador vítima de ferimento perfurocortante com exposição a sangue ou fluidos orgânicos (p.ex.: picada com agulha ou corte com lâmina contendo sangue inadequadamente descartado).	(*) Descarte inadequado; (*) Falta de Plano de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde (Pgrss); (*) Falta de POP para atendimento do trabalhador acidentado.	(*) Capacitação inicial e continuada do trabalhador; (*) Condições e equipamento para descarte seguro; (*) Elaboração e implantação de Pgrss e controle de seu desempenho através de indicadores específicos; (*) Providenciar POP para ocorrência de exposição acidental a material biológico contendo no mínimo normas relativas a: (a) Acolhimento e cuidado do acidentado (tratar como uma emergência médica); (b) Profilaxia pós-exposição propriamente dita (PPE) ² ; (c) Seguimento do caso e controle de reações adversas ou complicações; (d) Notificação do evento ³ Investigação do evento (Mapa) ³ ; (e) Identificação de não conformidades [retroalimentação - Pdca]; (f) Pdca baseado nas notificações e análises dos eventos.
Fonte: Pustiglione, M., Material didático – IOF/HCFMUSP, 2014		

¹ Objetivo: minimizar até anular as consequências do E.I.
(**AÇÕES CURATIVAS E CORRETIVAS**)

² Profilaxia pós-exposição propriamente dita (PPE):

- ✓ **Cuidados Imediatos no local da exposição:**
 - Lavar o ferimento e a pele com água e sabão*.
 - No caso de exposição em membranas mucosas deixar escorrer bastante água e somente água.
 - *(Obs.: não há vantagem na utilização de soluções antissépticas).
- ✓ **Fluxograma do atendimento**
 - Avaliar a magnitude do acidente. (Anexo - Quadro I)
 - Verificar a sorologia do caso fonte, quando possível (Anexo – Quadro II).
 - Verificar o status sorológico e pedir sorologias no “tempo zero” do acidentado e do caso fonte. (Anexo – Quadro II). Obs.: verificar validade da vacinação antitetânica do acidentado.
 - Prescrever drogas, vacina, imunoglobulina de acordo com o caso (Anexos: HIV - Quadro III e Hepatite B – Quadro IV)
 - Programar acompanhamento ambulatorial por no mínimo 6 meses (0-1-3-6). [Obs.: acompanhar por 12 meses (0-1-3-6-12) quando a fonte for HIV e VHC positiva].

3 Notificação e investigação do evento:

(*) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – Previdência Social: do ponto de vista previdenciário, a notificação / comunicação de acidentes de trabalho e de doenças relacionadas com o trabalho (CAT) está prevista inicialmente na Lei nº 5.316/67, com todas as alterações ocorridas posteriormente até a Lei nº 9.032/95, regulamentada pelo Decreto nº 2.172/97. A Lei nº 8.213/91 determina no seu artigo 22 que *“todo acidente do trabalho ou doença profissional deverá ser comunicado pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão”*. Cabe aqui, novamente ressaltar a importância do preenchimento completo e exato da comunicação, visto que as informações nela contidas são de fundamental importância não apenas do ponto de vista previdenciário, estatístico e epidemiológico, mas também trabalhista e social. “A regulamentação previdenciária determina que: *“A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho, ocorrido com seu empregado, havendo ou não afastamento do trabalho, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o teto máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada na forma do artigo 109 do Decreto nº 2.173/97”*.

(*) Investigação do Acidente de Trabalho (CLT – NR4 – item 4.12 alínea H): é um dever do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) quando houver: *“analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do (s) indivíduo (s) portador (es) de doença ocupacional ou acidentado (s)”*. Nas empresas que não contam com SESMT, esta responsabilidade cabe à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Conforme determina a NR5 item 5.16 alínea L a CIPA tem como atribuição *“participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados”*.

(*) Notificação e Investigação de Acidente de Trabalho (NAT / IAT – SES-SP): a Resolução do Gabinete do Governador SS nº 79 de 20 de agosto de 2013 institui nas Unidades da Secretaria da Saúde normas para notificação e investigação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e dá providências correlatas. Para tanto foram implantadas as fichas de Notificação de Acidentes de Trabalho (NAT) e de Investigação de Acidentes de Trabalho (IAT) e criado um sistema em ambiente Office.

(*) Notificação compulsória (Sinan): de acordo com a Portaria MS nº 1.271 de 6 de junho de 2014 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, o *“Acidente de trabalho com exposição a material biológico”* é de notificação compulsória.

OBS.: do ponto de vista prevencionista, é desejável que todos os eventos adversos relacionados a agentes biológicos sejam notificados, tenha havido ou não contaminação (notificação dos incidentes e dos “quase acidentes”).

Atenção: acidente não notificado é acidente não ocorrido!

Quadro I – Avaliação da magnitude do acidente

- ✓ **Risco de exposição baixo:** lesão superficial, agulha sem lúmen, pequeno volume de material biológico de risco (poucas gotas, curta duração de exposição).
- ✓ **Risco de exposição alto:** lesão profunda, agulhas com lúmen / grosso calibre, sangue visível no MPC usado recentemente, grande volume de material biológico de risco e contato prolongado.

Quadro II - Sorologia do caso fonte e do acidentado

(*) Paciente-fonte: sempre que o **paciente-fonte for conhecido**, deve-se investigar seu status sorológico para HIV, hepatite B (HBsAg) e C. Metodologias de **Teste de Diagnóstico Rápido (TDR)** para a detecção do HIV, HBsAg e HCV são as mais indicadas para a tomada de decisão acerca da quimioprofilaxia com antirretrovirais (ARV). O TDR para HIV demonstra 100% de sensibilidade e 99,5% de especificidade, corroborando seu uso na decisão de usar ou não o esquema ARV. OBS.: é recomendável, entretanto, que, quando possível, este resultado preliminar seja confirmado por metodologia CMIA ou similar de 4ª geração. Esta metodologia permite a detecção do antígeno p24 reduzindo a “janela” imunológica e permitindo o diagnóstico na fase aguda.

(*) Paciente-fonte desconhecido: quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida (e não for possível realizar o TDR dentro do prazo para início da profilaxia) ou o paciente-fonte é desconhecido, o uso de PPE deve ser decidido em função da possibilidade da transmissão do HIV que depende da gravidade do acidente e da probabilidade de contaminação pelo HIV do material (material oriundo de locais com alta prevalência de indivíduos HIV+ ou história epidemiológica para HIV e outras DST).

(*) Acidentado: o **profissional exposto** deve ser submetido à sorologia para HIV, hepatite B e C, com o objetivo de verificar sua condição sorológica prévia ao acidente ou “no tempo zero”. Para a hepatite B os três marcadores são indispensáveis (HBsAg, anti-HBc e anti-HBs).

Quadro III – Profilaxia HIV – Sugestões terapêuticas para quimioprofilaxia pós-acidente com material infectante em paciente fonte positivo para HIV

ESQUEMA ³	2 DROGAS [Risco de exposição baixo] ¹	3 DROGAS [Risco de exposição alto] ²	DURAÇÃO
1ª escolha	AZT300 + 3TC150 = <i>Biovir</i> (1cp 12/12h)	AZT300 + 3TC150 = <i>Biovir</i> (1cp 12/12h) + TDF 300 = <i>Viread</i> (1 cp a cada 24h)	4 semanas
2ª escolha (contra-indicação ao AZT)	TDF 300 = <i>Viread</i> (1 cp a cada 24h) + 3TC150 = <i>Epivir</i> (1cp de 12/12 horas ou 02 cp a cada 24 horas)	TDF 300 = <i>Viread</i> (1 cp a cada 24h) + 3TC150 = <i>Epivir</i> (1cp de 12/12 horas ou 02 cp a cada 24 horas)+ LPV/r200 = <i>Kaletra</i> (2cp 12/12h)	4 semanas

Observações

- (*) Iniciar a quimioprofilaxia de preferência nas primeiras 2 horas após a exposição.
- (*) Prazo limite máximo para iniciar a quimioprofilaxia: 72h após a exposição
- (*) Tempo de tratamento: 28 dias

Quadro IV – Profilaxia Hepatite B - Orientações sobre conduta em relação à profilaxia para hepatite B (Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser administradas preferencialmente nas primeiras 24 horas após o acidente, não excedendo o período de sete dias).

Trabalhador da saúde exposto: <i>Situação vacinal e sorológica</i>	Paciente fonte:		
	<i>HBsAg Reagente</i>	<i>HBsAg não Reagente</i>	<i>HBsAg desconhecido</i>
Não vacinado	IGHAHB* + iniciar Vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação**
Com vacinação incompleta	IGHAHB*+ completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação**
Com resposta vacinal conhecida e adequada (>10 UI/ml)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após a 1ª série de vacina	IGHAHB+ iniciar nova série de vacinação	Iniciar nova série de vacinação (3 doses)	Iniciar nova série de vacinação (3 doses)**
Sem resposta vacinal após a 2ª série de vacina	IGHAHB(2 doses), com intervalo de 30d***	Nenhuma medida específica	
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: Se antiHBs >10 – nenhuma Se antiHBs <10 - IGHAHB+ fazer segunda série de vacinação	Testar o profissional de saúde: Se antiHBs >10 – Nenhuma Se antiHBs <10 - Fazer segunda série de vacinação	Testar o profissional de saúde: Se antiHBs >10 – Nenhuma Se antiHBs <10 – Fazer segunda série de vacinação***

Apêndice

Hepatite C

Para a profilaxia da infecção pelo vírus da hepatite C não existe vacina ou qualquer outro insumo disponível atualmente. Entretanto, o tratamento de casos de hepatite C aguda parece apresentar elevada taxa de cura. Assim, nas exposições a fontes sabidamente portadoras do vírus da hepatite C, devem ser feitos esforços para determinar precocemente se o acidentado adquiriu o vírus e, caso isto tenha ocorrido, encaminhá-lo prontamente para tratamento.

Orientações para o descarte seguro de perfurocortantes

(Adaptado de www.hgb.rj.saude.gov.br/.../rotina_b4_descarte_de_perfurocortantes acessado em 15/10.2014 as 12h25)

- ✓ *Todo artigo perfurocortante (ampolas, agulhas, bisturis, frasco ampolas, etc.) deve ser descartado em caixa coletora rígida estanque.*
- ✓ *As caixas coletoras devem ser utilizadas até a sinalização do limite máximo (linha pontilhada).*
- ✓ *Toda caixa coletora deve ser mantida em local limpo e seco e o mais próximo do local de descarte dos artigos perfurocortantes.*
- ✓ *Manter as caixas coletoras em seus suportes específicos.*
- ✓ *Vistoriar diariamente as condições de lotação e integridade das caixas recolhendo as que atingirem o limite máximo de preenchimento sempre que necessário.*
- ✓ *Transportar as caixas de descarte de perfurocortantes segurando-as pela alça e mantendo-as afastadas do corpo.*
- ✓ *É proibido sacudir a caixa de perfurocortantes ou empurrar os materiais dentro da mesma para aumentar a capacidade de descarte.*
- ✓ *Utilizar caixas coletoras com capacidade de coleta segundo a demanda de 24 horas do serviço.*
- ✓ *Manipular com luvas, e com cuidado: agulhas, seringas e objetos perfurocortantes.*
- ✓ *Não reencapar as agulhas nem solta-las das seringas no momento do descarte nas caixas coletoras.*
- ✓ *Não utilizar a caixa coletora para descarte de resíduo não perfurocortantes (luvas, papeis, gazes, etc.).*
- ✓ *Transportar materiais para exames laboratoriais em contêiner fechado com trava, resistente e que não permita vazamento e/ou ocorrência de acidentes com material biológico pelos profissionais do transporte das mesmas.*
- ✓ *Em caso de lesão provocada pelo uso ou descarte de material perfurocortante seguir o fluxo de atendimento disponível afixado em todos os setores do hospital.*

Bibliografia adicional

Almeida I.M; Vilela, R.A.G. Modelo de análise e prevenção de acidentes de trabalho-MAPA. Cerest Piracicaba. Piracicaba - SP, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids. Manual de prevenção das DST/HIV/Aids em comunidades populares. Brasília:Min.Saude, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Brasília:Min. Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Vigilância Epidemiológica. Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia. Brasília:Min. Saude, 2001.

Teixeira P.; Valle S. Biossegurança:uma abordagem multidisciplinar. R.Janeiro:Ed Fiocruz, 1996

Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico:HIV, e Hepatites B e C. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual> Acessado em 25/03/2015

Avenida Dr. Arnaldo, 351, Anexo III – Cerqueira César, São Paulo – SP – CEP: 01246-000
Fones: +55 11 3065-4771 – e-mail: dvst@cvs.saude.sp.gov.br

Literatura de Cordel

28 DE ABRIL - DIA INTERNACIONAL EM MEMÓRIA DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES E DOENÇAS DO TRABALHO

Autores: Antonio de Lisboa e Edmilson Ferreira

Vinte e oito de abril,
Em diversos continentes,
Eventos homenageiam,
De maneiras diferentes,
Aos trabalhadores vítimas
De doenças e acidentes.
É, para os trabalhadores,
O dia internacional,
Lembrança aos colegas mortos,
Manifesto sindical,
Chamando atenção do mundo
Para um problema real.
Essa data instituiu-se
Para manifestação
No ano sessenta e nove
Quando exercendo a função
Setenta e oito mineiros
Morreram numa explosão.
Isso ocorreu na Virgínia,
Um estado americano,
E após três décadas e meia
Que aconteceu esse dano
Se constata infelizmente
Novas vítimas todo ano.
Os que se juntam na rua
Em torno do manifesto
Fazem enterro simbólico
No momento do protesto
E há razão suficiente
Pra justificar o gesto.
As passeatas comportam
Ativos e inativos,
Comungando ao mesmo tempo
Os mesmos objetivos,
Relembrando os que estão mortos,
Defendendo os que estão vivos.
É pedida nesse dia
Uma atuação constante
Contra acidente fatal,
Doença incapacitante,
Que segundo as estatísticas

Têm ocorrido bastante.
Nessa data é discutida
A legislação local,
Faixas, cartazes, discursos,
Sempre o mesmo ritual,
Cobrando rigor nas normas
De segurança geral.
Trabalhadores exigem
Condição satisfatória.
Os mártires da mesma luta
Têm resgatada a memória,
As injustiças não podem
Ficar à margem da história.
Visam a fazer as pessoas
Tomarem conhecimento,
Higidez e segurança
Dependem de investimento
E a prevenção custa menos
Do que qualquer tratamento.
As tragédias deixam claro
O que deve ser mudado,
A comparação é feita
Quando o pretérito é lembrado,
O presente é refletido
E o futuro é preparado.
Os acidentes ocorrem
Do escritório ao cascalho,
Categorias discutem
Sobre o que ainda está falho,
Propondo o melhoramento
Das condições de trabalho.
O fato de, atualmente,
Ser comum se ver alguém
Contaminado por sílica,
Por amianto também,
Mostra que o Brasil precisa
De mais prevenção do que tem.
Há condições adversas
De pessoas conduzidas

A trabalhar com mercúrio,
A lidar com pesticidas.
Uma simples negligência
Pode custar muitas vidas.
Incidências de operários
Que de asbestose padecem,
Os que de máquinas são vítimas,
Os que de câncer falecem,
Muitas delas, evitáveis,
Frequentemente acontecem.
Acidentes e doenças
Ocorrem em todo reduto,
Segundo a OMS,
Pode o gasto absoluto
Chegar a quatro por cento
Do Produto Interno Bruto.
É cobrado mais empenho
Das empresas do País,
Mais atuação das CIPAs,
Disposição de EPIs,
Tendo ambiente seguro,
Há trabalhador feliz.
A OIT deixa claro
Quanto ao assunto: acidente,
Cerca de três mil pessoas
São vítimas diariamente,
Essa estatística precisa
Reduzir daqui pra frente.
Nesses trinta e cinco anos
A tragédia é lembrada,
Foi, em diversos países,
Essa data incorporada.
Uma causa quando é justa
Não pode ser desprezada.
Aqui não é diferente,
Vinte e oito de abril,
Um projeto no Congresso
Tramita desde dois mil,
Pra oficializar
Esta data Brasil.

Secretaria de Estado da Saúde – SES – SP
David Everson Uip

Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD
Marcos Boulos

Centro de Vigilância Sanitária – CVS
Maria Cristina Megid

Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho – DVST
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST
Simone Alves dos Santos

Av. Dr. Arnaldo, 351, Aenxo III, 7º andar
CEP: 01246-901 – Cerqueira Cesar – São Paulo – SP
e-mail: dvst@cvs.saude.sp.gov.br
site: www.cvs.saude.sp.gov.br

Elaboração do Boletim
Ana Cristina A. Martim
Cesar Patta
José Carlos do Carmo
Marcelo Pustiglione
Rosemary Norye Inamine
Silvana Tognini
Susi M. C. Quevedo

Coordenação Editorial
Simone Alves dos Santos

Revisão
Rosemary Norye Inamine

Projeto gráfico e editoração eletrônica
José Carlos do Carmo
Marcelo Pustiglione
Rosemary Norye Inamine
Simone Alves dos Santos

A reprodução deste material é livre, desde que citada a fonte.