

Nota técnica nº 01/2019 DISAT/SVS/SES-DF

Brasília, 25 de julho de 2019.

Assunto: Orientações sobre condutas e rotinas sobre o acidente de trabalho com exposição a material biológico (ATMB) para os serviços de Urgência, Emergência, Pronto Atendimento e de Atendimento Especializado em HIV/AIDS e Hepatites Virais da SES-DF e para rede privada de saúde do Distrito Federal.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (BRASIL, 2018) que trata da atenção integral à pessoa exposta a estas doenças, incluindo a exposição ocupacional;

Conforme Nota Informativa nº 90/2019- DSASTE/SVS/MS, o acidente de trabalho com exposição a material biológico (ATMB) é todo acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não. Importante também destacar as ocupações de risco: profissionais de saúde; profissionais de limpeza das unidades de saúde; garis; catadores de materiais recicláveis; entre outros.

Conforme o Anexo V - Portaria GM/MS 204/2016 - da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 e Portaria GDF 140 de 08 de agosto de 2016 que determinam a notificação compulsória do acidente de trabalho com exposição a material biológico (ATMB);

Conforme a nota técnica nº 03/2015 – GEDST/DIVEP/SVS/SES-DF que trata da atualização da prescrição e dispensação de medicamentos antirretrovirais (ARV) para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV em adultos nos serviços de Urgência, Emergência e Pronto Atendimento da SES-DF;

Conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) de Acidente em Serviço, publicado em janeiro de 2016, pela Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, que traz orientação da Subsaúde para padronizar os procedimentos de avaliação da saúde do servidor para uniformizar o atendimento e os registros de investigação daqueles que sofreram algum acidente durante sua jornada de trabalho;

Conforme Ofício Circular nº 21/2019/CGAHV/DCCI/SVS/MS, de 12 de julho de 2019 que trata das informações sobre a oferta, acolhimento, prescrição e dispensa de antirretrovirais para Profilaxia Pós-exposição ao risco de HIV, IST e Hepatites Virais (PEP) nos serviços de saúde;



Conforme os fluxogramas existentes de atendimento ao trabalhador acidentado da rede privada de saúde os quais preveem a dispensação da quimioprofilaxia nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) dos Serviços de Referência em HIV/AIDS da SES/DF;

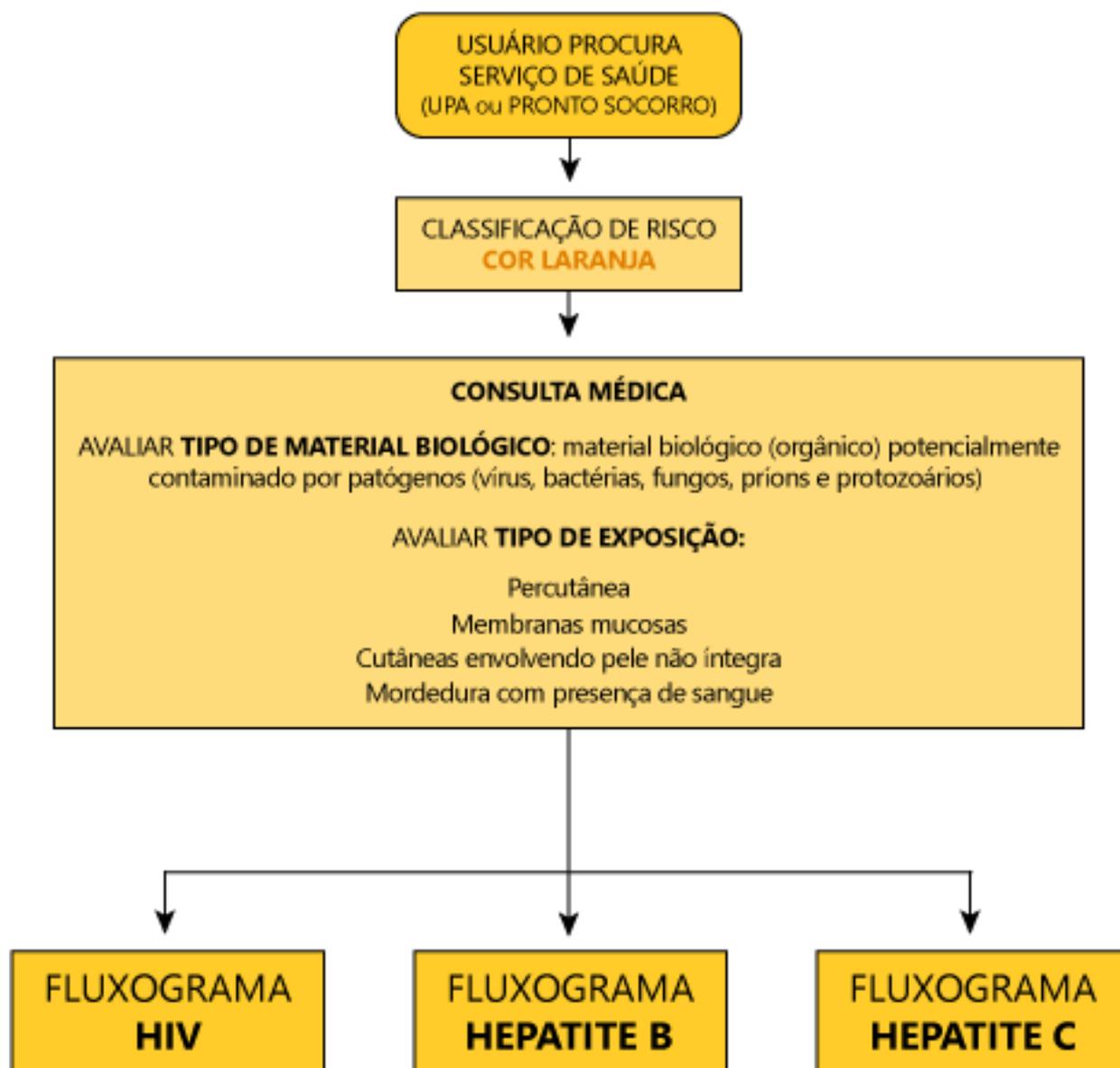
Seguem os fluxogramas e as orientações sobre condutas e rotinas sobre o ATMB nos serviços de Urgência, Emergência, Pronto Atendimento e de Atendimento Especializado para HIV/AIDS e Hepatites Virais da SES-DF e da rede privada de saúde do DF.

Importante:

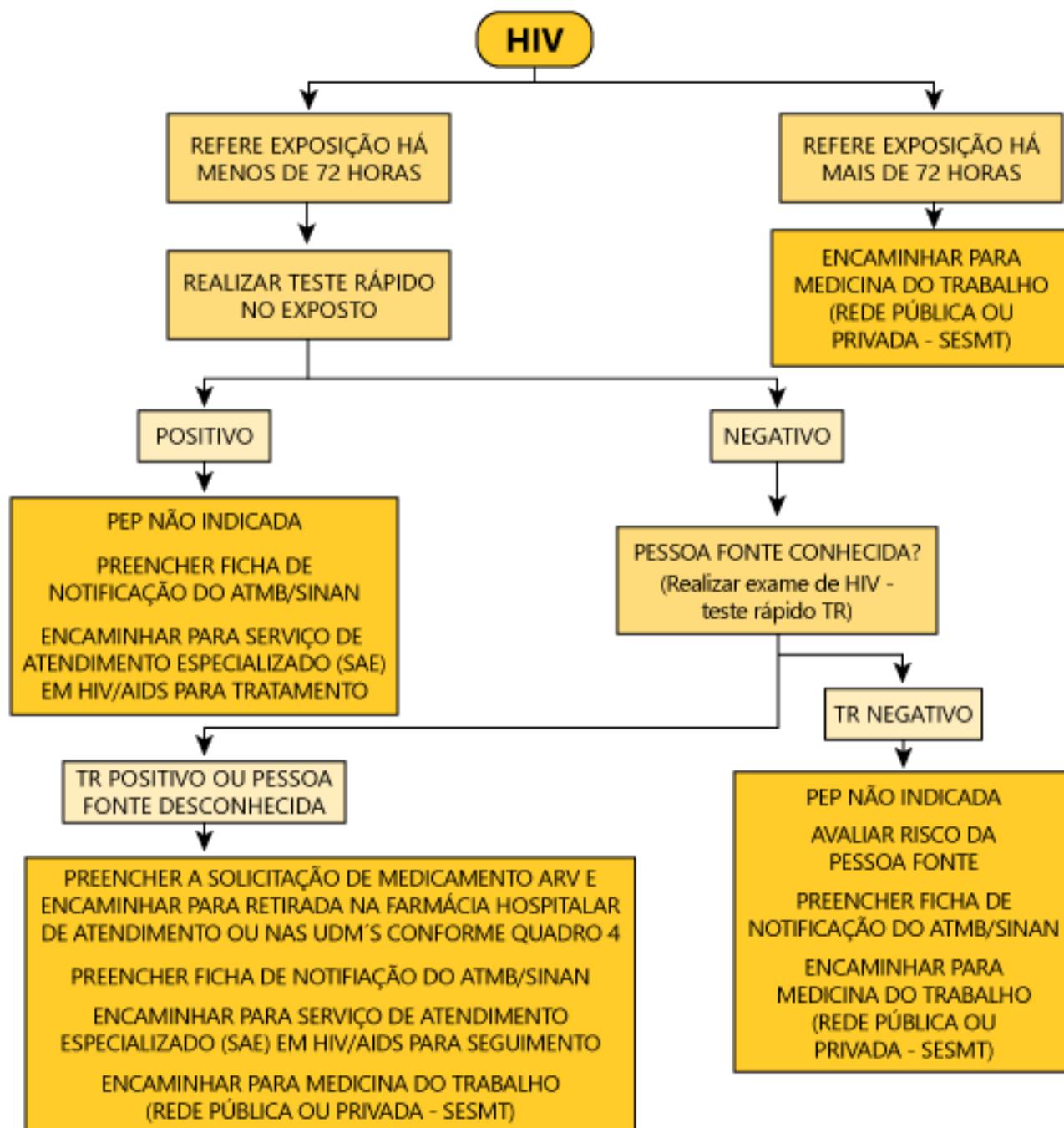
O trabalhador acidentado pode procurar os Hospitais Públicos ou as unidades de Pronto Atendimento (UPA) da SES/DF para atendimento ao ATMB.



Fluxograma inicial de atendimento ao acidente de trabalho com exposição a material biológico (ATMB)



Fluxograma para avaliação e recomendações para profilaxia de HIV após exposição ocupacional a material biológico



As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de **urgência**, em função da necessidade de **início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção**. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição, devendo ser iniciada, idealmente, nas primeiras 2 (duas) horas.



ORIENTAÇÕES IMPORTANTES:

O trabalhador acidentado deverá ser atendido imediatamente no seu local de trabalho, em conformidade com o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais** (BRASIL, 2018) e em cumprimento à **Norma Regulamentadora nº 7** (BRASIL,1978).

Importante destacar que o trabalhador deverá possuir **cartão SES** para atendimento na rede da SES/DF. Esse cartão pode ser feito em qualquer unidade de saúde da rede pública.

O médico assistente deverá preencher, assinar e carimbar o “**Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia**” para **28 dias de tratamento**. Ele deverá ser acessado para impressão em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicitacao_Medicamentos_Profilaxia.pdf (anexos 1 e 2)

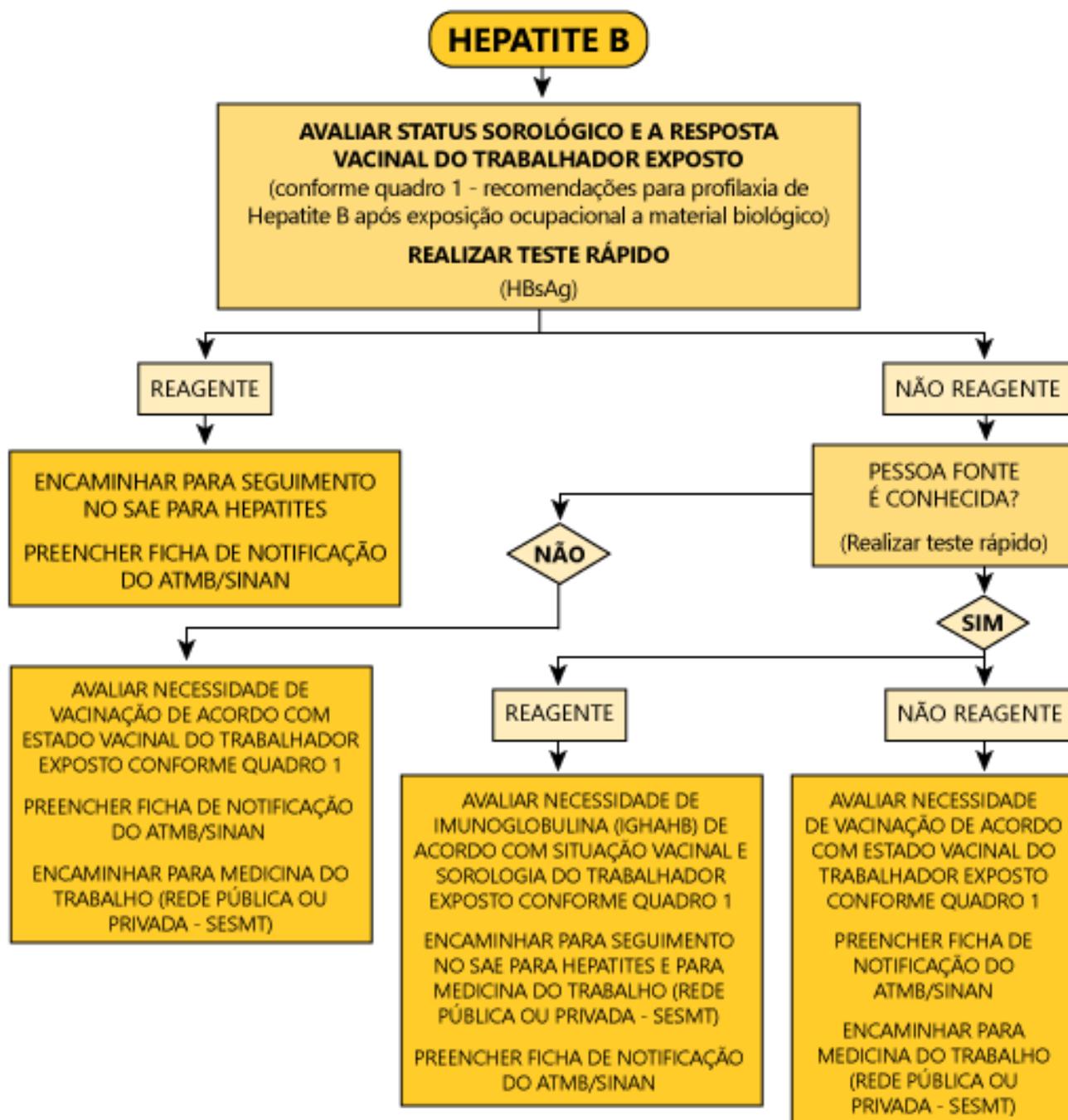
Preencher a **Ficha de Notificação do ATMB/SINAN** (acessada para impressão em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/01 - ACIDTR EXPBIO NET - ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSICAO A MATERIAL.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/01_-_ACIDTR_EXPBIO_NET_-_ACIDENTE_DE_TRABALHO_COM_EXPOSICAO_A_MATERIAL.pdf) (anexos 3 e 4)

O trabalhador poderá retirar o medicamento antirretroviral nas farmácias das Unidades Dispensadores de Medicamentos (UDM) da SES/DF conforme quadro 4, **apresentando o formulário de solicitação de medicamentos – profilaxia e ficha de notificação do ATMB/SINAN e sendo OBRIGATÓRIA a apresentação dessa documentação para retirada do ARV**. Em caso de final de semana ou período noturno, o trabalhador da rede privada poderá retirar na Farmácia Hospitalar da SES/DF.

Para mais informações sobre acompanhamento clínico e início da TARV, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção em Adultos” disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.



Fluxograma para avaliação e recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico



A Medicina do Trabalho deverá avaliar a situação vacinal do trabalhador, no exame admissional, regularizando o status vacinal para que o mesmo inicie ou complete as doses da vacina da Hepatite B e também deverá confirmar a presença de anticorpos contra Hepatite B.



Quadro 1 – Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAB (2x) ^(b)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAHB (2x) ^(b)	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x) ^(b)
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde
	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + primeira dose da vacina hepatite B	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ^(a)

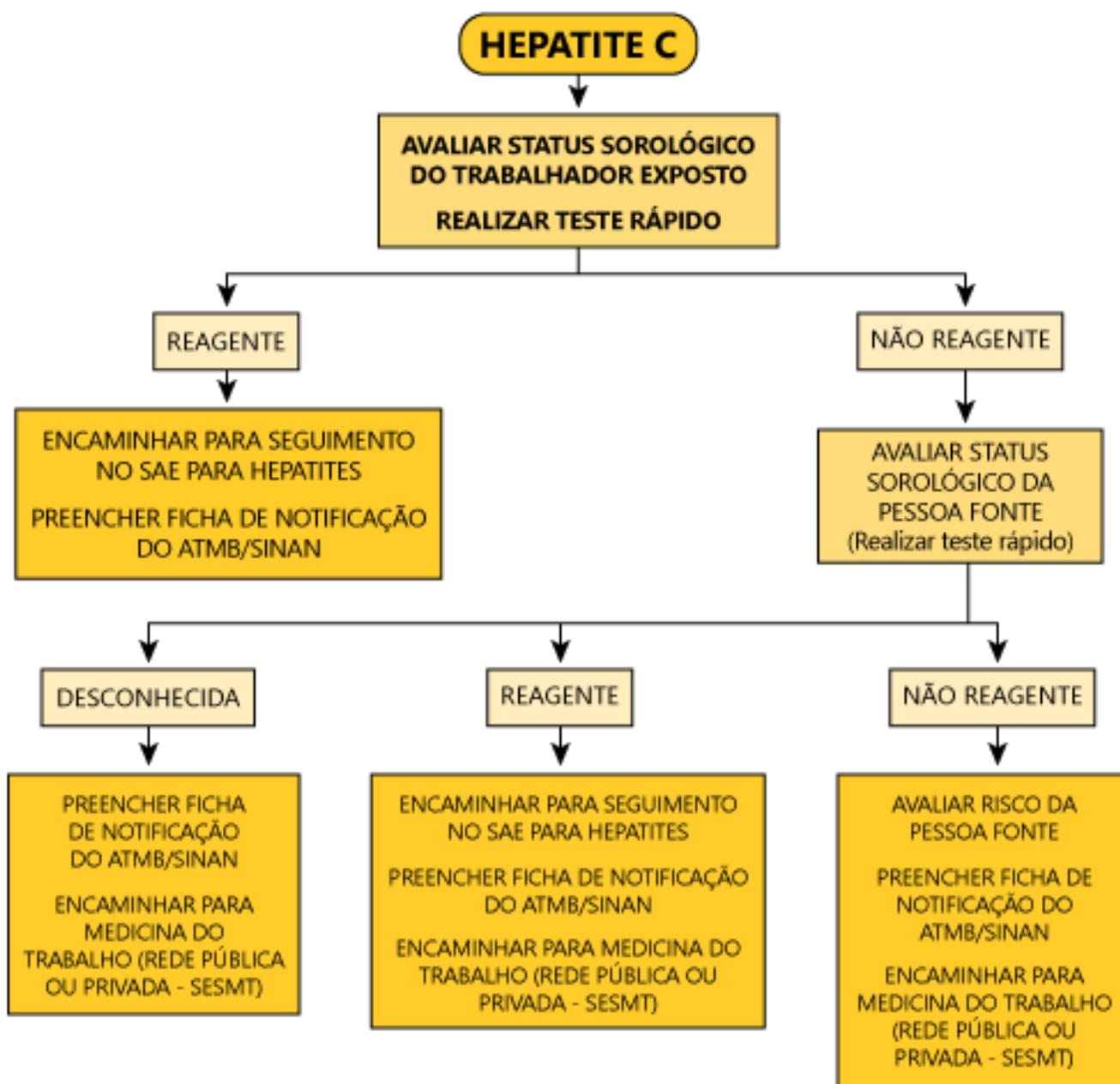
Fonte: BRASIL, 2014.

Importante informar que tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de sete dias após o acidente, mas, preferencialmente, nas primeiras **24 horas** (Brasil, 2014). Os locais para dispensação de IGHAB encontram-se no quadro 5.

Para mais informações, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções” (BRASIL,2018), disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.



Fluxograma para avaliação e recomendações para profilaxia de hepatite C após exposição ocupacional a material biológico



Quadro 2 – Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/AIDS no Distrito Federal

SAE – HIV/AIDS	ENDEREÇO
Hospital Dia – Asa Sul	EQS – 508/509 – Asa Sul
GSAS nº 3 – Lago Sul	St. Habitações Individuais Sul QI 21 – Lago Sul
Hospital Universitário de Brasília – HUB	SGAN Quadra 605 – L2 Norte – Asa Norte
GSAS nº 02 - Planaltina	Av. St. Hospitalar Quadra 1 – Planaltina – DF
GSAS nº 01 - Sobradinho	Ambulatório do Hospital Regional de Sobradinho
GSAS nº 1 - Ceilândia	QNM 17 – Área Especial nº 1 - Ceilândia
Policlínica de Taguatinga	St. Central QSD 12 - Taguatinga
GSAS nº 01 - Gama	EQ 48/50 – Área Especial nº 1– Setor Central - Gama

Quadro 3 – Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em Hepatites Virais no Distrito Federal

SAE - Hepatites Virais	ENDEREÇO
Hospital Dia – Asa Sul	EQS – 508/509 – Asa Sul
Instituto Hospital de Base	SMHS – Área Especial, Q 101 – Asa sul
GSAS nº 2 - Planaltina	Av. St. Hospitalar Quadra 1 – Planaltina – DF
Policlínica da Atenção Secundária Paranoá	Quadra 2 - Paranoá
Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	SHHN Q. 1 – Asa Norte
Hospital Regional da Ceilândia (HRC)	QNM 27 – Área Especial 1 – Ceilândia
Hospital Regional de Sobradinho (HRS)	Quadra 12 – Área Especial - Sobradinho
Hospital Regional de Taguatinga (HRT)	C Norte – Área Especial 24 - Taguatinga
Hospital Regional do Gama (HRG)	Área Especial 01 – Setor Central – Gama
Hospital Universitário de Brasília (HUB)	SGAN 604/605 – Asa Norte



Quadro 4 - Locais com unidade dispensadora de medicamento (UDM) no Distrito Federal

LOCAL	ENDEREÇO
Hospital Dia – Asa Sul	EQS – 508/509 – Asa Sul
GSAS nº 3 – Lago Sul	St. Habitações Individuais Sul QI 21 – Lago Sul
Farmácia Escola - Hospital Universitário de Brasília	SGAN Quadra 605 – L2 Norte – Asa Norte
GSAS nº 02 - Planaltina	Av. St. Hospitalar Quadra 1 – Planaltina – DF
UBS nº 01 – Sobradinho	Quadra 14 Área Especial – Sobradinho
Ambulatório do Hospital Regional da Ceilândia	QNM 27 Área Especial 1 QNM 28 – Ceilândia, Brasília – DF, 72215-270 (Hospital da Ceilândia)
Policlínica de Taguatinga	St. Central QSD 12 – Taguatinga
GSAS nº 1– Gama	Área Especial nº 1 – Setor Central – DF. CEP: 72.405-901 (Hospital do Gama)

Quadro 5 - Locais com Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e Salas Especiais para dispensação de IGHAHB

LOCAL	TIPO
HMIB	CRIE
HRAN	CRIE
HRT	CRIE
HRC	CRIE
HRG	Sala Especial
HRS	Sala Especial
HRPI	Sala Especial

OBS: Os locais acima funcionam de segunda a sexta em horário comercial.



LISTA DE ABREVIATURAS

ATMB – acidente de trabalho com exposição a material biológico

ARV - antirretroviral

HBsAg - antígeno de superfície do vírus da hepatite B

HIV - vírus da imunodeficiência humana

IGHAHB - imunoglobulina humana anti-hepatite B

PEP - profilaxia pós-exposição

SAE – serviço de atendimento especializado

SESMT – serviço especializado de segurança e medicina do trabalho

SICLOM – sistema de controle logístico de medicamentos

SINAN – sistema de informação de agravos de notificação

TARV - terapia antirretroviral

UPA – unidade de pronto atendimento



ANEXO 1 – Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia - HIV (frente)

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia			
1 - Nome Social do usuário			
2 - Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)			
3 - CPF	4 - Data de Nascimento	5 - Órgão genital de nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis	6 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual
7 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Homem <input type="radio"/> Mulher <input type="radio"/> Mulher Transexual <input type="radio"/> Travesti/Mulher Travesti <input type="radio"/> Homem Transexual	8 - Circunstância de exposição <input type="radio"/> Acidente com material biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual <input type="radio"/> Transmissão Vertical: <input type="radio"/> Parturiente <input type="radio"/> RN de mãe infectada pelo HIV	9 - Pessoa-fonte multiexperimentada <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido	10 - Gestante <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
11 - Contraindicação ao esquema preferencial: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		14 - Data da exposição	
15 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais		<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC)300mg/300mg + Dolutegravir _{50mg} (DTG) (1 comp. coformulado/dia)	
16 - Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes		<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC)300mg/300mg + Raltegravir (RAL)400mg (1 comp. de 12/12h)	
17 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. Preenché-la no item 13		<input type="checkbox"/> 0 - 14 dias - Zidovudina _{AZT} Sol. Oral + Lamivudina _{3TC} Sol. Oral + Nevirapina _{NVP} Sol. Oral <input type="checkbox"/> 14 dias - 2 anos - Zidovudina _{AZT} Sol. Oral + Lamivudina _{3TC} Sol. Oral + Lopinavir/r _{LPV} VSol. Oral <input type="checkbox"/> 2 anos - 12 anos - Zidovudina _{AZT} + Lamivudina _{3TC} + Raltegravir _{RAL}	
18 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNI)			
Tenofovir / Lamivudina <input type="checkbox"/> comp. de 300mg / 300mg/dia			
Zidovudina / Lamivudina <input type="checkbox"/> comp. de 300mg / 150mg/dia			
Lamivudina - 3TC <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia			
Tenofovir - TDF <input type="checkbox"/> comp. de 300 mg/dia			
Zidovudina - AZT <input type="checkbox"/> caps. de 100mg/dia <input type="checkbox"/> Solução injetável 10 mg/mL/dia <input type="checkbox"/> mL de Xarope 10mg/mL/dia			
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)			
Nevirapina - NVP <input type="checkbox"/> mL de suspensão oral 10mg/mL/dia			
Inibidores de Protease (IP)			
Atazanavir - ATV <input type="checkbox"/> caps. de 200mg/dia <input type="checkbox"/> caps. de 300 mg/dia			
Darunavir - DRV <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 75mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 600mg/dia			
Lopinavir / ritonavir - LPV/r <input type="checkbox"/> comp. de 100mg / 25mg/dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL/dia			
Ritonavir - RTV <input type="checkbox"/> comp. de 100mg/dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL/dia			
Inibidores da Integrase (INI)			
Raltegravir - RAL <input type="checkbox"/> comp. de 400 mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 100 mg/dia			
Dolutegravir - DTG <input type="checkbox"/> comp. de 50 mg/dia			
ARV de Uso Restrito			
Darunavir - DRV <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 75mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 600mg/dia			
Dolutegravir - DTG <input type="checkbox"/> comp. de 50 mg/dia			
Enfuvirtida - T-20 <input type="checkbox"/> frascos-amp. de 90 mg/mL/dia			
Etravirina - ETR <input type="checkbox"/> comp. de 100mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 200mg/dia			
Maraviroque - MVQ <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/dia			
Raltegravir - RAL <input type="checkbox"/> comp. de 400 mg/dia <input type="checkbox"/> comp. de 100 mg/dia			
Tipranavir - TPV <input type="checkbox"/> caps. de 250mg/dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 100mg/mL/dia			
19 - Médico Data ____/____/____ CRM: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>		20 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>	
		21 - Recebi em ____/____/____ <small>(assinatura do usuário)</small>	



ANEXO 2 – Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia - HIV (verso)

ORIENTAÇÕES GERAIS	
Preencher o formulário à caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U. de 19 de maio de 1998.	
DETALHAMENTO DOS CAMPOS	
<p>01- Nome Social do usuário: Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p>02- Nome Civil do usuário: Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.</p> <p>03- CPF: Número do CPF do Usuário SUS.</p> <p>04- Data de Nascimento: Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta.</p> <p>05- Órgão genital de nascimento: Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.</p> <p>06- Orientação Sexual: É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).</p> <p>07- Identidade de Gênero: é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).</p> <p>08- Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento.</p> <p>09- Pessoa-fonte multiexperimentada: Pessoa-fonte com múltiplas falhas aos ARV.</p> <p>10- Gestante: Informar se a Usuária SUS está gestante ou não.</p> <p>11- Informar se existe contraindicação ao esquema preferencial.</p> <p>12- Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses.</p> <p>13- Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.</p> <p>14- Data da Exposição: Informar a data que ocorreu a exposição de risco.</p> <p>15- Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos: Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg + Dolutedegravir(DTG)50mg 1 comprimido de cada ao dia.</p> <p>16- Esquema Preferencial para PEP para Gestantes de 12 anos: Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg 1 comp/dia + Raltegravir(RAL)400mg, 1 comprimido de 12/12h.</p> <p>17- Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária e peso: 0 – 14 dias: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Nevirapina(NVP)Sol. Oral 14 dias – 2 anos: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Lopinavir/r(LPV/r)Sol. Oral 2 anos – 12 anos: Zidovudina(AZT) + Lamivudina(3TC) + Raltegravir(RAL) 1 comprimido 12/12h.</p>	
Esquemas Preferenciais	
10. Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos	TDF/3TC + DTG
11. Esquema Preferencial para PEP para Gestantes	TDF/3TC + RAL
12. Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária:	
0 – 14 dias	AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + NVP Sol. Oral
14 dias – 2 anos	AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + LPV/r Sol. Oral
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL
"Para mais informações consultar PCDT de PEP no endereço: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco ."	
<p>18- Medicamentos ARV: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multiexperimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de ARV de terceira linha necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).</p> <p>19- Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.</p> <p>20- Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.</p> <p>21- Dispensação: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.</p>	



ANEXO 3 – Ficha de Notificação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico – SINAN (frente)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Nº

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		3	Data do Notificação		
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		4	Código (CID10)	5	Z20.9	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
Dados de Residência	6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7	Data do Acidente	
	8		Nome do Paciente		9		Data de Nascimento
	10		(ou) Idade		11	Sexo M - Masculino	
	12		Gestante		13		Raça/Cor
Notificação Individual	14		Escolaridade		15		Número do Cartão SUS
	16		Nome da mãe		17		UF
	18		Município de Residência		19		Distrito
	20		Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)
Dados de Residência	22		Número		23		Complemento (apto., casa, ...)
	24		Geo campo 1		25		Geo campo 2
	26		Ponto de Referência		27		CEP
	28		DDD Telefone		29		Zona
	30		País (se residente fora do Brasil)		31		Ocupação
	32		Situação no Mercado de Trabalho		33		Tempo de Trabalho na Ocupação
Anexos e Referências Epidemiológicas	34		Registro/ CNPJ ou CPF		35		Nome da Empresa ou Empregador
	36		Atividade Econômica (CNAE)		37		UF
	38		Município		39		Distrito
	40		Bairro		41		Endereço
	42		Número		43		Ponto de Referência
	44		(DDD) Telefone		45		Empregador é Empresa Terceirizada
	46		1 - Sim		47		2 - Não
	48		3 - Não se aplica		49		9 - Ignorado

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS 27/09/2005



ANEXO 4 – Ficha de Notificação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico – SINAN (verso)

Acidente com material biológico	46 Tipo de Exposição <input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Outros _____ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ocular) <input type="checkbox"/> Pele não íntegra	
	47 Material orgânico <input type="checkbox"/> 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____	
	48 Circunstância do Acidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 16 - Reescape 98 - Outros 99 - Ignorado	
	49 Agente <input type="checkbox"/> 1-Aguilha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado	
	50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> LUVA <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Bota	
	51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) <input type="checkbox"/> 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado	
	52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV	
	Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)	
	53 Paciente Fonte Conhecida? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não 9- Ignorado	
	54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos? 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV	
55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Neftinavir <input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____ <input type="checkbox"/> AZT+3TC <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)		
Conclusão	56 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado	
	57 Se Óbito, Data _____ 58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	
Informações complementares e observações		
Investigador Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde _____ Nome _____ Função _____ Assinatura _____		

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS 27/09/2005



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias de Consolidação dos Atos Normativos do Ministério da Saúde. Brasília; 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978- Norma Regulamentadora Nº 7. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, de 08 de junho de 1978.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Hepatitis C FAQs for Health Professionals, 2014 [On-line].

FORD, N.; MAYER, K. World Health Organization Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. Clinical Infectious Diseases, [S.l.], v. 60, suppl. 3, p. S161-S164, 1 jun. 2015.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Ibaneis Rocha

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Osnei Okumoto

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

Divino Valero Martins

DIRETORIA DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Sandra Jardeny Moita de Aguiar

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Carina Leão de Matos

Júlia Moreira de Souza Dantas

Kelly Cristianne Barbalho Moreira

Rosângela Maria Magalhães Ribeiro

COLABORADORES

Beatriz Maciel Luz

Célia Regina da Costa Silva

Dayse Freire de Oliveira Santana

Giovanna de Saboia Bastos

Glaciney Luz Saraiva

Islaine da Silva Ribeiro

Klécia Oliveira Medeiros

Lisa Marques Gomes Silva

Luzia de Castro Hermes Meira Lima

Maria Cristina Scanduzzi



Markcileide Santos Soares de Souza

Marcela Montandon Gonçalves

Raquel Garcia Prieto Vargas

Sarah Guerra Gama Tinoco

Teresa Cristina Scott Kilson

Willkslainy Lima Paixão

