RISCOS OCUPACIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SUSCEPTIBILIDADE ÀS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA, CEARÁ - 2003*

Occupational risks in primary health care: vulnerability to immune-preventable diseases of professionals who work at a primary health care center in Fortaleza, Ceara - 2003*

Cid Carlos Soares de Alcântara[1,]; Feliciana Gomes do Carmo da Fonseca[2,]; Adriana B. Brasil de Albuquerque[3]; Alberto Novaes Ramos Jr.[4]

Resumo:

O objetivo deste estudo é avaliar o perfil vacinal dos profissionais que atuam em uma Unidade de Saúde da Família de Fortaleza, visando caracterizar possíveis vulnerabilidades. Representa um estudo descritivo realizado entre novembro/2003 a janeiro/2004, com aplicação de questionário estruturado a todos os profissionais, contendo dados demográficos e profissionais, história patológica e vacinal. Após obtenção do consentimento, foram avaliados 56 profissionais, 23,2% de nível superior e 76,7% de nível médio: 37 (66,1%) possuíam vacina para hepatite B, somente 3 (8,1%) com comprovação sorológica; 56 (100%) possuíam vacinação antitetânica; 53 (94%) possuíam vacinação para BCG com 37 (69,8%) apresentando cicatriz vacinal; 38 (67,9%) estavam vacinados para influenza. Os resultados desse estudo salientam a vulnerabilidade dos profissionais de saúde da atenção primária, incluindo também profissionais administrativos e de limpeza. Apesar da importância, esse assunto tem sido sistematicamente negligenciado gerando a

1 Unidade Básica de Saúde da Família César Cals – Secretaria Municipal de Fortaleza, Ceará – Médico, Especialista em Saúde da Família – Residente em Saúde da Família e da Comunidade do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

2 Unidade Básica de Saúde da Família César Cals – Secretaria Municipal de Fortaleza, Ceará - Enfermeira – Especialista em Saúde da Família – Residente em Saúde da Família e da Comunidade do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

3 Departamento de Saúde Comunitária – Universidade Federal do Ceará – Enfermeira, Especialista em Saúde da Família – Preceptora do Programa de Residência em Saúde da Família e da Comunidade do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

4 Departamento de Saúde Comunitária – Universidade Federal do Ceará – Médico, Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Mestre em Saúde Coletiva (Epidemiologia), Professor Universitário – Preceptor do Programa de Residência em Saúde da Família e da Comunidade do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

Rua Carlota Pinheiro 90 apto 902 Fortaleza-Ceará CEP 60811-400 Tel cel: (85) 99945869 E-mail: cidcsa@ig.com.br

***Trabalho premiado durante o 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 6º Congresso de Medicina Familiar, Região Conesul, CIMF/WONCA, realizado no Rio de Janeiro no período de 03 a 06 de abril de 2004.**

necessidade de reconhecimento dessa situação e desenvolvimento de estratégias eficazes para controle.
Palavras-chave: Cuidados Primários de Saúde; Riscos Ocupacionais; Vacinação; Prevenção Primária; Doenças Ocupacionais; Programa de Saúde da Família.

Abstract:

The objective of this study is to evaluate the vaccination status of professionals of a Family Health Care Center of Fortaleza, in order to identify possible vulnerable areas. This is a descriptive study carried out between November/2003 and January/2004, with application of a structured questionnaire to all the professionals, evaluating demographic and occupational variables, as well as pathological and vaccination history. After obtaining informed consent, 56 professionals were included in the study, 23.2% with university educations and 76.7% with only high-school educations: 37 (66.1%) were vaccinated against hepatitis B, only 3 (8.1%) with serological confirmation; 56 (100%) were vaccinated against tetanus; 53 (94%) were vaccinated against tuberculosis, with 37 (69.8%) presenting a vaccine scar; 38 (67.9%) were vaccinated against influenza. The results of this study point out the vulnerability of the health care professionals, including administrative and auxiliary staff, in a primary health care setting. In spite of its importance, this issue has been systematically neglected, which demonstrates the need for recognition of this situation and development of effective control strategies.
Key-Words: Primary Health Care; Occupational Risk; Occupational Disases; Vaccination; Primary Prevention; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

Apesar de, no século XVII, Antony van Leeuwenhoek ter sido o primeiro a descrever "pequenos animais" à observação microscópica na água da chuva, no solo e nas excreções de pessoas sadias (ROSEN, 1994), os agentes infecciosos e parasitários passaram a ser reconhecidos como entidades nosológicas apenas a partir da segunda metade do século XIX, dentro do processo de Revolução Industrial em alguns países europeus, iniciando um novo paradigma da epidemiologia, respaldado pela teoria dos germes (SUSSER; SUSSER, 1998).

Mesmo com o desenvolvimento da teoria microbiológica e de sua hegemonia até meados do século XX, dentro dos modelos de interpretação epidemiológica (ROSEN, 1994; SUSSER; SUSSER, 1998), as questões relacionadas aos riscos biológicos na prática profissional surgem ainda de forma tímida principalmente a partir da década de 40 do século XX, com as primeiras constatações da ocorrência de agravos à saúde nos profissionais envolvidos com atividades em laboratórios, de pesquisa ou não, onde havia a manipulação de materiais clínicos contendo diferentes microorganismos (SULLIVAN et al, 1978; BRASIL, 2004a).

Entretanto, esta preocupação não se deu no mesmo momento nem com a mesma intensidade em relação aos profissionais que atuavam na área da saúde, de forma direta ou

indireta. No decorrer desse processo histórico, esses profissionais não eram importantes como categoria susceptível a acidentes de trabalho, visto que o olhar centrava-se mais nas péssimas condições a que eram submetidos os operários das fábricas, os quais sofriam com pesadas cargas horárias e locais sem a mínima infra-estrutura para desempenhar suas atividades profissionais (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1974).

A construção do conceito de biossegurança tem início de forma efetiva na década de 70, durante a reunião de Asilomar na Califórnia, onde a comunidade científica internacional levantou uma importante discussão sobre os possíveis impactos da engenharia genética na sociedade. Esta reunião representou um marco na história da ética aplicada à pesquisa, tendo em vista que pela primeira vez discutiram-se os aspectos de proteção aos pesquisadores e demais profissionais envolvidos nas áreas onde se realiza o projeto de pesquisa (GOLDIM, 1997).

A partir daí o termo biossegurança vem, ao longo dos anos, sofrendo importantes alterações dentro do cenário técnico-científico nacional e internacional envolvendo a discussão não apenas de questões referentes à biossegurança, estreitamente ligadas aos fatores de risco biológicos, mas também a outros riscos relevantes para os profissionais de saúde, os pacientes e o próprio ambiente (TEIXEIRA, VALLE, 1996).

O advento da epidemia da aids e o melhor esclarecimento das questões relativas aos modos de transmissão de algumas doenças, como as hepatites virais B e C, no final do século XX, induziram uma maior preocupação com a prática dos profissionais de saúde que estão em contato freqüente com sangue e outros fluidos orgânicos (FERNANDES et al., 1999; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2004a). A existência de risco biológico em relação a uma grande variedade de agentes infecciosos e parasitários estende-se posteriormente para uma série de situações que vão além da prática na área da saúde, incorporando outros profissionais (como os de limpeza) que durante sua prática podem se expor ocasionalmente a materiais biológicos potencialmente contaminados. Além disso, situações como violência sexual passam a ser reconhecidas como situação de risco biológico (BRASIL, 2002c).

Além de ações de promoção à saúde do ponto de vista da sensibilização e da habilitação técnica para a prática profissional na área da saúde, intervenções do ponto de vista da proteção específica em relação aos acidentes com materiais biológicos foram difundidas.

Conceitos como precauções universais e, posteriormente, precauções básicas (atualmente precauções-padrão) foram instituídas com base no princípio de que todo paciente deve ser

considerado como potencialmente infectado com agentes infecciosos e parasitários de risco potencial, independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. Trata-se de medidas que devem ser utilizadas na manipulação de sangue, secreções e excreções, assim como no contato com mucosas e pele com áreas de integridade comprometida (CDC, 2001; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). Incluem recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (luvas, gorros, óculos, capotes, dentre outros) com a finalidade de reduzir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue ou a outros fluídos corpóreos, e os cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais pérfuro-cortantes.

Além das medidas anteriormente citadas, do ponto de vista ainda da proteção específica dos profissionais de saúde, programas de imunização para doenças de potencial transmissão na prática profissional vêm sendo desenvolvidos (BRASIL, 1994; BRASIL, 1997; CDC, 1997; CDC, 2001; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c; BRASIL, 2003a).

Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluídos potencialmente contaminados passam a ser tratados como emergência médica, uma vez que para atingir maior eficácia, as intervenções para a profilaxia da infecção do HIV e da hepatite B necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente. A conduta deve estar orientada na análise da condição do acidente, do profissional que se acidentou e da pessoa fonte. Deve-se considerar, ainda, de forma decisiva, o contexto epidemiológico mais amplo em que se deu o acidente no sentido de se avaliarem mais precisamente os potenciais riscos (BRASIL, 2002b).

Uma série de condições infecciosas e parasitárias, persistentes ou emergentes, algumas delas de notificação compulsória no Brasil (2003b), coloca o profissional de saúde em risco, sendo a freqüência diretamente relacionada ao perfil epidemiológico da condição na área de atuação: infecção pelo HIV; hepatites virais; doença de chagas; rubéola; varicela; tuberculose; Doença de Creutzfeldt-Jakob (príon); febres hemorrágicas virais (exemplo, infecção pelo vírus ebola); gripe etc.

O manejo adequado dos acidentes com material biológico vem tendo, em todo o mundo, um importante papel na redução na taxa de infecção e na maior conscientização dos profissionais da área da saúde (LITJEN et al., 2001; BRASIL, 2004a). No entanto, é importante ressaltar que as medidas pós-exposição não são totalmente eficazes por terem risco residual, sendo necessário manter ações educativas permanentes.

É relevante comentar que a grande maioria dos dados disponíveis em relação a pesquisas e à vigilância de acidentes com materiais biológicos é referente a profissionais atuantes em ambientes hospitalares, de níveis secundário e terciário em termos de complexidade (CDC, 1997; CDC, 2001; LITJEN, 2001). Entretanto, em unidades de atenção primária à saúde não se dispõem de dados mostrando diferenças, existindo uma grande lacuna de informações relacionadas. Dessa forma, é de extrema importância observar e analisar as atividades desenvolvidas nas diversas categorias nas unidades básicas de saúde integradas ao programa de saúde da família (PSF), considerando-se, de uma forma geral, o risco diferencial baseado no tipo e na freqüência de procedimentos invasivos bem como na qualificação técnica desse profissional em relação à atividade para a qual tem responsabilidade. Acrescenta-se a estes fatores questões trabalhistas de responsabilidade profissional e de modalidades de vínculo empregatício no PSF que geram atividades em outras unidades de saúde de maior complexidade, com cargas de trabalho ampliadas e exposição de um modo mais amplo aos agentes infecciosos e parasitários.

Apesar do reconhecimento do risco dos profissionais que atuam em unidades de saúde em relação à exposição a agentes biológicos, poucos estudos avaliam o risco e a necessidade de seu manejo em unidades de atenção primária. O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil vacinal dos profissionais que atuam em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do Município de Fortaleza, onde se desenvolve a residência multiprofissional em saúde da família e da comunidade da Universidade Federal do Ceará, relacionando esse perfil vacinal às características demográficas e profissionais.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo e exploratório, realizado no período de novembro de 2003 a janeiro de 2004, em uma unidade de atenção primária à saúde do Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Ressalta-se que em Fortaleza o Programa de Saúde da Família teve início em 1998 com 32 equipes, enfrentando o desafio da estruturação dessa estratégia em uma grande região metropolitana do país.

Avaliou-se a susceptibilidade a doenças imunopreveníveis dos profissionais que atuam em uma UBASF desse Município por meio da aplicação de um questionário estruturado e

padronizado a todos os profissionais, após a obtenção do consentimento livre e esclarecido. Foram incluídos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos e fisioterapeutas; auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e profissionais da administração (agentes administrativos e atendentes).

O instrumento continha informações demográficas e profissionais, história patológica (antes e depois do início da vida profissional) e história vacinal. O banco de dados foi estruturado e analisado no software *Epi Info* em sua versão 6.04d, utilizando-se os opcionais *Eped* e *Analysis*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 60 profissionais da UBASF, foram entrevistados 56 profissionais com o devido consentimento dos mesmos para a participação no trabalho. Quatro profissionais não avaliados estavam, no momento da coleta dos dados da pesquisa, em licença ou de férias.

Do total analisado, 46 (82,1%) eram do sexo feminino e 10 (17,9%) do sexo masculino, refletindo uma tendência nacional e internacional do setor saúde. Considerando-se todos os profissionais, a média de idade foi de 42 anos e a mediana de 40 anos, com idade mínima de 22 anos e máxima de 65 anos. Ao se considerarem os profissionais do sexo feminino, a média de idade era de 42 anos e a mediana de 40 anos, variando de 22 a 64 anos, enquanto na população masculina, a média de idade foi de 43 anos e a mediana de 47 anos, com idades variando de 24 anos a 55 anos. Ressalta-se, nesse caso, a grande proporção de mulheres em idade potencialmente fértil. Ao se analisar mais especificamente a população feminina, 38 (82,6%) tiveram filhos e 8 (17,4%) não. Nenhuma se encontrava grávida no momento da coleta de dados.

Quanto à naturalidade, todos os profissionais estudados eram procedentes de estados do nordeste (dois do Piauí, um da Paraíba, um de Pernambuco e 52 do Ceará).

Em termos da formação, 15 (26,8%) profissionais eram de nível superior, sendo 13 da área da saúde, como demonstrado na Tabela 1. Dentro das equipes de atenção primária à saúde, dentro da perspectiva do PSF, profissionais como auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde representaram, nesse estudo, 57,2% (32) dos profissionais, o que reforça a necessidade de ampliação do envolvimento em termos de práticas em saúde e riscos biológicos. Além disso, não se deve ignorar a participação de outras categorias profissionais como agentes administrativos e atendentes, onde se incluem, por exemplo, os profissionais de limpeza.

ENTRA TABELA 1

O tempo de formatura dos profissionais de nível superior variou de quatro a 27 anos, com média de 14,6 anos, o que demonstrava relativa experiência profissional. De todos os profissionais da unidade, 12 (21,4%) possuíam outras atividades em outros serviços de saúde: um agente de saúde, um auxiliar de enfermagem, cinco enfermeiros, três médicos, um fisioterapeuta e um odontólogo. De uma forma geral, esse outro vínculo se dava em: um em consultório particular, nove em hospital geral, dois em gerência de serviços de saúde e um em secretariado.

Em relação à presença de patologias crônicas entre os funcionários, 14 (25,0%) possuíam e 42 não (75,0%), refletindo de certa forma o perfil etário desses profissionais. Tais condições foram, em sua maioria (60,0%), hipertensão arterial sistêmica e diabete melito. Entre outras patologias, seguem-se: doenças tireoidianas (dois), artrite reumatóide (um), artrose (um), gastrite crônica (um) e enxaqueca (um).

Foi avaliada ainda a ocorrência de doenças infecciosas, imunopreveníveis ou não, antes e depois do início da vida profissional, bem como a realização de sorologia para a definição do diagnóstico (Tabela 2). Sem considerar a história vacinal, ressalta-se a considerável susceptibilidade para a grande maioria das doenças imunopreveníveis. Além disso, a ocorrência de rubéola e varicela documentadas após o início da vida profissional reforça essa susceptibilidade e os riscos aos quais esses profissionais estão expostos, levando-se em conta, respectivamente, o risco para as mulheres em idade fértil e a gravidade da varicela em adultos.

ENTRA TABELA 2

Em termos da vacinação desses profissionais, 20 (35,7%) referiram ter realizado esquema básico na infância; 14 (25,0%) não realizaram e 22 (39,3%) ignoravam essa informação. Quanto à presença de algum cartão de vacinação (cartão de infância e/ou comprovantes), 33 (58,9%) possuíam enquanto 23 (41,1%) não. Esse último fato mostra a pouca valorização do documento de vacinação na vida destes profissionais, o que talvez possa ser refletido aos seus pacientes.

Na tabela 3 apresenta-se a distribuição dos profissionais segundo realização de esquemas vacinais completos específicos durante a vida do profissional. Salientam-se, como resultados positivos, a cobertura vacinal de 100% com a antitetânica e de 94,6% com a BCG. Em relação à

cicatriz vacinal à BCG, dos imunizados, 37 (69,8%) possuíam cicatriz vacinal. Em média, a cicatriz apresentava 5 mm (1 a 13 mm). Como resultados intermediários, chama-se a atenção para a cobertura de 67,9% com a vacinação para influenza, uma vacinação introduzida mais recentemente, em termos comparativos.

ENTRAR TABELA 3

Ressalta-se que a redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por imunização dentro da prática dos profissionais da área da saúde só será possível se os índices de cobertura forem mantidos altos e homogêneos (CDC, 1997; BRASIL, 2001b; CDC, 2001; BRASIL, 2004a). Isto se dá não apenas quando se avaliam as coberturas vacinais em populações de risco acrescido, como a de profissionais de saúde, como também a da população em geral. Para que se conseguissem as importantes vitórias no controle de doenças imunopreveníveis, foi fundamental o alcance das coberturas vacinais alcançadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) nos últimos 10 anos. A partir de 1998, para a população em geral, o Brasil tem conseguido atingir todas as coberturas vacinais recomendadas tecnicamente para as quatro vacinas básicas do PNI (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

Em termos da varicela, observa-se a inadequação vacinal frente à história pregressa negativa. Nenhum profissional relatou ter feito uso de vacinação específica para varicela. Dos 56 profissionais avaliados, 41 (73,2%) tinham história de terem tido varicela, sendo que, como discutido anteriormente, quatro destes profissionais (9,8%) desenvolveram varicela após o início de suas atividades profissionais, já na fase adulta, quando os riscos para um quadro mais grave são maiores. Dez profissionais não tinham história clínica e/ou sorológica de infecção pelo vírus varicela-zoster.

Para a população feminina, em relação à rubéola observou-se também inadequação vacinal. Considerando-se a história clínica, entre as mulheres não imunizadas, 14 (63,6%) tiveram história de rubéola antes do início de suas atividades profissionais. Além disso, uma profissional teve rubéola após o início de suas atividades profissionais. Considerando-se o risco de desenvolvimento da síndrome da rubéola congênita (SRC), principalmente nas primeiras 12 a 16 semanas de gestação, frente ao número elevado de profissionais do sexo feminino em idade

fértil nessa amostra e que 17,4% dessas profissionais nunca tiveram filhos, existe uma evidente susceptibilidade, apesar da disponibilidade de uma intervenção eficaz e efetiva (BRASIL, 2001c).

Outro dado que traz preocupação foi a cobertura de 66,1% com o esquema completo da vacinação para a hepatite B, considerando-se que a possibilidade de cronificação da infecção pelo vírus da hepatite é de 10%, variando de 90% se a infecção é adquirida pelo recém-nascido a cerca de 5% na fase adulta e o fato de existir uma vacina eficaz (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2003a).

Em termos da comprovação de imunidade após vacinação para hepatite B (Anti-Hbs), apenas três (8,1%) profissionais realizaram a comprovação sorológica posterior. Dos que realizaram, apenas um possuía o registro de títulos protetores (acima de 10) de Anti-Hbs. Esse dado traz à tona a necessidade de se indicar a quantificação dos títulos de Anti-Hbs, principalmente ao se considerar que a eficácia da vacina para a hepatite reduz-se com o envelhecimento (99% em menores de 20 anos de idade; 95% entre 20 e 49 anos de idade e 70% em maiores de 49 anos) (CDC, 1997).

Categorizando-se os profissionais de saúde em nível superior (13) e médio (43), em termos de adequação vacinal, os profissionais auxiliares de enfermagem foram caracterizados como menos susceptíveis de uma forma geral às doenças imunopreveníveis, podendo refletir a facilidade de acesso ao imunobiológico nessa UBASF. Mesmo considerando-se esses resultados, quando se avalia a categoria profissional que está mais exposta ao risco de contrair doenças transmissíveis, é importante colocar que conforme estatísticas disponíveis, a equipe de enfermagem é uma das que mais se expõe a materiais biológicos (BRASIL, 2004a). Entre os profissionais de nível superior, em número menor, a susceptibilidade foi maior entre os profissionais de enfermagem.

Preocupa nesse estudo os resultados referentes aos agentes de saúde que, juntamente com os atendentes e os agentes administrativos, tiveram o pior desempenho geral em relação à imunização, estando susceptíveis a uma grande variedade de doenças. Como categoria profissional já reconhecida por legislação específica, a condição vacinal dos agentes de saúde vem sendo pouco abordada na atenção primária. Essas observações devem ser ampliadas a outros profissionais que vêm sendo incluídos como, por exemplo, nas equipes de saúde bucal dentro do PSF, como os auxiliares de consultório dentário e os técnicos em higiene dental.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados desse estudo tornam evidente a vulnerabilidade de alguns profissionais que atuam nessa unidade de atenção primária à saúde para algumas doenças. Considerando-se que o PSF hoje constitui uma das respostas estratégicas frente à crise do setor saúde no Brasil alicerçada no processo de trabalho multiprofissional e integrado com enfoque no cuidado, no acolhimento, no vínculo e na resolutividade, pode-se concluir que existe uma clara necessidade de se desenvolver uma política específica para a abordagem dos riscos biológicos na atenção primária. Desta forma, estaria garantida a implementação de ações de promoção à saúde dentro da perspectiva da educação permanente para a questão técnica de realização de procedimentos diversos, além da efetiva implementação de medidas de proteção específica, como o uso de imunobiológicos e de equipamentos de proteção individual e coletiva em todas as UBASF.

O número cada vez maior de equipes de saúde da família traz à tona, portanto, a necessidade de que os profissionais envolvidos tenham maior sensibilização quanto aos riscos biológicos, à necessidade de imunização e, principalmente, à educação profissional de forma permanente no sentido da habilitação técnica voltada para a redução dos riscos inerentes à sua prática. Ressalta-se, ainda, a necessidade de aumentar a discussão específica dos riscos biológicos dentro das ações programáticas da atenção primária à saúde, por meio de estudos, de pesquisas e de programas de educação permanente dentro das instituições de ensino e das sociedades das diferentes categorias de profissionais.

Nesse sentido, especificamente em relação ao trabalho desenvolvido em Fortaleza, após o diagnóstico situacional dessa unidade de saúde estão sendo planejadas ações específicas junto a esses profissionais bem como estudos adicionais para dimensionar a percepção do risco por esses trabalhadores. Além disso, discute-se a estruturação de um programa eficaz de imunização para todos os profissionais que atuam nessa unidade em combinação com intervenções para reduzir o risco de exposição a agentes infecciosos no ambiente de trabalho. Todos os profissionais avaliados foram orientados posteriormente em relação à susceptibilidade às doenças imunopreveníveis.

Por fim, pretende-se ampliar a discussão a respeito de uma política ampla e clara de gerenciamento de recursos humanos, considerando-se (e não menosprezando) os riscos e a complexidade inerente às atividades dentro da atenção primária, adequando o ambiente de

trabalho (gerenciamento ambiental de riscos) aliado à habilitação técnica, à educação permanente e à imunização de todos os profissionais da atenção primária, de todos os níveis e funções.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica do Ministério da Saúde sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** (com considerações gerais para o uso de profilaxia de hepatite B, HIV e outras DST após situações de exposição sexual). Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2325** de 08 de Dezembro de 2003. Brasília, 2003b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico**: HIV e hepatites B e C. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes** - 2004. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Manual de normas para o controle da tuberculose: consenso sobre tuberculose. **Jornal de Pneumologia**, v. 23, n. 6, p.281-342, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual dos centros de referência a imunobiológicos especiais**. Brasília: FUNASA, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: FUNASA, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de normas de vacinação**. Brasília: FUNASA, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Segundo informe técnico sobre vacinação e revacinação BCG.** Brasília: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil**. Brasília: FUNASA, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Hepatites Virais. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Immunization of health care workers**. Morbidity and Mortality Weekly Report**, 46 (RR-18): 1-45, 1997.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. **Morbidity and Mortality Weekly Report,** 50 (RR-11): 1-42, 2001.

FERNANDES, J. V.; BRAZ, R. F. S.; NETO, F. V. A.; SILVA, M.A.; COSTA, N.F.; FERREIRA, A.M. Prevalência de marcadores sorológicos do vírus da hepatite B em trabalhadores do serviço hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.2, p. 122-128, 1999.

GOLDIM, J.R. Conferência de Asilomar, 1997. Disponível em: <http://www. ufrgs. br/ HCPA /gppg/asilomar.htm> Acesso em: 18 de Abril de 2004.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. ENVIRONMENTAL SERVICES BRANCH. **Biohazards safety guide**. Washington, D. C., Public Health Service, 1974.

LITJEN TAN, J.; HAWK III, C.; STERLING, M. L. Preventing needlestick injuries in health care settings. **Archives Internal Medicine,** v. 161, n.7, p. 929-936, 2001.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SULLIVAN, J. F.; SONGER, J. R.; ESTREM, I. E. Laboratory-Acquired Infections at National Disease Center 1960-1976. **Health Laboratory Science**, v.15, p.58-64, 1978.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Um futuro para a epidemiologia. In: BARRETO, M.L.; FILHO, N.A.; VERAS, R.P.; BARATA, R.B. (Org.). **Teoria epidemiológica hoje**: fundamentos, interfaces e tendências. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. Série epidemiológica 2, p.187-212.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

Submissão: maio de 2005
Aprovação: setembro de 2005

TABELA 1: Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo categoria profissional.

CATEGORIA FUNCIONAL	NÚMERO	PERCENTUAL
AGENTE ADMINISTRATIVO	7	12,5
AGENTE DE SAÚDE	17	30,4
ATENDENTE	4	7,1
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	15	26,8
ENFERMAGEM	*6*	*10,7*
FISIOTERAPIA	*1*	*1,8*
MEDICINA	*5*	*8,9*
ODONTOLOGIA	*1*	*1,8*
TOTAL	**56**	**100,0**

TABELA 2: Distribuição dos profissionais segundo ocorrência durante a vida (antes ou após início das atividades profissionais) de doenças infecciosas com diagnóstico clínico e/ou sorológico específico

PATOLOGIA	ANTES (CLÍNICA)			APÓS (CLÍNICA)			REALIZAÇÃO DE SOROLOGIA		
	SIM %	NÃO %	IGN %	SIM %	NÃO %	IGN %	SIM %	NÃO %	IGN %
SARAMPO	32 (57,1)	20 (35,7)	4 (7,1)	0	56 (100)	0	1 (1,8)	54 (96,4)	1 (1,8)
PAROTIDITE EPIDÊMICA	36 (64,3)	16 (28,6)	4 (7,1)	0	56 (100)	0	0	54 (96,4)	2 (3,6)
RUBÉOLA	16 (28,6)	37 (66,1)	3 (5,4)	1 (1,8)	55 (98,2)	0	6 (10,7)	47 (83,9)	3 (5,4)
COQUELUCHE	17 (30,4)	35 (62,5)	4 (7,1)	0	56 (100)	0	-	-	-
DIFTERIA	3 (5,4)	49 (87,5)	4 (7,1)	0	56 (100)	0	-	-	-
VARICELA	37 (66,1)	17 (30,7)	2 (3,6)	4 (7,1)	52 (92,9)	0	2 (3,6)	53 (94,6)	1 (1,8)
TUBERCULOSE	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	-	-	-
HANSENÍASE	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	-	-	-
INFECÇÃO PELO HIV	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	15 (26,8)	40 (71,4)	1 (1,8)
HEPATITE A	3 (5,4)	48 (85,7)	5 (8,9)	0	56 (100)	0	4 (7,1)	50 (89,3)	2 (3,6)
HEPATITE B	0	53 (94,6)	3 (5,4)	0	56 (100)	0	6 (10,7)	48 (85,7)	2 (3,6)
MENINGITE BACTERIANA	0	55 (98,2)	1 (1,8)	0	56 (100)	0	-	-	-
MENINGITE VIRAL	0	55 (98,2)	1 (1,8)	0	56 (100)	0	-	-	-
TÉTANO	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	-	-	-
FEBRE AMARELA	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	1 (1,8)	53 (94,6)	2 (3,6)

TABELA 3: Distribuição dos profissionais segundo realização de vacinas específicas.

PATOLOGIA	VACINAÇÃO		
	SIM %	NÃO %	IGN %
SARAMPO/PAROTIDITE/RUBÉOLA	15 (26,8)	26 (46,4)	15 (26,8)
SARAMPO/RUBÉOLA	09 (16,1)	28 (50,0)	19 (33,9)
VARICELA	0	49 (87,5)	07 (12,5)
POLIOMIELITE (ORAL)	21 (37,5)	26 (46,4)	09 (16,1)
POLIOMIELITE (IM)	02 (3,6)	35 (62,5)	19 (33,9)
INFLUENZA	38 (67,9)	18 (32,1)	0
HEPATITE A	0	52 (92,9)	04 (7,1)
HEPATITE B	37 (66,1)	16 (28,6)	03 (5,4)
FEBRE AMARELA	18 (32,1)	34 (60,7)	04 (7,1)
RAIVA HUMANA	04 (7,1)	49 (87,5)	03 (5,4)
TÉTANO	56 (100,0)	0	0
INFECÇÃO PNEUMOCÓCICA	04 (7,1)	49 (87,5)	03 (5,4)
INFECÇÃO POR HEMÓFILOS	05 (8,9)	42 (75,0)	09 (16,1)
TUBERCULOSE/HANSENÍASE	53 (94,6)	0	03 (5,4)