

# **Procedimento Operacional**

## **Padrão**

**POP/SOST/001/2015**

**ACIDENTES DE TRABALHO**

**Versão 1.0**



# **Procedimento Operacional Padrão**

**POP/SOST/001/2015**

**ACIDENTES DE TRABALHO**

Versão 1.0 – 2015

© 2015, Ebserh. Todos os direitos reservados  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh  
www.ebserh.gov.br

Material produzido pelo Setor de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho / Ebserh  
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação

POP: Acidentes de Trabalho – Coordenado pelo Setor de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho  
– Brasília: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2015. 20p.

Palavras-chaves: Acidente de trabalho, CAT, Saúde Ocupacional.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Lote C, Ed. Parque Cidade Corporate,  
Bloco C. 1º ao 3º pavimento | CEP: 70308-200 | Brasília-DF |  
Telefone: (61) 32558900 | Site: [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)

**ALOIZIO MERCADANTE**  
Ministro de Estado da Educação

**NEWTON LIMA NETO**  
Presidente

**JEANNE LILIANE MARLENE MICHEL**  
Diretora Executiva

**ADRIANA KARLA NUNES BARBUIO MARINHO DE OLIVEIRA**  
Diretor de Atenção à Saúde

**GARIBALDI JOSÉ CORDEIRO DE ALBUQUERQUE**  
Diretor de Administração e Infraestrutura

**CRISTIAN DE OLIVEIRA LIMA**  
Diretor de Controladoria e Finanças

**MARCO AURÉLIO SOUZA BRITO**  
Diretor de Gestão de Pessoas - Substituto

**CRISTIANO CABRAL**  
Diretor de Gestão de Processos e Tecnologia

**HISTÓRICO DE REVISÕES**

| <b>Data</b> | <b>Versão</b> | <b>Descrição</b>          | <b>Gestor do POP</b> | <b>Autor/responsável por alterações</b> |
|-------------|---------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| 23-09/2015  | 1.0           | POP acidentes de trabalho | Vanderlei Gandine    | Vanderlei Gandine                       |
|             |               |                           |                      |                                         |
|             |               |                           |                      |                                         |
|             |               |                           |                      |                                         |
|             |               |                           |                      |                                         |

## SUMÁRIO

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| 1. Objetivo.....                                       | 8  |
| 2. Campo de Aplicação .....                            | 8  |
| 3. Responsabilidades.....                              | 8  |
| 4. Definições .....                                    | 9  |
| 5. Procedimentos em caso de Acidente de Trabalho ..... | 10 |
| 6. Orientações Finais.....                             | 11 |
| 7. Referências.....                                    | 12 |
| 8. Anexos .....                                        | 12 |

## **ACIDENTES DE TRABALHO**

### **1. Objetivo**

Estabelecer critérios e procedimentos a serem adotados quando da ocorrência de acidentes de trabalho com empregados da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Por se tratar de um trabalho técnico deverá servir como parâmetro para todos os empregados envolvidos com procedimentos administrativos relacionados a acidentes no ambiente de trabalho.

### **2. Campo de Aplicação**

No SOST da SEDE e dos Hospitais Universitários Federais Filiados a EBSERH.

### **3. Responsabilidades**

#### **3.1. Da Empregadora:**

- 3.1.1. Aprovar e garantir a implementação do POP, bem como zelar pela sua eficácia;
- 3.1.2. Garantir recursos para sua execução, sem onerar o empregado em nenhum procedimento;
- 3.1.3. Outros.

#### **3.2. Do Médico Examinador:**

- 3.2.1. Examinar o empregado e registrar em prontuário próprio a avaliação realizada;
- 3.2.2. Solicitar exames descritos no POP;
- 3.2.3. Acompanhar o caso até o seu desfecho.

#### **3.3. Da Segurança do Trabalho:**

- 3.3.1. Preencher a RIAT e posteriormente a CAT;
- 3.3.2. Investigar as causas do acidente;
- 3.3.3. Em parceria com a Medicina e Enfermagem do Trabalho orientar os empregados a respeito de acidentes de trabalho, estimulando-os em favor da prevenção;

#### **3.4. Da Enfermagem do Trabalho:**

- 3.4.1. Convocar e acompanhar a realização dos exames solicitados em todos os momentos (0, 30 e 90);
- 3.4.2. Em parceria com a Segurança do Trabalho orientar os empregados a respeito de acidentes de trabalho, estimulando-os em favor da prevenção;

### 3.5. Dos Empregados:

- 3.5.1. Colaborar com a execução do POP, constituindo-se ato faltoso a recusa injustificada de procedimentos;
- 3.5.2. Submeter-se aos exames médicos solicitados;
- 3.5.3. Comunicar a SOST o mais breve possível quando da ocorrência do acidente de trabalho;

### 3.6. Dos Servidores Cedidos a EBSEH:

- 3.6.1. Colaborar com a execução do POP, constituindo-se ato faltoso a recusa injustificada de procedimentos;
- 3.6.2. Submeter-se aos exames médicos solicitados;
- 3.6.3. Comunicar a SOST o mais breve possível quando da ocorrência do acidente de trabalho.

## 4. Definições

Para fins deste **POP**, entende-se por:

- 4.1. **Empregadora:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, criada em 2011 pela Lei Nº 12.550 com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos Hospitais Universitários Federais.
- 4.2. **Empregado:** Profissional aprovado mediante concurso público para provimento de cargos públicos;
- 4.3. **SOST:** Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, serviço responsável pelas ações voltadas a preservação da saúde e integridade física dos empregados;
- 4.4. **Serviços de Referência:** Unidade de assistência médica em que o empregado deverá ser encaminhado conforme avaliação;
- 4.5. **CAT:** “Comunicação de Acidente de Trabalho” deve ser emitida com ou sem afastamento;
- 4.6. **Quem registra a CAT:** Na Sede e nos Hospitais Universitários geridos pela EBSEH deve ser registrada por membro da SOST.
- 4.7. **Boletim de Ocorrência:** Conhecido pela sigla “B.O.”, é o documento utilizado pelos órgãos da Polícia Civil, Polícia Federal e pelas Polícias Militares, além dos Bombeiros e da Guarda Municipal para fazer geralmente o registro da notícia do crime (notitia criminis) no Brasil.
- 4.8. **Acidente de Trajeto:** Acidente sofrido pelo empregado no percurso da residência ou do local de refeição para o local de trabalho ou deste para aqueles, qualquer que seja o meio

de locomoção, inclusive veículo de propriedade do empregado, desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho.

4.9. **Relatório de Investigação de Acidentes – RIAT:** Registro da ocorrência do acidente no curso da investigação.

4.10. **Acidente Típico:** Acidente sofrido pelo empregado no exercício do trabalho, excetuando-se os casos de trajeto.

4.11. **Acidente com Material Biológico:** Acidentes em que profissionais de saúde se expõem a sangue e outros fluidos biológicos.

## 5. Procedimentos em caso de Acidente de Trabalho

5.1. Em caso de **acidentes do trabalho típicos**, a vítima, sua chefia ou qualquer empregado que testemunhe o ocorrido deverá comunicar o fato à SOST até o primeiro dia útil após o ocorrido.

5.2. A equipe de Saúde Ocupacional conduzirá o caso até o seu desfecho.

5.3. Se o acidente de trabalho ocorrer dentro do Hospital o mesmo deve ser encaminhado ao serviço de referência do mesmo, se acontecer fora dos limites da empresa e o colaborador envolvido necessitar de atendimento médico-hospitalar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU do Sistema Único de Saúde – SUS telefone 192, ou o Corpo de Bombeiros, telefone 193, deverá ser acionado.

5.4. **Acidente de trajeto** – a vítima deverá comunicar o fato à SOST no prazo máximo de 1 (um) dia útil a contar da data do acidente para o preenchimento da CAT, com a cópia do boletim de ocorrência Policial e/ou Corpo de Bombeiros.

5.5. A CAT deve ser emitida com ou sem afastamento desde que seja comprovado o acidente.

5.6. Deve ser entregue 2º via da CAT ao empregado acidentado.

5.7. **Acidente com exposição a material biológico** – O acidentado deverá comunicar a chefia imediata, que tomará os cuidados com a área exposta e seguirá fluxograma de acidente com material biológico.

5.6.1 Limpar imediatamente o local com água e sabão;

5.6.2 Em caso de acidente com membranas e mucosas, lavar imediatamente com água limpa ou soro fisiológico;

5.6.3 Em caso de acidente com perfurocortante será necessário coletar amostra de sangue para realização de exames sorológicos da vítima e do cliente (quando conhecido) que estava sendo atendido. Os mesmos devem aguardar a coleta do material para a

realização dos exames;

- 5.6.4 Independente do setor que solicitar a coleta de exame, deve referenciar no pedido que se trata de acidente de trabalho e obrigatoriamente deve ser cadastrado no SOST, afim de facilitar a identificação do acidentado para acompanhamento do período de janela imunológica;
- 5.6.5 O profissional responsável deverá preencher a Relatório de Investigação de Acidentes – RIAT e posteriormente será utilizada para emissão da CAT;
- 5.6.6 A vítima de acidente deverá realizar exames sorológicos e entregar o resultado a Enfermagem do Trabalho que encaminhará para avaliação com o médico do trabalho para registro em prontuário independente se reagente ou não-reagente;
  - 5.6.5.1. Momento do acidente: anti – HIV, anti – HCV, HbsAg, anti – HBS, anti – HBC e VDRL.
  - 5.6.5.2. 30 dias após o acidente: anti – HIV, anti – HCV, HbsAg, anti – HBC e VDRL.
  - 5.6.5.3. 90 dias após o acidente: anti – HIV, anti – HCV, HbsAg, anti – HBC e VDRL.
- 5.6.6. Em caso de resultados sorológicos reagentes o acidentado será encaminhado ao serviço de referência para tratamento/acompanhamento.

## **6. Orientações Finais**

- 6.1. Nos casos de acidentes de trabalho com material biológico e graves (mutilação ou óbito) deverá ser preenchida ficha de notificação do SINAN que será encaminhada para o Serviço de Vigilância afim de os dados serem inseridos no sistema.
- 6.2. As vítimas de acidente que negarem-se a realizar a rotina sorológica proposta pela Empresa, devem estar cientes do fato e assinar termo de compromisso o qual ficará arquivada na SOST;
- 6.3. A comunicação deve ser realizada de imediato em decorrência da necessidade de iniciar profilaxia com Antirretrovirais em tempo não superior a 72 horas após o acidente, **PREFERENCIALMENTE ATÉ 2 HORAS APÓS O OCORRIDO**;
- 6.4. OS afastamentos devem ser lançados no MENTORH.
- 6.5. Fica autorizado alterações no POP para adequações das particularidades de cada Hospital Universitário.

6.6. Os Medicamentos para os 3 primeiros dias podem ser retirados na farmácia do HU mediante prescrição do médico plantonista do PAC ou Regulação, e o restante devem ser retirados no SAE localizado no endereço: Rua dos Missionários N° 420, localizado entre as Av. Marcelino Pires e Joaquim Teixeira Alves, (referencia: Virando a Direita no Auto Posto Tambory) – Tel: (67) 3423-9150.

## 7. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 23 de Jul de 2015, Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt\\_pep\\_hiv\\_versao\\_p\\_reliminar\\_26agosto2015\\_pdf\\_49775.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_hiv_versao_p_reliminar_26agosto2015_pdf_49775.pdf) Acesso em: 04 de Set 2015.

## 8. Anexos

- 8.1.Termo de Compromisso Coleta de Sorologia;
- 8.2.Fluxograma Acidente Típico;
- 8.3.Fluxograma Acidente de Trajeto;
- 8.4.Fluxograma Acidente com Material Biológico;
- 8.5.Fluxograma Hepatite B;
- 8.6.Serviços de Referência.
- 8.7.Termo de Consentimento Paciente Consciente
- 8.8.Termo de Consentimento Paciente Inconsciente

### 8.1. Termo de Compromisso – Coleta de Sorologia

Eu, **NOME – FUNÇÃO**, **comprometo-me** a efetuar a coleta de sangue para a realização de exames sorológicos após a exposição a material biológico nas seguintes datas: / /15, / /15 e / /15 no Laboratório do Hospital Universitário da Grande Dourados – HU-UFGD ou Serviço de Atendimento Especializado – SAE (gratuito) ou em outro laboratório de minha preferência.

Estou ciente que se não comparecer e posteriormente vier a apresentar qualquer doença infectocontagiosa da rotina de exames sorológicos para acidentes com perfurocortantes, não poderei comprovar que foi em decorrência do acidente, visto que a doença poderia ser pré-existente.

Serão solicitados exames para Aids e Hepatites B e C. Para a realização destes exames, será necessária uma coleta simples de sangue venoso, em torno de 8 ml, como realizada para qualquer outro exame convencional já realizado anteriormente. O risco associado a esse tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local.

O benefício que você poderá vir a ter é receber informações diagnósticas sobre essas doenças e orientação do seu tratamento, se for o caso.

#### **Todas as informações serão mantidas em sigilo.**

A equipe da Saúde ocupacional será informada a respeito dos resultados dos seus exames, que serão incluídos no seu prontuário médico.

Caso você não concorde com a realização dos exames, esta decisão não causará prejuízo nesta instituição.

Ciente,

Eu, \_\_\_\_\_ após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação prevista no PCMSO da EBSERH/HU-UFGD e dos procedimentos aos quais serei submetido, ( ) **concordo** ( ) **não concordo** que seja coletado meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

*OBS.: Em caso de marcação das duas opções acima o documento será anulado.*

#### **LABORATÓRIO:**

( ) **HU-UFGD (gratuito)**

( ) **SAE (gratuito)**

( ) **Outro laboratório.**

Devo apresentar os resultados dos exames para o profissional responsável(SOST/SAÚDE), para registro na ficha de acidente com material biológico.

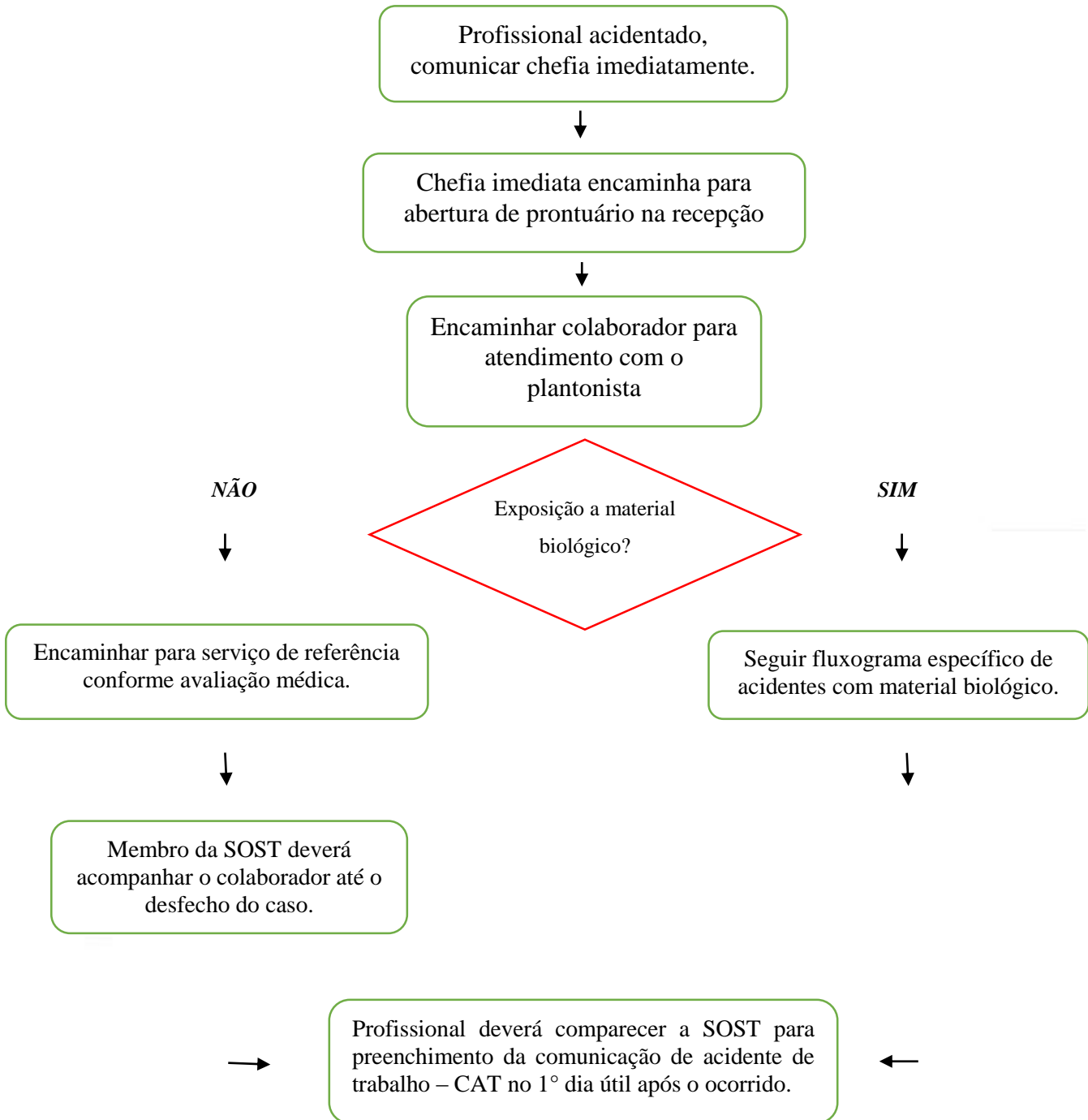
**Dourados – MS, / / 2015.**

Nome: \_\_\_\_\_

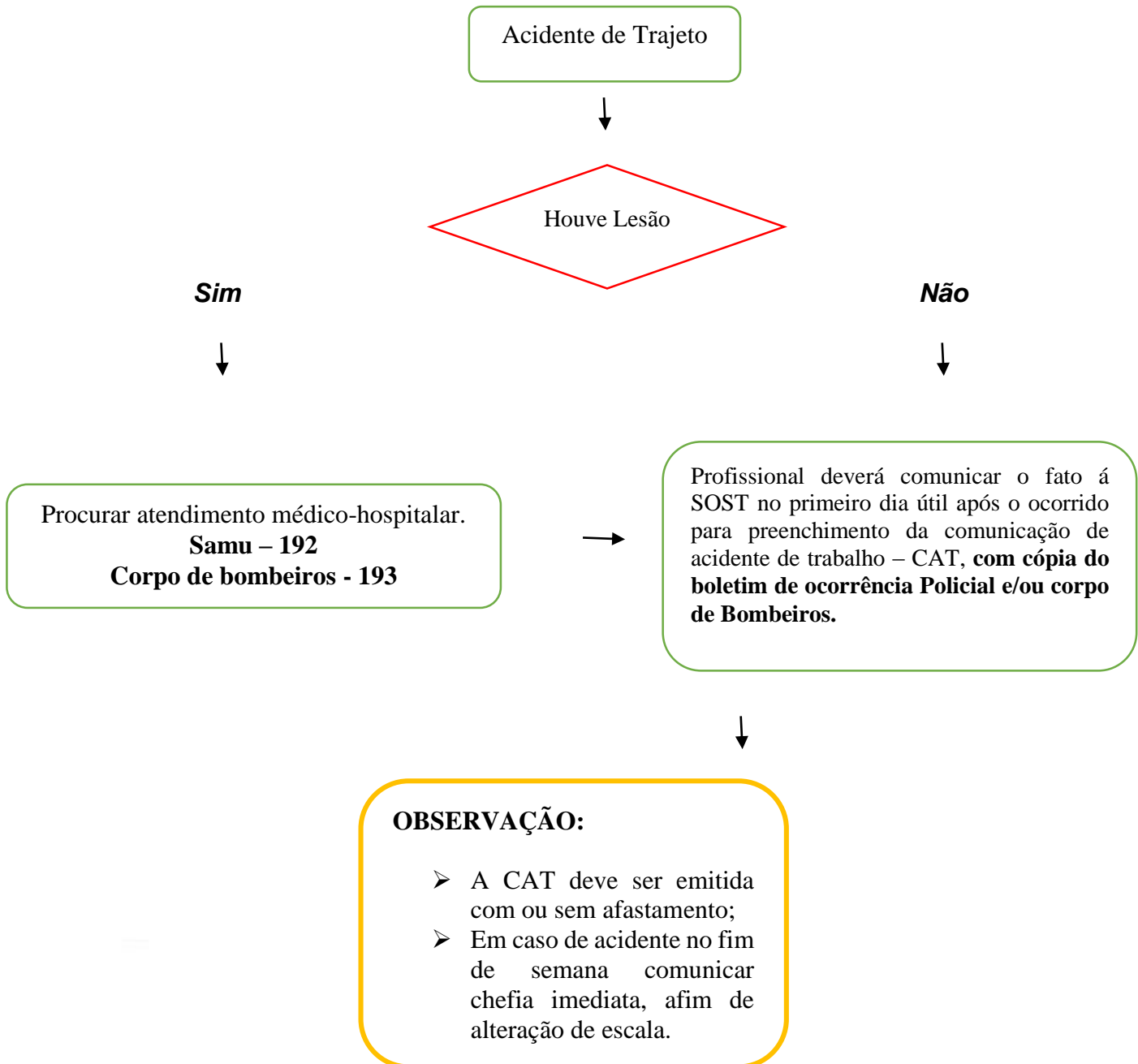
Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

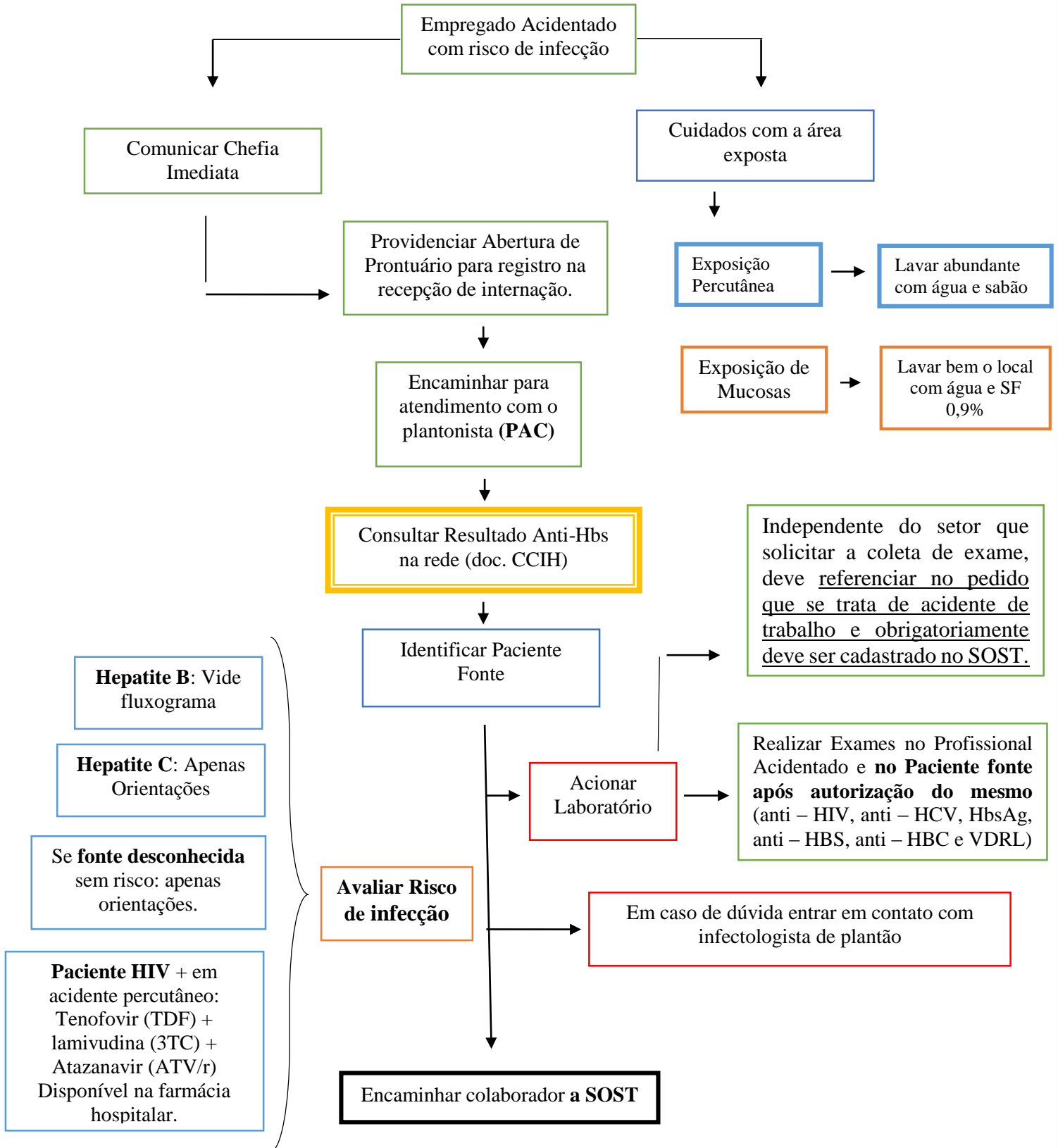
## 8.2. Fluxograma Acidente Típico



### 8.3. Acidente de Trajeto



### 8.4. Fluxograma Acidente com Material Biológico



**Nota:** Medicação para os 3 primeiros dias podem ser retiradas no farmácia do HU, para o restante no SAE (endereço no anexo 8.6).

### 8.5. Fluxograma Hepatite B

| Vacinação prévia e resposta sorológica do profissional de saúde exposto     | Caracterização Sorológica do paciente-fonte                         |                                                                     |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                             | AgHBS positivo                                                      | AgHBS negativo                                                      | AgHBs desconhecido ou não testado                                   |
| Não Vacinado                                                                | IGHHB + Iniciar vacinação                                           | Iniciar vacinação                                                   | Iniciar vacinação ± IGHHB*                                          |
| Com Vacinação Incompleta                                                    | IGHHB + Iniciar vacinação                                           | Completar vacinação                                                 | Completar vacinação ± IGHHB*                                        |
| Com vacinação completa                                                      |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
| • Com resposta vacinal conhecida e adequada (Anti-HBs <sub>≥</sub> 10UI/ml) | Nenhuma medida específica                                           | Nenhuma medida específica                                           | Nenhuma medida específica                                           |
| • Sem resposta vacinal (Anti-HBs <sub>≤</sub> 10UI/ml)                      | IGHHB + iniciar 2º esquema de vacinação                             | Iniciar 2º esquema de vacinação                                     | Iniciar 2º esquema de vacinação                                     |
| • Sem resposta vacinal (Anti-HBs <sub>≤</sub> 10UI/ml)                      | IGHHB (2x)†                                                         | Nenhuma medida específica                                           | ± IGHHB*                                                            |
| • Com resposta vacinal desconhecida                                         | Testar o profissional de saúde e proceder de acordo com a sorologia | Testar o profissional de saúde e proceder de acordo com a sorologia | Testar o profissional de saúde e proceder de acordo com a sorologia |

| HBsAg | Anti-HBs | Anti-Hbc (total) | Anti-HBc IgM | HBeAg | Anti-HBe | HBV DNA | <u>Interpretação</u>                                       |
|-------|----------|------------------|--------------|-------|----------|---------|------------------------------------------------------------|
| +     | -        | +                | +            | +     | -        | +       | primeira fase de infecção aguda                            |
| +     | -        | +                | +            | -     | +        | -       | segunda fase da infecção aguda                             |
| -     | -        | +                | +            | -     | +        | -       | terceira fase da infecção aguda                            |
| -     | +        | +                | -            | -     | + ou -   | -       | Recuperação com imunidade                                  |
| -     | +        | -                | -            | -     | -        | -       | Imunizado por vacinação                                    |
| +     | -        | +                | -            | +     | -        | +       | Infecção crônica com replicação ativa                      |
| +     | -        | +                | -            | -     | +        | -       | Infecção crônica na fase inativa                           |
| +     | -        | +                | -            | -     | +        | +       | Infecção crônica com replicação ativa                      |
| -     | -        | +                | -            | -     | + ou -   | -       | Recuperação, Falso resultado positivo, ou infecção Crônica |
| -     | -        | -                | -            | -     | -        | -       | Susceptível - Recomendada vacinação                        |

## 8.6. Serviços de Referencia

### Serviços Internos

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – RAMAL – 3024;
- Saúde Ocupacional – RAMAL – 3035;
- Segurança do Trabalho – RAMAL – 3035;
- Farmácia – RAMAL – 3164;
- Laboratório – RAMAL – 3027;
- Pronto Atendimento Clínico – RAMAL – 3225.


### Serviços Externos


- SAMU – 192
- **HOSPITAL DA VIDA** – End: Rua Toshinobu Katayama, N° 949 Bairro: Vila Planalto, Dourados – MS Tel: (67) 3411-7810; Urgência/Emergência.
- **SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – SAE**

Endereço: Rua dos Missionários N° 420, localizado entre as Av. Marcelino Pires e Joaquim Teixeira Alves, (referencia: Virando a Direita no Auto Posto Tambory) – Tel: (67) 3423-9150

- Horários de atendimento:
  - Exames – 07h às 11h / 13h as 16:30h.
  - Medicação – 07h às 12h

### 8.7 Termo de Consentimento Paciente Consciente

  
Ministério da Educação  
Universidade Federal da Grande Dourados

  
HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO  
DA UFGD  
*"Aqui você será bem cuidado"*

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
Identidade nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_  
autorizo de livre e espontânea vontade a coleta de meu material biológico (sangue) para fins de **REALIZAÇÃO DE EXAME PARA HIV** pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da UFGD e, se necessário, disponibilizo-me a fazer uma nova coleta para confirmação de resultado.

Em face do exposto, declaro ter recebido todos os esclarecimentos necessários, estou de acordo e assino o presente documento na presença do responsável pela coleta.

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico solicitante

Laboratório de Análises Clínicas – Hospital Universitário da UFGD  
Rua: Gerônimo Marques Matos, nº558, Altos do Indaiá, Dourados/MS  
Telefone: 3410-3000 Ramal:3188

## 8.8 Termo de Consentimento Paciente Inconsciente

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do documento RG nº \_\_\_\_\_ e  
CPF nº \_\_\_\_\_, como familiar responsável do  
paciente \_\_\_\_\_,  
internado neste setor, prontuário nº \_\_\_\_\_  
(grau de parentesco \_\_\_\_\_), autorizo, de livre e espontânea  
vontade, a coleta do material biológico (sangue) para fins de **REALIZAÇÃO  
DE EXAME PARA HIV** pelo *Laboratório de Análises Clínicas do Hospital  
Universitário da Universidade da Grande Dourados* e, se necessário,  
disponibilizo nova coleta para confirmação de resultado.

Em face ao exposto, declaro ter recebido todos os esclarecimentos  
necessários, e estou de acordo e assino o presente documento na presença  
do responsável pela coleta.

Dourados, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico solicitante

Laboratório de Análises Clínicas – Hospital Universitário da UFGD  
Rua Gerônimo Marques Matos, nº 558, Altos do Indaiá – Dourados/MS



Setor Comercial Sul - SCS, Quadra 09, Lote "C",  
Edifício Parque Cidade Corporate, Bloco "C",  
1° ao 3° pavimento, Asa Sul  
Brasília - Distrito Federal - 70.308-200  
Telefone: (61) 3255-8900