








A vulnerabilidade de agentes comunitários de saúde frente ao risco biológico

The vulnerability of community health workers to biological risk

Fabiana Ribeiro de Rezende¹ , Katiane Martins Mendonça¹ , Hélio Galdino Júnior¹ ,
Thaís de Arvelos Salgado¹ , Clery Mariano da Silva Alves¹ , Tauana Souza Amaral¹ ,
Anaclara Ferreira Veiga Tipple¹ 

RESUMO

Os objetivos foram identificar as exposições ocupacionais a material biológico entre agentes comunitários de saúde; caracterizar os modos de exposição, as secreções orgânicas e as circunstâncias envolvidas; descrever as condutas adotadas e verificar a participação desses trabalhadores em capacitações sobre risco biológico e biossegurança. Estudo transversal descritivo. Participaram 80 agentes dos 89 integrantes de equipes de saúde da família de um distrito sanitário do município de Goiânia. Resultados: 23 (28,8%) referiram exposição ocupacional, 10 (43,5%) citaram mais de uma exposição. A maioria envolveu saliva em pele íntegra ou em mucosa. Menos da metade deles referiu participação em capacitações abordando risco biológico e biossegurança. Agentes comunitários de saúde foram expostos a material biológico e, predominantemente, não estavam preparados. Políticas públicas direcionadas a estes trabalhadores devem contemplar claramente o risco biológico e seu controle para direcionar estratégias, conferir proteção trabalhista e garantir a incorporação desta temática na formação desse grupo.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Exposição Ocupacional; Controle de Doenças Transmissíveis; Contenção de Riscos Biológicos; Disseminação de Informação.

ABSTRACT

The objectives were to identify occupational exposure of community health workers to biological material; to characterize the means of exposure, organic secretions and circumstances involved; to describe the behaviors adopted, and verify the participation of these workers in training on biological risk and biosafety. Descriptive cross-sectional study. Participants comprised 80 workers of the 89 members of family health teams from a sanitary district of the municipality of Goiânia. Results: 23 (28.8%) reported occupational exposure and 10 (43.5%) reported more than one exposure. Most exposures involved saliva on intact skin or mucous membrane. Less than half reported participating in any form of training that addressed biological risk and biosafety. The community health workers were exposed to biological material and they were predominantly unprepared. Public policies for these workers must clearly observe biological risk and its control as a strategy guideline, provide worker protection, and ensure this subject is included in the education of community health workers.

Descriptors: Community Health Workers; Occupational Exposure; Communicable Disease Control; Containment of Biohazards; Information Dissemination.

¹ Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil. E-mails: fabianarrezend@gmail.com, katiane2303@gmail.com, helio_junior@ufg.br, cleryjunior@hotmail.com, tauanasouza12@gmail.com, anaclara.fen@gmail.com.

² Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia (GO), Brasil. E-mail: thais.arvelos@hotmail.com.

Como citar este artigo: Rezende FR, Mendonça KM, Galdino Júnior H, Salgado TA, Alves CMS, Amaral TS, et al. A vulnerabilidade de agentes comunitários de saúde frente ao risco biológico. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em: _____];23:62222. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.62222>.

Recebido: 04/02/2020. Aceito: 11/11/2020. Publicado: 03/02/2021.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é constituída, principalmente, por Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). As Equipes de Saúde da Família (ESF) são compostas por profissionais de diversas categorias, dentre elas, agentes comunitários de saúde (ACS), que são fundamentais ao funcionamento da equipe pelo vínculo que constroem entre os profissionais da saúde e as famílias atendidas⁽¹⁻²⁾.

Os ACS constituem uma força de trabalho expressiva na atenção básica, com 274.441 trabalhadores, credenciados pelo Ministério da Saúde, presentes em 5.486 municípios, do país⁽³⁾. Apesar desse elevado quantitativo e da importância da atuação dos ACS no contexto da saúde pública, poucos estudos têm sido dedicados à compreensão dos riscos envolvidos na prática laboral desses profissionais.

As características ímpares que envolvem a atuação dos ACS retratam uma realidade diferente daquela que os demais profissionais da área da saúde enfrentam, incluindo os riscos ocupacionais inerentes à profissão, uma vez que a maioria das ações desenvolvidas pelos ACS é realizada na comunidade por meio de visitas domiciliares para acompanhar todos os indivíduos e famílias sob sua responsabilidade⁽²⁾.

São atribuições do ACS na estratégia saúde da família: cadastrar as famílias de sua microárea e manter esse cadastro atualizado, orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, acompanhar por meio de visitas domiciliares, todos os indivíduos sob sua responsabilidade (gestante, lactante, criança, adolescente, pessoa idosa, pessoa em sofrimento psíquico, pessoa com dependência química, grupos homossexuais e transsexuais, mulher, homem), integrar população e equipe de saúde, desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e de vigilância à saúde e alguns procedimentos técnicos em saúde como: aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar e temperatura axilar, técnicas limpas de curativo⁽¹⁻²⁾.

Os ACS, durante suas atividades laborais, estão expostos a riscos de natureza física, química, biológica, ergonômica e psíquica⁽⁴⁾, no entanto estudos sugerem que a percepção dos ACS quantos aos riscos aos quais estão expostos é limitada⁽⁵⁾. O Risco Biológico (RB) mais evidenciado na literatura entre os ACS é a exposição ao *Mycobacterium tuberculosis*, uma vez que faz parte da sua atribuição a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a literatura tem mostrado elevada prevalência de infecção latente por *M. tuberculosis* e adoecimento entre os ACS⁽⁶⁾.

Pouco se tem estudado sobre o RB entre os ACS, provavelmente devido à falta de clareza das atribuições deste profissional, pois as mesmas não eram reconhecidas como atividades de risco para exposição a material biológico (MB), uma vez que atuam a maior parte do tempo fora da unidade de saúde⁽¹⁻²⁾. Apesar disso, estudos têm mostrado que os ACS são expostos a MB em diferentes situações

como: acidente percutâneo com agulhas, transporte de resíduos perfurocortantes em saco plástico ou garrafa PET do domicílio até a unidade, corte com lata e vasos sanitário quebrados, auxílio no banho de pacientes idosos e auxílio no cuidado com feridas⁽⁷⁾, várias dessas situações, ultrapassam os limites das atribuições dos ACS e por isso configuram maior risco de exposição a MB.

Diante disso e da necessidade de conhecer os modos de exposição dos ACS a MB humano em sua prática laboral e o preparo que esses profissionais têm recebido para o controle do RB é que este estudo foi proposto. Acredita-se que os resultados poderão contribuir para o direcionamento de ações de intervenção, frente ao RB, considerando as especificidades do trabalho dos ACS.

Os objetivos foram: identificar as exposições ocupacionais a material biológico humano entre agentes comunitários de saúde; caracterizar os modos de exposição, as secreções orgânicas envolvidas e as circunstâncias dessas exposições; descrever as condutas adotadas pelos ACS nos casos de exposição e verificar a participação desses profissionais em capacitações sobre RB e biossegurança.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo, realizado entre setembro e dezembro de 2015, desenvolvido no município de Goiânia-GO, que é dividido em sete Distritos Sanitários (DS) para otimizar o processo de descentralização da gestão municipal de saúde. Para a realização da presente pesquisa foi escolhido, por conveniência, um distrito sanitário, que é composto por nove UBS, atualmente, denominadas Centros de Saúde da Família (CSF).

A população foi composta por todos os 89 ACS integrantes das equipes de saúde da família, dos CSF, do DS selecionado, excluindo aqueles que não estavam no exercício de suas funções durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo nº 1.012.706/2015, nº do registro da pesquisa 41413015.6.0000.5078), por meio de questionário autoaplicável, elaborado com base na literatura relacionada à exposição a MB nas práticas em saúde⁽⁸⁻⁹⁾, avaliado por três especialistas na temática (profissionais com expertise em prevenção e controle de infecções associadas a assistência à saúde, com título de doutor), quanto ao conteúdo e forma. Após os ajustes sugeridos o instrumento foi submetido a teste piloto pela aplicação a cinco ACS de um CSF de outro DS, para refinamento do instrumento aos objetivos propostos no estudo. O instrumento avaliou dados sociodemográficos, conhecimento sobre conteúdos relativos ao RB, a exposição ocupacional a MB, os modos de exposição, o MB envolvido nas exposições e as condutas pós-exposição adotadas. A aplicação do instrumento foi realizada

por dois enfermeiros e um auxiliar de pesquisa, previamente qualificados.

Para a operacionalização da coleta de dados, primeiramente, estabeleceu-se o contato com os gestores dos CSF para obter a lista nominal dos ACS atuantes no local, as datas e horários das reuniões das ESF. Os questionários foram aplicados antes ou, imediatamente, após as reuniões das equipes.

Nos dias e horários programados, um membro da equipe de pesquisa comparecia ao CSF, abordava os ACS, em grupo, e os orientava quanto aos objetivos do estudo, em seguida, os convidava para a participação. O aceite era formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, os questionários eram entregues e, após aguardar o tempo de resposta (aproximadamente 30 minutos) eram recolhidos. Os ACS ausentes nos dias das reuniões foram convidados posteriormente, durante o turno de trabalho, seguindo as demais etapas descritas.

A análise descritiva dos dados, após codificação das variáveis, foi realizada com o software SPSS for Windows versão 20.0, apresentados em números absolutos e frequências.

RESULTADOS

Dentre os 89 ACS atuantes no local do estudo, cinco estavam de licença ou férias, quatro recusaram e 80 participaram, correspondendo a 89,9% da população pretendida. Desses, 23 (28,8%) referiram exposição ocupacional a MB, dos quais 10 (43,5%) se expuseram mais de uma vez, totalizando 58 exposições. Treze (56,6%) ACS se acidentaram uma única vez (56,5%); para os demais a relação número de profissionais e número de acidentes foram: dois (8,7%), duas vezes; um (4,3%), três vezes; dois (8,7%), quatro vezes; dois (8,7%), cinco vezes; um (4,3%), seis vezes e dois (8,7%), sete vezes.

As circunstâncias em que ocorreram os acidentes foram descarte de resíduos, auxílio no banho, troca de fraldas, apoio durante a deambulação, punção digital, triagem para puericultura e atendimento a primeiros socorros, sendo um referente a um caso de aborto espontâneo (o ACS vestiu uma sacola nas mãos e retirou o feto do vaso sanitário) e outro, a um quadro de crise convulsiva (ACS colocou sua mão na boca do usuário durante a crise para impedir que mordesse a língua). E em ocorrências durante visita domiciliar como episódios de vômito pelo usuário, existência de ferimentos nas mãos desses usuários, presença de fezes e/ou escarro próximo ao ACS ou saliva expelida durante o diálogo.

A Figura 1 apresenta o tipo de MB envolvido, conforme os modos de exposição por ACS acidentado.

Seis profissionais sofreram exposição a sangue e a maioria (5/83,3%) foi exposta a esse MB mais de uma vez. Dentre os 18 ACS que se expuseram à saliva, sete (38,8%) sofreram duas ou mais exposições a esse fluido. Dez profissionais foram

expostos aos outros tipos de MB (vômito, escarro, urina e fezes). Quanto às circunstâncias das exposições, 33 (56,9%) ACS desempenhavam atividades consideradas regulamentadas no momento da exposição, 17 (29,3%) em atividades não-regulamentadas e oito (13,8%) não informaram.

A Figura 2 apresenta as condutas pós-exposição adotadas pelos ACS. Verificou-se que 29,3% das ocasiões os ACS lavaram o local com água e sabão.

A maioria (72/90,0%) dos ACS referiu ter participado de capacitações; 38 (52,8%) relataram que a capacitação abordou algum(s) tema(s) relacionado(s) ao RB e biossegurança. Desses, nove (31,1%) sofreram exposição a MB.

Quanto ao conteúdo das capacitações, os ACS foram questionados sobre a abordagem de cinco temas considerados indispensáveis sobre RB: vacinação, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), Higienização das Mãos (HM), acidente envolvendo MB e resíduos de serviços de saúde. Dentre os 38 ACS que participaram de capacitação sobre RB, apenas um (2,6%) referiu capacitação sobre todos os temas mencionados e 13 (34,2%) afirmaram participação em um único tema. Os conteúdos sobre RB mais abordados foram vacinação (29/76,3%), uso de EPI (23/60,5%) e HM (17/44,7%); e aqueles menos abordados foram acidente com MB (10/26,3%) e resíduos de serviços de saúde (4/10,5%).

DISCUSSÃO

O número de ACS participantes deste estudo é similar as pesquisas, desenvolvidas especificamente, com esses profissionais no Brasil^(7,10).

Acerca da segurança e da saúde dos ACS, além da escassez de investigações sobre o tema, iniciativas governamentais também não são expressivas. Apenas, recentemente, o Ministério da Saúde incluiu em normativas, a importância de se observar as ações de segurança e de saúde na execução das atividades de ACS, especificamente, o uso de EPI e a realização dos exames de saúde ocupacional dos ACS⁽¹⁻²⁾.

Os resultados deste estudo apontam a necessidade de abordar a saúde e a segurança ocupacional de ACS também sob a perspectiva do RB, considerando que 28,8% (23) dos participantes referiram exposição ocupacional a MB durante as atividades laborais. Destaca-se que quase a metade (43,5%) relatou mais de uma exposição. O que nos faz pensar se essa reexposição pode ser resultante do desconhecimento dos riscos envolvidos nas atividades que muitas vezes extrapolam as competências dos ACS, reforçando ausência de conteúdos relacionados à biossegurança na formação dos ACS⁽¹¹⁾.

A negligência em relação ao RB ao qual o ACS está exposto em suas atividades laborais se reflete na falta de padronização da instrução e atualização dos ACS observada neste estudo. Aparentemente, os temas mencionados fizeram parte de capacitações realizadas isoladamente, o que resulta

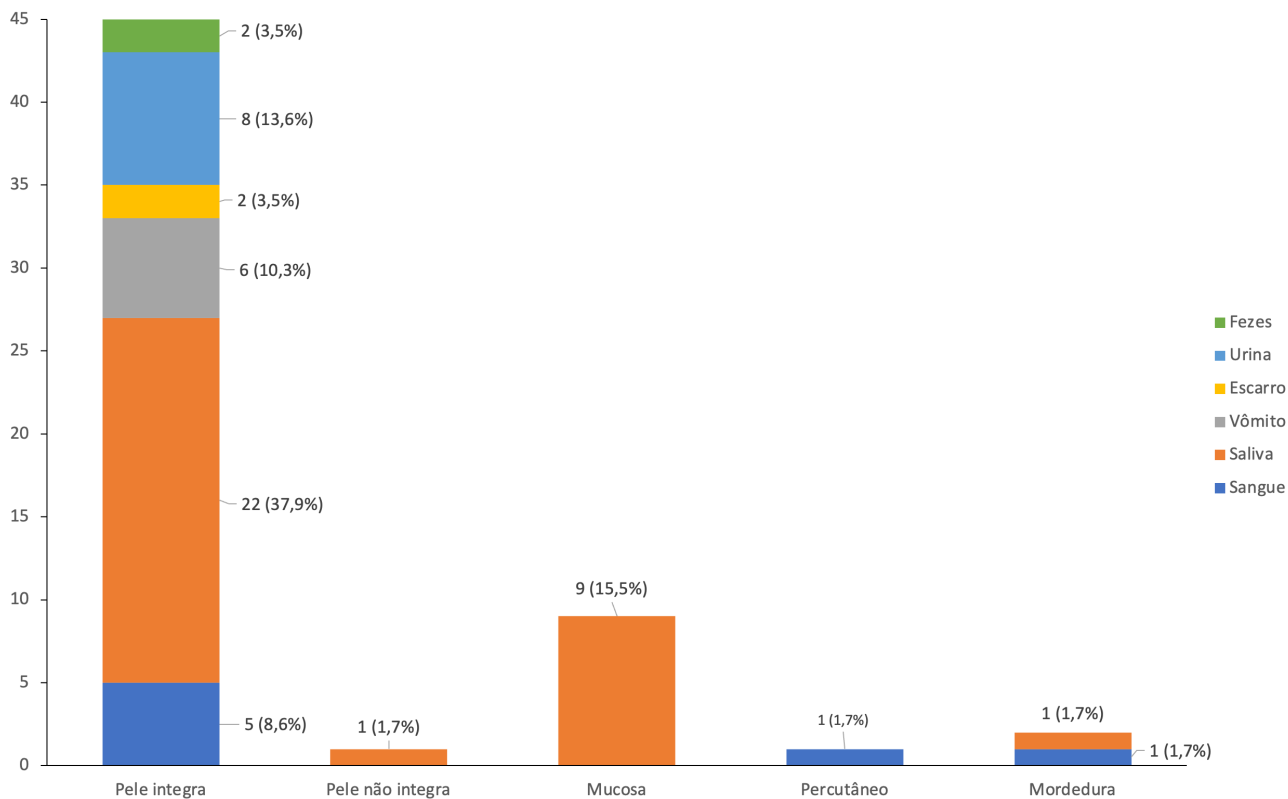


Figura 1. Distribuição dos fluidos biológicos envolvidos nas exposições ocupacionais (n=58) a material biológico entre Agentes Comunitários de Saúde de Centros de Saúde da Família, segundo os tipos de exposição. Goiânia, GO, Brasil, 2015.

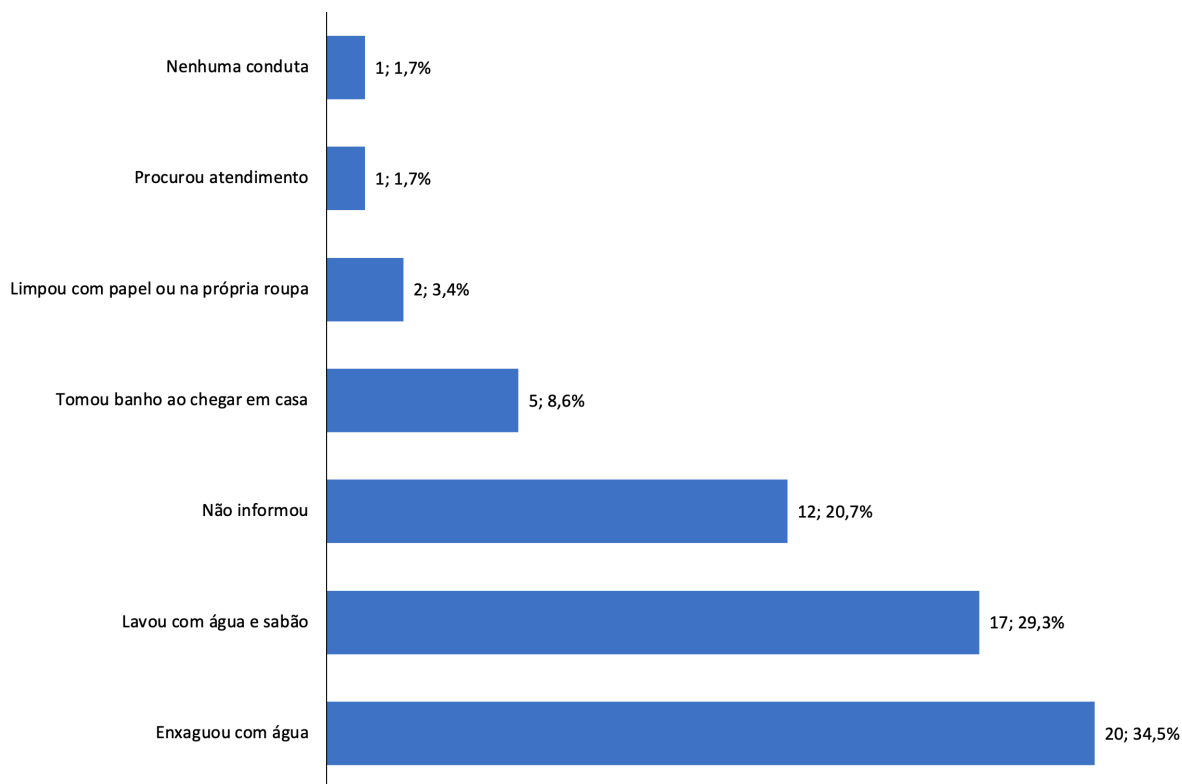


Figura 2. Condutas pós-exposição a material biológico adotadas pelos Agentes Comunitários de Saúde de Centros de Saúde da Família (n=58). Goiânia, GO, Brasil, 2015.

em ausência de uniformidade de condutas frente ao risco. A literatura apresenta o reconhecimento dos ACS sobre a necessidade de atualização para o trabalho cotidiano, sendo que alguns buscam por conta própria cursos de qualificação na área da saúde⁽¹²⁾.

A potencialidade do RB no trabalho de ACS foi demonstrada por meio das 58 exposições referidas, nas quais a maioria envolveu saliva e sangue. Sabe-se que a saliva é um fluido corporal que oferece baixo risco de contaminação quando comparada ao sangue⁽¹³⁾. Contudo, não deve ser considerada um MB isento de risco, pois pode vincular micro-organismos potencialmente infecciosos como por exemplo, herpes vírus e os vírus das hepatites A e E⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Outro vírus de importância clínica que pode ser transmitido pela saliva é o H1N1 que causa a Influenza A, doença com potencial de letalidade⁽¹⁵⁾, recentemente o mundo vivenciou uma pandemia causada por um novo coronavírus (SARS-CoV2), denominada COVID-19. A doença tem um amplo espectro clínico variando de manifestações gripais leves, quadros de pneumonia até a forma mais grave, manifestada pela síndrome da angústia respiratória grave. Este vírus é transmitido por gotículas, aerossóis e por contato⁽¹⁶⁾. O ACS está em movimento dentro da sua área visitando até 1.000 famílias mensalmente, desta forma pode se expor ao vírus, uma vez que foi demonstrado aqui que respingos de saliva é uma exposição frequente no trabalho do ACS, e o mesmo uma vez infectado, pode se tornar um transmissor, disseminado o vírus na sua microárea de trabalho, o que reforça a importância da adoção de máscara na rotina diária do trabalho do ACS.

Ainda há possibilidade de exposição ao *Mycobacterium tuberculosis*, por exemplo, por meio da identificação de pacientes sintomáticos respiratórios (SR) e pela supervisão do tratamento diretamente observado (TDO), uma vez que esse patógeno é eliminado das vias aéreas do hospedeiro infectado por meio da tosse, fala ou espirro⁽⁶⁾.

Apesar do contato com sangue ter representado 12,1% das exposições relatadas, dois aspectos merecem destaque: primeiro, que o sangue é o MB que oferece maior risco de infecção, especialmente, em casos de exposição percutânea⁽¹⁷⁾. Mundialmente, estima-se que esse tipo de exposição esteja relacionado à, aproximadamente, 37% das infecções pelo Vírus da Hepatite B (HBV), 39% das infecções pelo Vírus da Hepatite C (HCV) e 4,4% das infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre trabalhadores da área da saúde⁽¹⁷⁾. E, segundo que, no contexto dos ACS, que dentre as suas atribuições, até o ano de 2017, não havia atividades regulamentadas deste trabalhador que envolvia risco de exposição a sangue, esses acidentes evidenciam a realização de atividades que extrapolam suas competências profissionais, e nesse sentido aumentam os riscos ocupacionais.

Atualmente regidos pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), procedimentos como realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio e realizar técnicas limpas de curativo⁽¹⁾ os expõe diretamente ao risco de contato com sangue e outros fluidos corporais para os quais os ACS não estão preparados para lidar, visto que o RB não é abordado na sua formação, e é agravado pelo fato de que muitas vezes o risco de exposição ocorre longe da supervisão dos enfermeiros, pois deverão executar essas atividades no domicílio. Constituindo assim um cenário preocupante com relação à saúde deste trabalhador.

As demais exposições (31,0%) envolveram outras secreções humanas como urina, fezes, escarro e vômito, fluidos que não oferecem alto risco de contaminação pelos HBV, HCV e HIV, exceto quando houver a presença de sangue associada⁽⁹⁾. Por outro lado, a literatura aponta esses MB como possíveis fontes de transmissão do bacilo da tuberculose, dos vírus da hepatite A e E^(14,17-19) e SARS-CoV-2⁽¹⁶⁾ e por isso, é indispensável avaliar o risco de todas as exposições com a análise cuidadosa do contexto do acidente.

A exceção do escarro, que pode ser transportado pelo ACS em pote fechado até a unidade de saúde, de acordo com suas funções no programa nacional de controle da tuberculose, a exposição a fezes, urina e vômitos remete ao exercício de atividades não regulamentadas, o que associado a falta de conhecimento dos riscos envolvidos no contato com MB aumentam a vulnerabilidade dos ACS às infecções. Nesse contexto, uma revisão da literatura destacou o papel dos ACS na busca ativa de SR para o controle da tuberculose. Os autores apontaram a necessidade de mudanças nas abordagens das capacitações oferecidas a esses trabalhadores, consideradas tecnicistas e não propiciam a visão crítica para a resolução de casos e encaminhamentos adequados⁽²⁰⁾.

Além disso, as formas de contato dos acidentes ocupacionais entre os ACS também foram avaliadas na presente pesquisa, na qual 77,6% das exposições entre os ACS foram cutâneas, em pele íntegra. Sabe-se que essa via oferece menor risco de contaminação, conseqüentemente, reflete uma menor gravidade ao acidente⁽¹³⁾. No entanto, o que é mais relevante é a evidência da exposição a MB. Exposição à mucosa foi a segunda mais frequente dentre as exposições relatadas (15,5%). As membranas mucosas são importantes vias de entrada de micro-organismos, sobretudo quando na presença de sangue⁽⁹⁾, como evidenciado em relatos de casos de soroconversão ocupacional pelo HIV após contato de sangue contaminado em mucosa ocular⁽²¹⁾, essa via também é relevante para a infecção pelo SARS-CoV-2⁽¹⁶⁾.

Nota-se que 29,3% dos ACS se expuseram ao desempenhar atividades não regulamentadas, ou seja, não previstas em normativas para essa profissão⁽¹⁻²⁾. Apesar da publicação da Lei, nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, sobre a atuação dos ACS, as delimitações das atribuições dos ACS não são

claras⁽¹⁻²⁾, e vários ACS realizam atividades que estão além de suas competências⁽²²⁾.

Os ACS, frequentemente, realizaram atividades que envolviam MB, sendo parte delas relacionada à área assistencial, incluindo cuidados diretos, como auxiliar durante o banho do usuário, efetuar a troca de fraldas, fazer punções digitais, além de atender a primeiros socorros. A prática de atividades para quais os ACS não possuem competência técnica constitui uma imperícia e conseqüentemente por falta de conhecimento serão imprudentes. É consenso que a melhor maneira de minimizar os riscos é por meio da adoção de medidas de biossegurança, como as precauções padrão (HM, uso de EPI, controle ambiental e processamento de artigos) e precauções baseadas no modo de transmissão, ambas recomendadas em qualquer modalidade de atenção à saúde⁽²³⁾. Essas medidas são passíveis de adaptação de acordo com o cenário de atuação profissional, sendo aplicáveis à prática dos ACS, entretanto, faz-se necessário o reconhecimento de que os ACS estão sob o RB cotidianamente, como evidenciado nesse estudo.

Diante de algumas situações referidas pelos ACS, nota-se que houve casos de exposições à MB que poderiam ter sido evitados e/ou minimizados com o uso de luvas e de máscara. Por exemplo, poderia ser indicado o uso de máscaras pelos ACS quando um membro e/ou todos do domicílio visitado apresentassem tosse intensa e/ou espirros persistentes ou ainda, quando alguém do domicílio tivesse diagnóstico suspeito ou confirmado de algum micro-organismo de transmissão respiratória, como o *Mycobacterium tuberculosis*⁽²³⁾. Essas recomendações poderiam ser estabelecidas como normativas e considerar a utilização de máscara comum a todos os ACS, ao adentrar à casa do usuário, em todas as visitas domiciliares, e a máscara PFF2 (N95), quando houver pacientes suspeitos ou com diagnóstico de micro-organismos transmitidos por aerossóis. No entanto, o uso dos EPI, são estipulados pelo risco presumível que a atividade coloca o trabalhador, sendo assim, é necessário que o trabalhador reconheça os riscos a que estão expostos para decidir sobre o uso ou não do EPI, elementos de julgamento que não estão acessíveis ao ACS que não teve em sua formação conteúdos relativos ao RB.

Acredita-se também que as recomendações e medidas preventivas de etiqueta respiratória, amplamente divulgadas em 2009, durante epidemia do vírus Influenza H1N1 e reforçadas atualmente na pandemia causada pelo SARS-CoV2, devem ser empregadas para minimizar a transmissão ocupacional de micro-organismos entre ACS. Algumas dessas orientações, aplicáveis tanto aos trabalhadores quanto a clientes, são: manter distância segura (mínimo de um metro), evitar contato muito próximo (abraços e beijo social); evitar tocar mucosas de olho, nariz e boca; utilizar lenços descartáveis para higiene nasal; cobrir boca e nariz quando espirrar ou tossir e higienizar as mãos com frequência^(15,23).

Verifica-se que medidas simples como a orientação sobre etiqueta respiratória poderiam conduzir à redução do RB ocupacional aos ACS. Entretanto, a situação atual revela um paradoxo: trabalhadores cuja tarefa principal é promover a saúde e prevenir agravos estão despreparados para adotar medidas seguras, diante de um risco ou de uma exposição a MB, que pode levar ao comprometimento de sua própria saúde.

Sabe-se que frente à exposição a MB, uma série de procedimentos devem ser seguidos para reduzir o risco de transmissão de micro-organismos infecciosos e adoecimento do profissional. O primeiro é o cuidado com a área exposta; lavagem exaustiva do local com água e sabão neutro, quando houver exposições cutâneas ou percutâneas, e lavagem com água ou soro fisiológico em exposições de mucosas⁽²⁴⁾. Segundo os ACS que sofreram exposição ocupacional a MB, poucos adotaram as condutas indicadas, o que demonstra mais uma vez, o despreparo desses profissionais para lidar com essas situações. Questão diretamente relacionada à pouca participação em capacitações acerca do RB relatada

De forma semelhante, investigação com o objetivo de caracterizar os riscos entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família encontrou dentre 282 participantes, de diversas áreas, que 101 (34,8%) foi de ACS que não havia recebido capacitação sobre questões que envolviam a saúde do trabalhador nesse contexto de atuação. E ainda, que 261 (92,6%) referiram acidente com MB nos últimos cinco anos⁽²⁵⁾. Assim como verificado aqui, mesmo entre os trabalhadores que referiram capacitação, o conhecimento sobre RB era limitado a um tema ou outro.

Se o trabalhador desconhece o risco, ele não o percebe e fica mais vulnerável. Da mesma forma, se não foi orientado quanto às medidas de biossegurança e condutas básicas, frente a um acidente envolvendo MB, não sabe como agir para prevenir um acidente ou minimizar as conseqüências de uma exposição⁽²⁴⁾. Sem conhecer, ele não notifica, e sem os dados reais, como intervir? Assim, considera-se fundamental que haja capacitação e que o conteúdo inclua a temática de RB em uma linguagem clara e voltada para a prática laboral peculiar dos ACS.

Reconhece-se que o estudo possui como limitação a realidade em nível local, mas apresenta achados relevantes que convergem para um aspecto pouco explorado, a vulnerabilidade do ACS frente ao RB em sua prática laboral.

Considerando isso, a equipe de pesquisadores retornou ao local para orientações aos grupos de ACS participantes da pesquisa pautados nos resultados do estudo. Esse feedback é uma responsabilidade social, visto que o problema identificado coloca em risco a saúde e a segurança dos ACS e, portanto, requeria intervenção imediata.

CONCLUSÃO

O diagnóstico situacional realizado permite o reconhecimento do risco biológico entre os ACS, pois 1/4 dos participantes referiu exposição ocupacional a MB, incluindo a execução de atividades não regulamentadas e, menos da metade referiu capacitação em risco biológico e biossegurança. Há enorme carência de estudos sobre a temática com essa população e ainda, há muito o que ser investigado, como o acompanhamento dos trabalhadores vítimas de acidentes com MB e as condutas dos ACS durante visitas domiciliares em que o indivíduo e/ou família apresentam algum micro-organismos infeccioso e o status sorológicos dos ACS.

As evidências apresentadas nesta investigação podem ser o ponto de partida para o planejamento e implementação de medidas administrativas para a saúde e segurança ocupacional de ACS, considerando o risco biológico, como programas de capacitação e atualização direcionados à realidade da prática profissional de ACS. E, neste sentido, considera-se que as políticas públicas direcionadas aos ACS devem contemplar de forma clara o RB e seu controle a fim de direcionar essas estratégias, além de conferir a proteção trabalhista decorrente da exposição a MB e garantir a incorporação desta temática nos cursos de formação de ACS.

REFERÊNCIAS

1. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set. 2017 [acesso em: 20 dez. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
2. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União [Internet]. 18 abr. 2018 [acesso em: 20 dez. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [acesso em: 20 dez. 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.
4. Gomes MF, Lima ASR, Feitoza LS, Netto VBP, Nascimento RD, Andrade MS. Occupational hazards and health problems: perceptions of community health workers. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2015 [acesso em: 06 ago. 2020];7(4):3574. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3574-3586>.
5. Nascimento VF, Terças ACP, Hattori TY, Graça BC, Cabral JF, Gleriano JS, et al. Dificuldades apontadas pelo Agente Comunitário de Saúde na realização do seu trabalho. Saúde (Santa Maria) [Internet]. 2017 [acesso em: 06 ago. 2020];43(1):60-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583423119>.
6. Rogerio WP, Prado TN, Souza FM, Pinheiro JS, Rodrigues PM, Sant'anna APN, et al. Prevalência e fatores associados à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre agentes comunitários de saúde no Brasil, usando-se a prova tuberculínica. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso em: 06 ago. 2020];31(10):2199-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152414>.
7. Almeida MCS, Baptista PCP, Silva A. Acidentes de trabalho com agentes comunitários de saúde. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2016 [acesso em: 20 jan. 2020];24(5):e17104. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17104>.
8. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a materiais biológicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em: 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332967170825PROTOCOLO%20EXPOSICAO%20A%20MATERIAL%20BIOLOGICO.pdf>.
9. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management [Internet]. MMWR [Internet]. 2013 [acesso em: 06 ago. 2020];62(10):1-22. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6210a1.htm>.
10. Almeida MCS, Baptista PCP, Silva A. Workloads and strain process in Community Health Agents. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [acesso em: 06 ago. 2020];50(1):93-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000100013>.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acesso em: 20 dez. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_capacitacao_agentes_comunitarios_cuidado.pdf.
12. Fortes KMGS, Moura MEB, Nunes BMVT, Landim CAP, Lago, EC. Formação do agente comunitário de saúde da família na atenção ao idoso. Revista de

- Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2016 [acesso em: 20 dez. 2018];10(Supl.1):211-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10942/12246>.
13. Henderson DK, Dembry L, Fishman NO, Grady C, Lundstrom T, Palmore TN, et al. SHEA Guideline for Management of Healthcare Workers Who Are Infected with Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and/or Human Immunodeficiency Virus. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2010 [acesso em: 06 ago. 2020];31(3):203-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/650298>.
 14. Corstjens PLAM, Abrams WR, Malamud D. Saliva and viral infections. *Periodontol 2000* [Internet]. 2016 [acesso em: 06 ago. 2020];70(1):93-110. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/prd.12112>.
 15. Rewar S, Mirdha D, Rewar P. Treatment and Prevention of Pandemic H1N1 Influenza. *Ann Glob Health* [Internet]. 2015 [acesso em: 06 ago. 2020];81(5):645-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aoogh.2015.08.014>.
 16. Patel KP, Vunnam SR, Patel PA, Krill KL, Korbitz PM, Gallagher JP, et al. Transmission of SARS-CoV-2: an update of current literature. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2020 [acesso em: 06 ago. 2020];39(11):2005-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03961-1>.
 17. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *Am J Ind Med* [Internet]. 2005 [acesso em: 06 ago. 2020];48(6):482-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajim.20230>.
 18. Yokoyama T, Kinoshita T, Okamoto M, Matsunaga K, Kamimura T, Kinoshita M, et al. High Detection Rates of Urine *Mycobacterium tuberculosis* in Patients with Suspected Miliary Tuberculosis. *Intern Med* [Internet]. 2017 [acesso em: 06 ago. 2020];56(8):895-902. Disponível em: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.56.7792>.
 19. Himmelsbach K, Bender D, Hildt E. Life cycle and morphogenesis of the hepatitis E virus. *Emerg Microbes Infect* [Internet]. 2018 [acesso em: 06 ago. 2020];7(1):196. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41426-018-0198-7>.
 20. Pereira CEA, Silva MVS, Santana ME, Kobayashi DR. Atuação dos agentes comunitários de saúde na busca ativa do sintomático respiratório: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFPI* [Internet]. 2017 [acesso em: 06 ago. 2020];6(1):71-5. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/434>.
 21. Lucena NO, Pereira FR, Barros FS, Silva NB, Alexandre MAA, Castilho MC, et al. Infecção pelo HIV-1 após acidente ocupacional, no Estado do Amazonas: primeiro caso documentado. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2011 [acesso em: 06 ago. 2020];44(5):646-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0037-86822011000500027>.
 22. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018 [acesso em: 06 ago. 2020];52:14. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395>.
 23. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [acesso em: 06 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines.pdf>.
 24. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [acesso em: 20 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>.
 25. Fonseca FF, Costa FM, Lima CA, Silva SSS, Alves JP, Carneiro JA. Caracterização do risco ocupacional entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em: 06 ago. 2020];17(2):89-97. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/13192>.

