



**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Perfil das exposições ocupacionais a material biológico entre  
profissionais de saúde do Hospital Nacional Simão Mendes  
(Guiné-Bissau): Riscos e medidas preventivas**

Mestrado em Saúde Ocupacional.

**Adelino José de Pina.**

**Abril de 2022.**



**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Perfil das exposições ocupacionais a material biológico entre  
profissionais de saúde do Hospital Nacional Simão Mendes  
(Guiné-Bissau): Riscos e medidas preventivas**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Ocupacional, realizada sob a orientação científica de

**Prof. Doutor Florentino Serranheira.**

**Abril de 2022.**

## **Agradecimentos.**

Permita-me deixar uma nota de agradecimento a algumas das pessoas que, direta ou indiretamente, deram as suas contribuições ao longo deste percurso que culmina com a entrega desta dissertação.

À minha esposa, Sabu Nambeia de Pina, agradeço pelo amor, carinho, compreensão e exemplo de vida, sobretudo no âmbito desta dissertação, sem os quais este trabalho não teria sido finalizado.

De igual modo, aos meus filhos Adélio José de Pina e Saudinha Nambeia de Pina agradeço pelo facto de sempre me terem compreendido nos momentos mais difíceis, dada a minha ausência durante a elaboração deste trabalho.

À Dra. Marilene Menezes D'Álva, agradeço por toda a sua disponibilidade, simpatia e esclarecimentos atempados, que tão importantes foram ao longo das diferentes fases da elaboração da tese.

Ao Professor Doutor Florentino Serranheira, orientador desta tese, agradeço pela sua pedagogia e motivação, pelo profissionalismo e pelas valiosas contribuições durante o desenvolvimento desta Dissertação.

Aos professores do curso, professor Doutor António Sousa Uva, professora Doutora Andreia Leite e professora Doutora Ema Sacadura, agradeço por toda a orientação, disponibilidade e compreensão, e agradeço ao professor Doutor Pedro Aguiar por todo o auxílio prestado durante os processos de análise estatística, agradeço a coordenação do curso, o serviço académico, serviço Informático e o serviço da Biblioteca pela forma positiva que contribuíram para conclusão desta dissertação.

À Direção do Hospital Nacional Simão Mendes, onde se realizou este estudo, agradeço por autorizar e apoiar a realização deste trabalho, bem como ao coletivo de profissionais de saúde, cuja participação foi fundamental para o desenvolvimento desta dissertação.

E, por fim, agradeço a todos aqueles que, com o seu saber e disponibilidade, colaboraram no desenvolvimento desta dissertação, pois também foram essenciais para a sua conclusão.

## Resumo

A exposição dos Profissionais de Saúde (PS) a material biológico em hospitais é frequente, independentemente de existirem regras de segurança e serem adotadas (ou não) medidas de prevenção. Foram poucos os estudos que avaliaram estes acidentes nos PS em África, bem como o impacto das várias medidas de prevenção possíveis. O objetivo principal do presente estudo visa a identificação do perfil epidemiológico ocupacional dos PS do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), na Guiné-Bissau, que tiveram pelo menos um acidente de trabalho com exposição a material biológico, nos últimos cinco anos. São ainda incluídos como objetivos a identificação da situação vacinal prévia dos mesmos, dos procedimentos seguidos após o acidente de trabalho, das medidas preventivas em vigor e das principais causas da incidência nestes profissionais de saúde. Realizou-se um estudo de caráter exploratório e descritivo, foi aplicado um questionário estruturado com uma amostra de 237 PS, num universo de 702 que trabalham no hospital, correspondendo a cerca de 33,8% do total. Os resultados do estudo indicam que a maioria dos PS que exercem as suas atividades profissionais no HNSM, apresentam uma grande vulnerabilidade, risco elevado de AT e de adquirir doenças profissionais face à exposição ocupacional a material biológico, fundamentalmente devido à desorganização e às características inadequadas do local e ambiente de trabalho, nomeadamente a falta de meios e equipamentos de prevenção. Constatou-se também, por outro lado, a falta de literacia em Higiene e Segurança do Trabalho (HST) ou em Saúde Ocupacional (SO) por parte dos PS. Na globalidade da amostra, registou-se uma prevalência de 44,3% de acidente com exposição a material biológico, envolvendo maioritariamente profissionais do sexo feminino (65%) e a classe de enfermagem (55,1%). A prevalência de acidente com matérias perfurocortante foi de (53,1%) Os dados obtidos revelaram ainda que a exposição percutânea é o acidente mais prevalente (54,5%), seguindo-se a exposição a sangue (48,4%), a administração de medicação intravenosa (31,4%), a utilização de agulha com lúmen (41,7 %), a ausência de notificação (46,6%), a falta de vacinação (48,2%), a não indicação de quimioprofilaxia (50,7%) e ainda os cerca de 46,3% que ignoram a evolução do caso, ou seja, a ausência de relato dos casos, após a exposição ocupacional e acidente com material biológico.

**Palavras-Chave:** Exposição ocupacional; profissionais de saúde; material biológico; riscos ocupacionais.

## **Abstract.**

It is common for Healthcare workers (HCW) to be exposed to biological material in hospitals, regardless the existence of preventive measures that are adopted or not. Furthermore, to date, there have been few studies in Africa that have evaluated its incidence in PS, as well as the impact of the various possible prevention measures. The main purpose of the present study is to identify the occupational epidemiological profile of HCW at the Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), in Guinea-Bissau, who had at least one occupational accident with exposure to biological material in the last five years. As a secondary objective it should be included the previous vaccination status, the procedures followed after the accident at work, the existence of preventive measures and the identification of the main causes of the incidence in these HCW. Based on an exploratory and descriptive study, a structured questionnaire was applied with a sample of 237 HCW, in a universe of 702 who work in the hospital, corresponding about 33.8% of the total. The results of the study indicate that the majority of HCW who carry out their professional activities in the HNSM, present a great vulnerability, high risk of work accident and of acquiring occupational diseases resulting from occupational exposure, given the disorganization and the characteristics of the place and work environment, namely the lack of means and equipment for prevention. On the other hand, there was also a lack of literacy in Health and Safety at Work (HSW) and in Occupational Health (OH) from the HCW of the hospital. In the entire sample, there was an incidence of 44.3% of accidents with exposure to biological material, involving mostly female professionals (65%) and the nursing class (55.1%). The prevalence of accidents with sharp materials was (53.1%). The data obtained also revealed that percutaneous exposure is the most prevalent accident (54.5%), followed by exposure to blood (48.4%), administration of intravenous medication (31.4%), use of needle with lumen (41.7%), lack of notification (46.6%), lack of vaccination (48.2%), non-indication of chemoprophylaxis (50, 7%) and about 46.3% who ignore the evolution of the case, that is, the absence of case reports, after occupational exposure and accident with biological material.

**Key words:** Occupational exposure; health professionals, biological material; occupational hazards.

## Índice

|                                                                                       |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Agradecimentos.....                                                                   | iii  |
| Resumo.....                                                                           | iv   |
| Abstract.....                                                                         | v    |
| Lista de Abreviaturas.....                                                            | xiii |
| ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde.....                                 | xiii |
| Introdução.....                                                                       | 1    |
| 1. Enquadramento teórico.....                                                         | 5    |
| 1.1. Caracterização do SNS da Guiné-Bissau e sua organização (PNDSIII,2018-2022)..... | 5    |
| 1.1.1. Breve contextualização da República da Guiné-Bissau (INE,2017) .....           | 8    |
| 1.1.2. Breve síntese do sistema de saúde da Guiné-Bissau (PNDSIII,2018-2022).9        |      |
| 1.1.3. Organização hospitalar. ....                                                   | 10   |
| 1.1.4. Organização do trabalho.....                                                   | 11   |
| 1.2. Saúde ocupacional.....                                                           | 12   |
| 1.2.1. Riscos profissionais .....                                                     | 15   |
| 1.2.2. Acidentes de trabalho .....                                                    | 21   |
| 1.2.3. Avaliação do risco, gestão e prevenção em SO .....                             | 23   |
| 2. Trabalho de campo.....                                                             | 27   |
| 2.1. Questão de investigação.....                                                     | 27   |
| 2.2. Objetivo geral .....                                                             | 27   |
| 2.3. Objetivos específicos .....                                                      | 27   |
| 3. População e métodos. ....                                                          | 28   |
| 3.1. Tipo de estudo e população. ....                                                 | 28   |
| 3.2. Métodos e recolha de dados .....                                                 | 28   |
| 3.2.1. Questionário .....                                                             | 28   |
| 3.2.2. Análise documental.....                                                        | 30   |
| 3.2.3. Observação direta.....                                                         | 30   |
| 3.3. Métodos de análise estatística.....                                              | 31   |

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4. Considerações éticas .....                                                                                            | 32 |
| 5. Resultados .....                                                                                                      | 34 |
| 5.1. Caracterização da instituição em estudo .....                                                                       | 34 |
| 5.2. Breve descrição observacional da organização e dos postos de trabalho no hospital em estudo .....                   | 35 |
| 5.3. Caracterização da população em estudo. ....                                                                         | 36 |
| 5.4. Apresentação dos resultados do questionário .....                                                                   | 37 |
| 5.4.1. Análise descritiva .....                                                                                          | 37 |
| 5.4.2. Análise do perfil dos PS que tiveram AT com materiais perfurocortantes e com exposição a material biológico ..... | 61 |
| 6. Discussão dos resultados.....                                                                                         | 68 |
| 7.Considerações finais .....                                                                                             | 76 |
| 8. Recomendações e perspectivas futuras .....                                                                            | 78 |
| 9. Referências bibliográficas .....                                                                                      | 79 |
| Apêndices.....                                                                                                           | 85 |

## Lista de Figuras.

|                                                                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1 – Representação da amostra em estudo de acordo com a faixa etária .....                                                             | 38  |
| Figura 2 – Representação da amostra em estudo de acordo com o gênero .....                                                                   | 39  |
| Figura 3 – Representação da amostra em estudo de acordo com a raça .....                                                                     | 39  |
| Figura 4 – Representação da amostra em estudo de acordo com o estado civil .....                                                             | 400 |
| Figura 5 – Representação da amostra em estudo de acordo com as habilitações literárias .....                                                 | 401 |
| Figura 6 – Representação da amostra em estudo de acordo com a ocupação profissional .....                                                    | 422 |
| Figura 7 – Representação da amostra em estudo de acordo com os anos de experiência profissional .....                                        | 433 |
| Figura 8 – Representação da amostra em estudo de acordo com a ocorrência de acidentes de trabalho .....                                      | 444 |
| Figura 9 – Representação da amostra em estudo de acordo com a quantidade de acidentes de trabalho .....                                      | 445 |
| Figura 10 – Representação da amostra em estudo de acordo com a distribuição dos PS que tiveram acidentes de trabalho (local e serviço) ..... | 456 |
| Figura 11 – Representação da amostra em estudo de acordo com o período temporal de ocorrência de AT (horas) .....                            | 467 |
| Figura 12 – Representação da amostra em estudo de acordo com o turno de ocorrência de AT .....                                               | 477 |
| Figura 13 – Representação da amostra em estudo de acordo com os dias da semana com ocorrência de AT .....                                    | 488 |
| Figura 14 – Representação da amostra em estudo de acordo com os meses do ano com ocorrência de AT .....                                      | 49  |
| Figura 15 – Representação da amostra em estudo de acordo com os anos com ocorrência de AT .....                                              | 500 |
| Figura 16 – Representação da amostra em estudo de acordo com a notificação de ocorrência de AT .....                                         | 501 |



|                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 17 – Representação da amostra em estudo de acordo com o tipo de exposição .....                                                     | 511 |
| Figura 18 – Representação da amostra em estudo de acordo com o material biológico .....                                                    | 522 |
| Figura 19 – Representação da amostra em estudo de acordo com as circunstâncias dos AT .....                                                | 533 |
| Figura 20 – Representação da amostra em estudo de acordo com os agentes causadores de AT .....                                             | 544 |
| Figura 21 – Representação da amostra em estudo de acordo com as medidas preventivas de AT .....                                            | 555 |
| Figura 22 – Representação da amostra em estudo de acordo com a situação vacinal dos acidentados.....                                       | 566 |
| Figura 23 – Representação da amostra em estudo de acordo com a realização de exames laboratoriais após o AT .....                          | 577 |
| Figura 24 – Representação da amostra em estudo de acordo com os resultados dos exames laboratoriais realizados após o AT .....             | 588 |
| Figura 25 – Representação da amostra em estudo de acordo com os resultados dos exames laboratoriais realizados ao paciente após o AT ..... | 59  |
| Figura 26 – Representação da amostra em estudo de acordo com a conduta adotada no momento do AT .....                                      | 600 |
| Figura 27 – Representação da amostra em estudo de acordo com a evolução do caso do AT .....                                                | 611 |
| Figura 28 – Representação da relação entre AT e a idade dos PS.....                                                                        | 622 |
| Figura 29 – Representação da relação entre AT e o género dos PS .....                                                                      | 633 |
| Figura 30 – Representação da relação entre AT e a raça dos PS.....                                                                         | 633 |
| Figura 31 – Representação da relação entre AT e o estado civil dos PS .....                                                                | 644 |
| Figura 32 – Representação da relação entre AT e as habilitações literárias dos PS.                                                         | 655 |
| Figura 33 – Representação da relação entre AT e a ocupação profissional dos PS .                                                           | 666 |
| Figura 34 – Representação da relação entre AT e a experiência profissional dos PS .....                                                    | 677 |

## Lista de Tabelas.

|                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 – Análise da situação regional do plano estratégico a curto, médio e longo prazo da região sanitária .....           | 6   |
| Tabela 2 – Distribuição de RH nas instituições públicas da Guiné-Bissau .....                                                 | 7   |
| Tabela 3 – Distribuição total geral dos RH existentes nas instituições de saúde da Guiné-Bissau e da população em geral ..... | 8   |
| Tabela 4 – Análise estatística da idade da amostra .....                                                                      | 377 |
| Tabela 5 – Tabela de frequências e percentagens a nível da idade dos inquiridos...                                            | 388 |
| Tabela 6 – Tabela de frequências e percentagens a nível do género dos inquiridos ..                                           | 38  |
| Tabela 7 – Tabela de frequências e percentagens a nível da raça dos inquiridos.....                                           | 39  |
| Tabela 8 – Tabela de frequências e percentagens a nível do estado civil dos inquiridos .....                                  | 390 |
| Tabela 9 – Tabela de frequências e percentagens a nível das habilitações literárias dos inquiridos .....                      | 400 |
| Tabela 10 – Tabela de frequências e percentagens relativas ao perfil sociodemográfico dos PS inquiridos .....                 | 411 |
| Tabela 11 – Tabela de frequências e percentagens a nível da ocupação profissional dos inquiridos .....                        | 412 |
| Tabela 12 – Tabela de frequências e percentagens a nível dos anos de experiência profissional dos inquiridos.....             | 423 |
| Tabela 13 – Tabela de frequências e percentagens a nível da ocorrência de acidentes de trabalho.....                          | 434 |
| Tabela 14 – Tabela de frequências e percentagens a nível da quantidade de acidentes de trabalho.....                          | 444 |
| Tabela 15 – Tabela de frequências e percentagens a nível da distribuição dos PS que tiveram AT (local e serviço).....         | 455 |
| Tabela 16 – Tabela de frequências e percentagens a nível do período temporal de ocorrência de AT (horas) .....                | 466 |
| Tabela 17 – Tabela de frequências e percentagens a nível dos turnos onde ocorreram AT .....                                   | 477 |

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 18 – Tabela de frequências e percentagens a nível dos dias da semana com ocorrência de AT .....                                  | 478 |
| Tabela 19 – Tabela de frequências e percentagens a nível dos meses com ocorrência de AT .....                                           | 488 |
| Tabela 20 – Tabela de frequências e percentagens a nível dos anos com ocorrência de AT .....                                            | 49  |
| Tabela 21 – Tabela de frequências e percentagens a nível da notificação de ocorrência de AT .....                                       | 500 |
| Tabela 22 – Tabela de frequências e percentagens a nível do tipo de exposição.....                                                      | 511 |
| Tabela 23 – Tabela de frequências e percentagens a nível do material biológico.....                                                     | 512 |
| Tabela 24 – Tabela de frequências e percentagens a nível das circunstâncias resultantes em AT .....                                     | 523 |
| Tabela 25 – Tabela de frequências e percentagens a nível dos agentes causadores de AT .....                                             | 534 |
| Tabela 26 – Tabela de frequências e percentagens a nível das medidas preventivas de AT .....                                            | 544 |
| Tabela 27 – Tabela de frequências e percentagens a nível da situação vacinal dos acidentados .....                                      | 555 |
| Tabela 28 – Tabela de frequências e percentagens a nível da realização de exames laboratoriais após o AT .....                          | 566 |
| Tabela 29 – Tabela de frequências e percentagens a nível dos resultados dos exames laboratoriais realizados após o AT .....             | 577 |
| Tabela 30 – Tabela de frequências e percentagens a nível dos resultados dos exames laboratoriais realizados ao paciente após o AT ..... | 588 |
| Tabela 31 – Tabela de frequências e percentagens a nível da conduta adotada no momento do AT .....                                      | 59  |
| Tabela 32 – Tabela de frequências e percentagens a nível da evolução do caso do AT .....                                                | 600 |
| Tabela 33 – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e a idade dos PS.....                          | 622 |

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 34 – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e o género dos PS.....                   | 622 |
| Tabela 35 – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e a raça dos PS.....                     | 633 |
| Tabela 36 – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e o estado civil dos PS .....            | 644 |
| Tabela 37 – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e as habilitações literárias dos PS..... | 655 |
| Tabela 38 – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e a ocupação profissional dos PS .....   | 666 |
| Tabela 39 – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e a experiência profissional dos PS..... | 677 |

## **Lista de Abreviaturas**

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**AT** – Acidente de Trabalho

**BO** – Bloco Operatório

**CMI** – Centro Materno-Infantil

**CRM** – Centro de Reabilitação Motora

**CRN** – Centro de Reabilitação Nutricional

**CSMI** – Centro de Saúde Materno e Infantil

**CTA** – Centro de Tratamento Ambulatório

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**ERS** – Equipas Regionais de Saúde

**HMP** – Hospital Militar Principal

**HNSM** – Hospital Nacional Simão Mendes

**HST** – Higiene e Segurança no Trabalho

**INASA** – Instituto Nacional de Saúde Pública

**INE**-Instituto Nacional de estatística

**MINSAP** – Ministério da Saúde Pública

**OIT** – Organização Internacional do Trabalho

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONG** – Organização Não-Governamental

**PNLS** – Programa Nacional de Luta Contra Sida

**PS** – Profissional de Saúde

**PNDStIII**-plano nacional de desenvolvimento sanitária

**PIB**-produto interno bruto

**RGB** – República da Guiné-Bissau

**RH** – Recursos Humanos

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SO** – Saúde Ocupacional

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

**UE** – União Europeia

**UNFPA** – Fundo de População das Nações Unidas

**VHB** – Vírus da Hepatite B

**VHC** – Vírus da Hepatite C

**VIH** – Vírus de Imunodeficiência Humana

## Glossário.

- 1. Ação corretiva:** Ação que visa acabar com qualquer situação não desejável.
- 2. Ação preventiva:** Ação que visa acabar com uma não conformidade ou evitar outra situação.
- 3. Acidente de trabalho:** trata-se de um acontecimento indesejado na prestação de atividade no local de trabalho e capaz de provocar estragos pessoais, ambientais ou materiais, independentemente da gravidade.
- 4. Avaliação do risco:** Identificação, estimativa e valorização dos riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores. Permite a tomada de decisão relativa à mobilização de ações preventivas.
- 5. Controle de riscos:** adoção ou implementação de um sistema de vigilância ou de medidas tendo em vista a redução dos riscos profissionais.
- 6. Doença profissional:** Doença causada por prestação de serviços ou execução de atividades no local de trabalho.
- 7. Incidente:** Acontecimento indesejado que não provoca danos pessoais, ambientais ou materiais.
- 8. Medicina do trabalho:** É uma área médica que objetiva monitorizar o estado de saúde dos trabalhadores.
- 9. Norma:** Especificação técnica proveniente de uma entidade reconhecida, com atividade normativa, cujo cumprimento não é obrigatório.
- 10. Perceção de risco:** Avaliação contínua e subjetiva sobre a possibilidade de ocorrência de danos/consequências negativas.
- 11. Perigo:** É toda aquela situação que constitua uma ameaça, é uma fonte de risco também referido como fator de risco.
- 12. Risco:** É a probabilidade de ocorrência de um acontecimento capaz de provocar estragos e/ou de constituir uma perda ou dano para pessoas, bens materiais e ambiente.

## Introdução

A exposição ocupacional a material biológico ainda permanece como um desafio para as instituições (hospitais) e para os trabalhadores, neste caso fundamentalmente profissionais de saúde (Santos Júnior *et al.*, 2015). De facto, pouco se sabe sobre os dados relacionados com a exposição ocupacional a material biológico, muito menos sobre acidentes de trabalho na Guiné-Bissau, visto que não são notificados no hospital em estudo (Santos Júnior *et al.*, 2015). Tal como ocorre a nível do próprio país, também não existem diretrizes ou normas regulamentadoras nos hospitais, o que pressupõe que não é obrigatória a elaboração de estratégias de prevenção ou de protocolos de abordagem e tratamento para garantir a saúde e segurança dos trabalhadores no seu local de trabalho.

No ambiente hospitalar, em particular nos hospitais da Guiné-Bissau, os trabalhadores com maior risco, são os que dedicam mais horas à prestação de cuidados diretos ao paciente. Além disso, identifica-se uma acumulação de fatores associados no contexto da exposição ocupacional a material biológico, tais como: o uso inadequado dos equipamentos de proteção individual, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e materiais, a falta de informação e formação dos profissionais em Higiene e Segurança do Trabalho (HST) e a frequente persistência de hábitos menos adequados por parte de alguns profissionais de saúde (Lei nº 8/213, de 24 de julho de 1991; Nogueira *et al.*, 2016).

A importância da avaliação da exposição é fundamental para reduzir a ocorrência de um incidente, lesão, doença e acidente, pois estes implicam com frequência a existência de repercussões psicossociais no trabalhador, desencadeando mudanças de comportamento e alterações nas relações sociais, familiares e de trabalho (Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005; Nowak *et al.*, 2013; Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017).

Em todo o mundo, os Profissionais de Saúde (PS) correm o risco de exposição ocupacional às doenças transmitidas através do sangue por meio do contacto com fluidos corporais humanos. Embora existam algumas dezenas de doenças infecciosas transmitidas pelo sangue no contexto da realização das atividades profissionais, a maioria das doenças são causadas por vírus, principalmente: Vírus da Hepatite B (VHB), Vírus da Hepatite C (VHC) e Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH).

No entanto, outras patologias transmitidas pelo sangue ainda representam um risco, por exemplo: no surto de doença do vírus de Ébola em África, entre 2013 e 2016, mais



de 890 profissionais de saúde foram contaminados, verificando-se uma taxa de letalidade de 57%. A exposição ocupacional pode ocorrer devido a uma lesão percutânea (por exemplo, a agulha ou objeto perfurocortante que penetra na pele), à exposição da membrana mucosa (olhos, nariz ou boca) e à exposição da pele não intacta. As lesões percutâneas são responsáveis por 66 a 95% das exposições ocupacionais de doenças transmitidas pelo sangue (Auta *et al.*, 2017).

Os agentes patogénicos que são frequentemente encontrados nos casos de lesões percutâneas no ambiente ocupacional dos PS são o VHB, o VHC e o VIH (Santos Júnior *et al.*, 2015; Nogueira *et al.*, 2016). É certo que os profissionais de saúde podem contrair outras infeções por via percutânea, tais como: a doença de Creutzfeld-Jakob, tuberculose, malária, difteria, infeções bacterianas locais, vírus de Ébola, doença pelo vírus Epstein-Barr, entre outras, apesar de estas serem as que apresentam maior impacto quando associadas a esta via de exposição, a OMS estima que, a cada ano, 304.000 PS estejam expostos a pelo menos uma picada com uma agulha contaminada pelo VHB, 149.000 pelo VHC e 22000 pelo VIH1. Se listamos o estudo aos países, definidos como EUR A (Andorra, Alemanha, Áustria, Bélgica, Croácia, Dinamarca, Estónia, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Portugal, Reino Unido, Republica Checa, San Marino, Suécia, Suíça), estima-se que, por ano, 43.000 exposições ao VHB, 16.000 ao VHC e 9.400 ao VIH 1 e 2. A mesma pesquisa acrescenta que, entre 2000 e 2030, na sequência de lesão percutânea em PS venham a ocorrer, a nível planetário, 66.000 infeções por VHB resultando em 261 mortos, 16000 infeções com VHC originando em 142 mortes e 1000 infeções por VIH culminando em 738 mortes (Luís Mendonça-Galaio, António Sousa Uva e Ema Sacadura-Leite, 2014).

Dadas as consequências das infeções transmitidas pelo sangue, muitos dos países desenvolvidos implementaram várias medidas de prevenção e sistemas de vigilância, com o intuito de monitorizar a exposição a fluidos corporais em ambientes hospitalares. Estes sistemas acabam por alertar os decisores para a necessidade de elaboração de estratégias específicas que objetivem a redução do risco de transmissão das doenças transmitidas pelo sangue. Em muitos países africanos, tais sistemas não estão implementados e as complicações derivadas da exposição aos fluídos corporais dificilmente são monitorizadas.

Em 2001, um estudo efetuado pelo Escritório Regional Africano da OMS, comprovou a falta de serviços de saúde Ocupacional na Região, apesar das várias Resoluções da

Assembleia Mundial da saúde. Dos países onde foi realizado o estudo, 63% efetuaram a gestão de riscos, 41% prestaram informações ou tiveram notificação e educação, 26% realizaram exames médicos em saúde Ocupacional a colocação no trabalho. (OMS-Africana,2002).

No caso da Guiné-Bissau, sobre tudo no HNSM é difícil estimar o número exato dos casos de AT, principalmente nos profissionais que contraíram uma ou várias infeções no ambiente hospitalar, quer devido a exposição ocupacional, quer por falta de políticas da vigilância do fenómeno, ausência de registos e de medidas preventivas, como a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Existe, no entanto, um risco elevado de contrair doenças infecciosas que também são sexualmente transmissíveis, sobretudo o VHB, VHC, VIH, entre outras.

Portanto, partindo deste diagnóstico constata-se a necessidade de avaliar para mudar no cenário atual. Assim, o presente estudo centra-se nos profissionais de saúde do maior centro hospitalar da Guiné-Bissau, o Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), e tem como objetivo principal identificar o perfil epidemiológico ocupacional dos profissionais de saúde do HNSM que tiveram acidentes de trabalho com exposição a material biológico nos últimos cinco anos.

Para tal, a presente dissertação encontra-se organizada em diferentes capítulos, reunindo a informação do seguinte modo:

- **Capítulo 1** - Trata-se da fase concetual onde são abordadas as questões relacionadas com o Sistema Nacional de Saúde (SNS), o contexto histórico da política do SNS da Guiné-Bissau, assim como a atual organização do SNS. Apresentam-se alguns aspetos da saúde ocupacional, dos riscos profissionais em ambiente hospitalar e dos principais elementos do diagnóstico e gestão do risco em saúde ocupacional;
- **Capítulo 2** - Delineamento da metodologia, incluindo o trabalho de campo e os objetivos (Gerais e Específicos). É apresentada a forma de seleção da população e os métodos utilizados para realizar o estudo empírico. É apresentada a forma de recolha de dados (questionário), assim como os procedimentos de análise documental, observação de campo e métodos de análise estatística dos dados. São referidas as questões éticas;
- **Capítulo 3** - Resultados. É efetuada a caracterização do hospital em estudo, da organização de trabalho, dos profissionais de saúde do HNSM,

do perfil de exposição a material biológico resultante em acidente de trabalho e dos procedimentos após o acidente;

- **Capítulo 4** - Discussão dos resultados obtidos;
- **Capítulo 5** – São apresentadas as considerações finais do estudo.

# 1. Enquadramento teórico

## 1.1. Caracterização do SNS da Guiné-Bissau e sua organização (PNDSIII,2018-2022).

O SNS da Guiné-Bissau inclui o setor governamental (público) e não-governamental (privado). No que concerne à prestação de cuidados de saúde, as diversas características da população constituem um importante determinante para o desenvolvimento do perfil de saúde nas diferentes comunidades.

Para transmitir a ideia da organização do sistema de saúde guineense é fundamental ter noção da organização do mapa sanitário dos setores de prestação de cuidados de saúde. O setor público, patrimonial, contratual e operacionalmente na dependência direta do estado, é constituído pelo: SNS sob direção do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), o serviço de saúde Militar na dependência do Ministério da Defesa e o serviço de saúde prisional sob dependência do Ministério da Justiça.

O setor convencional pertence à igreja católica/evangélica, a qual assume o património, tecnológico ou Organização Não-Governamental (ONG), e o estado responsabiliza-se por colocar recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir.

O setor privado, por sua vez, é constituído por clínicas com internamento, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e postos de vendas de medicamentos sem vínculos patrimonial ou contratual ao estado. Quanto ao setor tradicional, este ainda se encontra por caracterizar.

O SNS Guineense divide-se em três níveis distintos: local ou serviço de primeiro contacto/comunitário, regional ou nível secundário dos cuidados de saúde e central ou serviço de nível terciário ou nacional.

**Nível de Base:** é o nível local ou serviço de primeiro contacto/comunitário, englobando as unidades de saúde de base, asseguradas pelos agentes de saúde comunitários e parteiras tradicionais que formam o grande número de estruturas de prestação de cuidados de saúde. Ainda a nível de primeiro contacto, existem os centros de saúde designados tipo A, B e C, o que os distingue quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos centros de saúde A). Podem ainda ser classificados em rurais e urbanos. Os centros de saúde são geridos pelas equipas técnicas e pelos comités de gestão. A sua área de cobertura é estendida através das equipas móveis da estratégia avançada. Existem

ainda 4 tipos de centros especializados: Centro de Tratamento Ambulatório (CTA), do Programa Nacional de Luta Contra SIDA (PNLS), Centro de Reabilitação Nutricional (CRN), Centro Materno-Infantil (CMI) e no Centro Mental..

Na Guiné-Bissau, e até à presente data, existem 123 centros de saúde, entre os quais 7 do tipo A (com mais de 1 médico), 8 do tipo B (com 1 médico) e 108 de tipo C (sem médico, mas com enfermeiros/as). O raio de acessibilidade geográfica assumida até à presente data é de 5km. Com base nestes critérios, 66% da população não terá possibilidade de acesso geográfico aos serviços de cuidados de saúde, o que significa que a maioria da população vive muito longe da estrutura de prestação de cuidados mais próximos.

**Nível regional:** encontram-se os hospitais regionais, Direções Regionais de saúde e as Equipas Regionais de Saúde (ERS). Neste momento existem 5 hospitais regionais em funcionamento (hospital de Bafatá, Hospital de Gabú, Hospital de Canchungo, Hospital de Cátio e Hospital de Mansoa), com casas de mães apoiadas pelas Cáritas e pelo projeto H4+, através do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), que pretende desenvolver a saúde materna e neonatal. Este nível é responsável pela análise da situação regional e pela previsão do plano estratégico a curto, médio e longo prazo da região sanitária (recursos humanos - RH-, materiais e financeiros) (Tabela 1).

Em suma, este nível é responsável pela definição das grandes orientações para o nível local ou comunitário sobre as prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, pela programação ao curto, médio e longo prazo e pelo seguimento e avaliação.

**Tabela 1 – situação regional do plano estratégico a curto, médio e longo prazo da região sanitária (MINSAP,2021)**

| Região Sanitária | População | Médicos | Rácio | Enfer. | Rácio | Part. | Rácio | Lab. | Rácio |
|------------------|-----------|---------|-------|--------|-------|-------|-------|------|-------|
| Bafatá           | 243398    | 33      | 01,36 | 181    | 07,44 | 45    | 01,85 | 14   | 00,58 |
| Biombo           | 69137     | 38      | 05,35 | 126    | 18,22 | 20    | 02,89 | 22   | 03,18 |
| Bijagós          | 29331     | 15      | 05,11 | 120    | 40,91 | 08    | 02,73 | 09   | 03,07 |
| Bolama           |           |         |       |        |       |       |       |      |       |
| Cacheu           | 190059    | 38      | 02,00 | 210    | 11,05 | 27    | 01,42 | 17   | 00,89 |
| Gabu             | 248661    | 34      | 01,37 | 205    | 08,24 | 37    | 01,49 | 13   | 00,52 |
| Farim            | 213299    | 26      | 01,22 | 196    | 09,19 | 21    | 00,98 | 13   | 00,61 |
| Oio              |           |         |       |        |       |       |       |      |       |
| Quinara          | 66158     | 20      | 01,02 | 109    | 16,48 | 09    | 01,36 | 12   | 01,81 |
| Tombali          | 126200    | 26      | 02,06 | 149    | 11,81 | 10    | 00,79 | 08   | 00,63 |

| Região Sanitária        | População      | Médicos    | Rácio        | Enfer.      | Rácio         | Part.      | Rácio           | Lab.       | Rácio        |
|-------------------------|----------------|------------|--------------|-------------|---------------|------------|-----------------|------------|--------------|
| SAB ou Cidade de Bissau | 740208         | 274        | 3,70         | 976         | 13,19         | 75         | 01,01           | 141        | 01,90        |
| <b>TOTAL</b>            | <b>1926451</b> | <b>504</b> | <b>23,19</b> | <b>2272</b> | <b>136,53</b> | <b>252</b> | <b>13,16136</b> | <b>249</b> | <b>13,19</b> |

**Legenda:** Enfer. – Enfermeiros; Part. – Parteiras; Lab. – Laboratórios.

**Nível central ou serviço de nível terciário/nacional:** encontram-se o MINSAP, sob tutela do Ministro, do Secretário de Estado, do Secretário-Geral, as três Direções Gerais, direções nacionais, programas nacionais, o HNSM e os centros de saúde de referência nacional, nomeadamente: o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora Dr. Ernesto Moreira. Os doentes têm acesso direto aos serviços de prestação de cuidados (urgência ou ambulatório).

Em relação aos RH, e de acordo com as áreas sanitárias da Guiné-Bissau, estes encontram-se distribuídos conforme representado na Tabela 2, sendo que tal distribuição tem por base os RH existentes nessas mesmas áreas sanitárias e os seus rácios (Taxa de profissionais \*10000 habitantes).

Outras instituições públicas de saúde existentes na Guiné-Bissau, e com os seus respetivos RH, são: o HNSM, o Hospital Militar Principal (HMP), o Centro de Saúde Materno e Infantil (CSMI), o Centro de Reabilitação Motora (CRM), o Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), o MINSAP e o Hospital Raoul Follereau.

**Tabela 2 – Distribuição de RH nas instituições públicas da Guiné-Bissau (MINSAP,2021)**

| Outras instituições      | Médicos Especialistas | Médicos Clínicos Gerais | Total      | Enfermeiros | Parteiras | Técnicos Laboratório | Total       |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------|------------|-------------|-----------|----------------------|-------------|
| HNSM                     | 14                    | 165                     | 179        | 546         | 39        | 53                   | 817         |
| HMP                      | 0                     | 18                      | 18         | 51          | 5         | 5                    | 79          |
| CSMI                     | 1                     | 6                       | 7          | 20          | 0         | 3                    | 30          |
| CRM                      | 0                     | 1                       | 1          | 3           | 0         | 0                    | 4           |
| INASA                    | 1                     | 6                       | 7          | 9           | 0         | 42                   | 58          |
| MINSAP                   | 1                     | 23                      | 24         | 24          | 3         | 0                    | 51          |
| Hospital Raoul Follereau | 0                     | 7                       | 7          | 29          | 0         | 8                    | 44          |
| <b>TOTAL</b>             | <b>17</b>             | <b>226</b>              | <b>243</b> | <b>682</b>  | <b>47</b> | <b>111</b>           | <b>1083</b> |

A distribuição total geral dos RH existentes no âmbito da saúde (tabela 3), bem como a população em geral à qual devem prestar os cuidados de saúde, é a seguinte:

**Tabela 3** – Distribuição total geral dos RH existentes nas instituições de saúde da Guiné-Bissau e da população em geral (MINSAP,2021)

|                                                    | Total   |
|----------------------------------------------------|---------|
| <b>População</b>                                   | 1926451 |
| <b>Médicos Especialistas</b>                       | 18      |
| <b>Médicos Clínicos Gerais</b>                     | 503     |
| <b>Enfermeiros</b>                                 | 2272    |
| <b>Parteiras</b>                                   | 252     |
| <b>Técnicos de Laboratório e Análises Clínicas</b> | 239     |
| <b>Total de Profissionais de Saúde</b>             | 3284    |

#### **1.1.1. Breve contextualização da República da Guiné-Bissau (INE,2017)**

A República da Guiné-Bissau (RGB) é um país que está situado no oeste do continente africano, que faz fronteira com Senegal ao Norte, com Guiné-Conakry ao Sul e ao Leste e com o oceano Atlântico a Oeste e na componente insular, com 88 ilhas, correspondente a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até setembro de 1974, ano em que alcançou a sua independência. A Guiné-Bissau tem uma área de 36.125 Km quadrado, com uma população estimada de 1926451 habitantes, constituída pelas 11 etnias que são: maioria Balantas com cerca de 27%, Fulas cerca de 23%, Mandingas com 12%, Manjacos de Cacheu 11%, Papeis de Bissau 10%, e em minoria os Felupes, Baiotes, Mancanhas ou Brames, Biafares, Nalus e os Bijagós (INE,2017).A Guiné-Bissau administrativamente esta dividida ou organizada em 8 (oito) regiões e por 1 (um) sector autónimo, as regiões por sua vez estão organizadas ou divididas em sectores (37 sectores no total) e estes são divididas em secções, que são divididas também em tabancas ou aldeias. Também importa referir que na Guiné-Bissau o índice populacional é aproximadamente de 43,35 habitantes por Km quadrado, com seguintes estruturas etárias:

- 1) 0-14 Anos que corresponde a 43,44 %.
- 2) 15-64 Anos que corresponde a 54,50%.
- 3) +65Anos que corresponde a 2,06 %.

A população da Guiné-Bissau é cateterizada por uma população jovem, sendo que 54% da população tem menos de 15 anos de idade (Santos Júnior et al,2015), com índice de desenvolvimento humano de 0,424 (178% baixo) entre 183 países, cuja esperança de

vida é de 56,31 anos para os homens, 60,21 para as mulheres e ao nascer de 58,32 anos (até 2019). A religião com maior predominância é Animistas, com 44,9%, Islâmica (Sunitas) com 41,9%, Cristãos com 11,9%, outras religiões (incluindo ateus) com 1,3 %. A Guiné-Bissau tem um sistema de governação Semipresidencialista, com a taxa de analfabetismo de 34,4%, a taxa de crescimento anual de 2,2%, com PIB anual de 1,254ME, menos de 2,4 %, a unidade monetária é franco CFA, BCEAO (xo), e 1euro corresponde a 655,957 xof (INE,2017). Em termos da administração sanitária está dividido em 11 regiões sanitárias.

Até 2015,o País registou indicadores demográficos que demonstram uma tendência decrescente na taxa de mortalidade, mas também na taxa de natalidade e no índice de fecundidade, não existindo atualizações mais recentes.

### **1.1.2. Breve síntese do sistema de saúde da Guiné-Bissau (PNDSIII,2018-2022).**

As linhas de orientação política nacional, e a nível do desenvolvimento sanitário em particular, estão identificadas como sendo as seguintes:

- A saúde como “bem-estar”, pressupondo o acesso universal a cuidados primários de saúde de qualidade e com equidade;
- A descentralização progressiva das estruturas de tomada de decisões;
- A autonomização das estruturas e a contratualização dos prestadores de cuidados com vista a garantir uma melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde;
- A participação comunitária no financiamento e gestão dos serviços de saúde;
- O desenvolvimento de uma política de RH;
- O desenvolvimento de parcerias e de colaborações intersectoriais;
- E a valorização da medicina tradicional (curandeiros).

Ao longo dos últimos anos, vários documentos foram redigidos no sentido de complementar e especificar as orientações da política nacional de saúde, nomeadamente no âmbito das seguintes áreas de atuação:

- 1) Política nacional de saúde reprodutiva;
- 2) Política nacional de prevenção do paludismo nas grávidas;
- 3) Política nacional de tratamento do paludismo;



- 4) Política de vacinação e de segurança de injeção;
- 5) Plano nacional de alimentação e nutrição;
- 6) Política nacional de transfusão sanguínea;
- 7) A política nacional de saúde ocupacional/Medicina de trabalho que quase, é invisível no sistema de saúde guineense consiste numa área estratégica do setor de saúde da Guiné-Bissau, visto que a maioria dos utentes do SNS são, de facto, os funcionários públicos da Guiné-Bissau.

### **1.1.3. Organização hospitalar.**

O hospital é o local onde se recebem pessoas que necessitam de prestação de cuidados, alojamento e hospedaria (Graça, 1994). Assim sendo, estas instituições de prestação de cuidados apresentam unidades com organizações muito complexas, no sentido de cuidarem da saúde das pessoas da melhor forma possível. Nos hospitais encontram-se muitos serviços com missões distintas, independentemente da sua dimensão. Além disso, são também instituições multifuncionais a nível de RH e de materiais, respondendo a questões relacionadas com a política sanitária, administrativa e de empregabilidade, gerindo todos os RH que desempenham as suas funções no SNS. A organização interna e a governação dos serviços hospitalares vigentes não sofreram muitas mudanças desde o período de pós-guerra colonial portuguesa, sobretudo a nível da legislação, da estruturação e da construção de infraestruturas hospitalares a nível nacional, tendo em consideração que o SNS Guineense de agora é o mesmo deixado pela colónia portuguesa.

A heterogeneidade dos profissionais de saúde nas diferentes áreas, bem como a constante evolução tecnológica influenciam, e de forma bastante decisiva, a saúde e a segurança do trabalho em meio hospitalar, objetivando-se que estas instituições se tornem no especial foco dos serviços de saúde ocupacional. Contudo, esta complexidade, e sobretudo no ambiente das instituições hospitalares, é mais elevada nas situações que podem aumentar o risco de ocorrência de acidentes de trabalho.

De facto, no ambiente hospitalar existe um risco elevado para os trabalhadores, e no caso da Guiné-Bissau, onde se fala pouco de saúde ocupacional, tal é especialmente importante devido às seguintes situações, que aumentam significativamente o risco de ocorrência de acidentes de trabalho: a mobilização de doentes (caso tenham mobilidade limitada e/ou sejam obesos), o risco de exposição a agentes patogénicos, a assistência

perante problemas psiquiátricos, entre outras situações, que colocam a saúde do PS em causa.

Para além dos riscos referidos, o trabalho em hospital ainda engloba outros fatores que contribuem para o risco elevado de ocorrência de acidentes de trabalho, nomeadamente o trabalho por turnos e turnos longos, que aumenta tanto a mobilidade como a incidência de doenças psiquiátricas nos profissionais de saúde, especialmente nos serviços com maior fluxo de atendimento, com RH e recursos materiais insuficientes e deficitários no que diz respeito à segurança durante a prestação dos cuidados de saúde.

#### **1.1.4. Organização do trabalho**

No ambiente hospitalar a organização do trabalho varia de acordo com a abordagem usada, estando também dependente da própria variabilidade das tarefas a desenvolver e da existência de equipas multifuncionais, que englobam diversos profissionais com áreas de conhecimento diferentes, sobretudo no setor da saúde. No entanto, é importante acrescentar que os profissionais que desempenham outras funções em instituições de saúde, relacionadas, por exemplo, com as áreas da Engenharia e da Gestão/Administração, também estão expostos a diferentes tipos de fatores de risco. Assim sendo, a própria importância dos serviços de saúde ocupacional, a sua dimensão e os seus recursos dependem do tipo de hospital e do número de funcionários que nele trabalham.

Por fim, conhecer o trabalho também é fundamental para a sua organização. De acordo com Leplat (2000), a situação de trabalho pode ser dividida com base em três níveis distintos, a saber:

- Com base nas condicionantes da atividade a desenvolver, a qual pressupõe que cabe ao trabalhador a responsabilidade de a desempenhar até atingir os objetivos definidos pela instituição;
- Com base na atividade, sendo que também engloba a resposta do trabalhador a nível do desenvolvimento da tarefa, cumprindo o tempo e o espaço exigidos pela instituição;
- E com base nas consequências das atividades, fundamentalmente relacionadas com o trabalhador, no que respeita à sua saúde e segurança, e com a própria instituição, no que concerne aos resultados quantitativos e qualitativos.

## 1.2. Saúde ocupacional

A Saúde Ocupacional (SO), também designada como segurança e saúde do trabalho, tem uma definição ampla e envolve todos os aspetos da saúde e do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores. Por conseguinte, a SO vai muito além da prevenção das doenças relacionadas com o trabalho, pois envolve vários aspetos do bem-estar dos Profissionais de Saúde. De acordo com a Comissão Conjunta da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (Dement *et al.*, 2004), a SO tem como objetivo criar um ambiente de trabalho saudável, confortável e seguro, adaptando o trabalho aos próprios trabalhadores (Miranda *et al.*, 2017) com o intuito de garantir um trabalhador saudável, ativo e produtivo, sem doenças naturais ou ocupacionais, sem acidentes de trabalho e apto/motivado para o exercício da sua atividade profissional, de forma satisfeita, permitindo o melhor desenvolvimento profissional do trabalhador.

De acordo com Miguel (2014), a OIT e a OMS definiram, no ano de 1995, os seguintes objetivos no âmbito da SO:

- a) A promoção e manutenção do mais alto nível de bem-estar físico, mental e psicossocial dos trabalhadores;
- b) Prevenção de desvios da saúde causados pelas condições de trabalho;
- c) Proteção dos trabalhadores contra os riscos resultantes dos fatores nocivos para a saúde;
- d) Colocação e manutenção do trabalhador em função das suas capacidades;
- e) Melhorias das condições de trabalho, para as tornar compatíveis com a saúde e segurança;
- f) Avanço de culturas empresariais e de organização de trabalho que promovam um clima social positivo, favorecendo a melhoria da produtividade.

A SO é uma área de intervenção multissetorial que pretende garantir o melhor estado de saúde e segurança dos trabalhadores em todos os setores de atividade, designadamente através de um efetivo sistema de vigilância da saúde, assim como e ainda promoção de saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho (Gerberding *et al.*, 1987).

Em relação à prevenção e à promoção da saúde do trabalhador, há uma necessidade de participação de todos os trabalhadores, bem como de uma interação entre várias

áreas (HST, Ergonomia, Psicologia, Sociologia e Medicina do Trabalho) (Gerberding *et al.*, 1987), sem descurar outras especialidades.

Segundo a Declaração de Luxemburgo, sobre a promoção da saúde no local de trabalho na União Europeia (UE), e com o propósito de alcançar a meta de “pessoas saudáveis em organizações saudáveis”, existem 4 princípios que devem ser seguidos:

- O envolvimento de todos os trabalhadores;
- A integração da promoção da saúde em todas as áreas da organização;
- A metodologia de projeto, que implica a análise de necessidades, o estabelecimento de prioridades, a implementação e controlo contínuo ou avaliação e gestão do risco;
- E, por fim, a articulação, que compreende medidas orientadas para as pessoas e ambiente, bem como a integração de planos de redução de riscos e desenvolvimento de fatores de proteção e de promoção da saúde nos trabalhadores.

A medicina do trabalho tem um papel relevante na redução da prevalência das doenças profissionais, bem como das suas consequências, que nos últimos anos têm estado a aumentar de forma preocupante (Paz; Santos; Lautert, 2014).

Os médicos da área da medicina do trabalho têm a responsabilidade de vigilância e acompanhamento da saúde dos trabalhadores expostos aos fatores de risco, assim como contribuir para a prevenção da exposição aos fatores de risco durante o desenvolvimento das atividades profissionais (Miranda *et al.*, 2017). Além disso, estes médicos têm também a responsabilidade de promover a saúde e o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, tendo em consideração vários aspetos individuais, tais como: a idade, género, doenças crónicas, estilos de vida e o estado imunológico, sem descurar a relação com a parte prática do trabalho, associada também à exposição aos fatores de risco existentes (Klatt, 2002; Ibekwe; Ibeziako, 2006; Leavy, 2017).

Por conseguinte, as instituições devem planear as estratégias de prevenção e de gestão dos riscos, com o envolvimento dos trabalhadores, para além de reconhecerem a importância e a relevância da sua existência e implementação (Smith *et al.*, 2001).

De acordo com Chiavenato (1999), a falta, ou desadequação, do serviço de SO provoca um crescimento do absentismo laboral, da improdutividade e dos custos relativos aos acidentes de trabalho, sobretudo com as seguradoras. Assim, um serviço de SO equilibrado, e que responda às necessidades das organizações, garantirá uma melhoria

dos indicadores referidos. Nesta lógica, a OIT recomenda que os países, os Governos, as Instituições e os trabalhadores procedam a investimentos na área da SO, apostando na promoção e na prevenção de riscos nos locais de trabalho, dado que estas medidas podem contribuir para a concretização dos objetivos a nível do desenvolvimento sustentável constantes na agenda 2030 (Santos Júnior *et al.*, 2015).

A OMS também refere que os serviços de SO são escassos, ou inclusive inexistentes, nos países em desenvolvimento, sobretudo em África, onde as fábricas e o setor agrícola não investem na prevenção dos acidentes de trabalho, nem das doenças profissionais.

Relativamente aos ambientes hospitalares, e ainda de acordo com a OMS, os serviços de SO devem empenhar-se na eliminação dos fatores de risco e dos riscos profissionais, com um tratamento do lixo hospitalar periódico, investigações recorrentes às infeções hospitalares e análises às causas dos AT, promovendo, também, o cumprimento das normas que visam a formação de equipas de PS em SO nos hospitais, e melhorando a legislação vigente sobre a saúde dos trabalhadores.

Apesar do desenvolvimento de um plano nacional de SO enquanto pilar basilar para a qualidade, competitividade e inovação de qualquer instituição, especialmente nos hospitais, com o intuito de garantir, de igual modo, a sustentabilidade do emprego em Portugal, bem como para aumentar a qualidade de vida, da saúde e do bem-estar dos trabalhadores, das suas famílias e da sociedade em geral ser algo possível e desejável (Cunha *et al.*, 2006), tal feito está ainda longe de ser uma realidade no continente Africano, nomeadamente devido à falta de reconhecimento da importância do papel da SO no desenvolvimento socioeconómico designadamente na Guiné-Bissau.

Nesta lógica, nos últimos anos as estratégias e políticas internacionais (Portaria nº 939, de 18 de novembro de 2008; Santos Júnior *et al.*, 2015; Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017) e portuguesas (Caetano, 1993; Cunha *et al.*, 2006) sobre a SO pretenderam elevar o nível da literacia e, conseqüentemente, do reconhecimento dos fatores de risco e da compreensão dos riscos como elementos importante para as práticas com sucesso da cultura de promoção da saúde e da segurança (Santos Júnior *et al.*, 2015), nomeadamente a nível das instituições/hospitais.

Por conseguinte, e tendo em consideração a importância dos PS na promoção, prevenção e prestação dos cuidados de saúde à população em geral, o lema da OMS, no âmbito da celebração do 73º aniversário, foi “proteger, investir e juntos”, chamando também especial atenção para a necessidade de proteger e investir na formação dos

trabalhadores da área da saúde, especialmente em prol dos serviços da área, dos empregos, das oportunidades económicas e da sua igualdade. Contudo, esta iniciativa também não descarta um apelo aos governantes de todo o mundo, bem como às entidades empregadores, especialmente aos hospitais, a investirem na criação e organização de serviços de SO (Sepkowitz, 1996a). Além disso, é também importante que estas entidades aloquem os RH, os EPI e os recursos financeiros necessários para garantir o funcionamento mínimo dos serviços de SO e consoante os riscos profissionais existentes as prioridades estabelecidas (Sepkowitz, 1996b).

Neste sentido, e considerando todos os cenários necessários para compreender as etapas e recursos exigidos pela avaliação e gestão de risco de acidentes de trabalho, e pela prevenção e redução das suas consequências negativas (subdesenvolvimento social e económico de um país) em relação às doenças e aos acidentes ligados ao trabalho, é fundamental que a Guiné-Bissau desenvolva os seus serviços de SO.

### **1.2.1. Riscos profissionais**

Os riscos profissionais fazem parte de qualquer atividade profissional e variam em função da atividade desenvolvida, da profissão e das características individuais do trabalho (Gerberding *et al.*, 1987), independentemente da sua gravidade. Assim, pode-se referir que dentro de cada uma das atividades profissionais existem grupos de risco acrescido.

Para Sacadura-Leite *et al.* (2014), o risco está associado à possibilidade de ocorrência de um efeito adverso na saúde do trabalhador, resultando da exposição a um ou a múltiplos fatores de risco durante a prática da sua atividade profissional. Os mesmos autores também referem que o risco remete para efeitos adversos na saúde, resultantes da exposição a diversos fatores, podendo ser divididos em três categorias distintas, a saber:

- A doença profissional e o acidente de trabalho onde um ou mais fatores de risco existentes no ambiente de trabalho ocupam um papel importante para a sua etiologia;
- A doença relacionada com a atividade profissional, em que o fator profissional não tem um caráter decisivo, mas contribui com um ou mais fatores para o desenvolvimento da doença;
- A doença agravada pelo trabalho, em que o fator de risco não está na etiologia, mas contribui para a sua complicação e/ou prevalência. Assim, as

interpretações relativas ao risco acabam por dificultar a sua gestão nas instituições (Lei nº 8/213, de 24 de julho de 1991).

De acordo com Cabete (2000), os profissionais de saúde, pela forma de realização da sua atividade profissional, encontram-se sujeitos a diferentes riscos, derivados da exposição a fatores de risco biológicos, químicos, físicos e relacionados com a atividade. A mesma autora considera que os profissionais de saúde se encontram sujeitos, e independentemente do risco profissional, a uma importante situação de penosidade devido à componente psicológica, originada, por exemplo, pelo trabalho por turnos e pelo contacto com a dor e com a morte, aliados à elevada responsabilidade por um trabalho frequentemente insalubre, sendo que as condições de HST não controlam, com a frequência devida, a exposição a agentes infecciosos, devido essencialmente à falta de manutenção dos sistemas de ventilação ou à incapacidade de atuar nos casos de trabalho domiciliário.

#### **1.2.1.1. Fatores de risco e riscos (micro) biológicos.**

Durante a prestação de cuidados, os profissionais de saúde têm uma grande probabilidade de sofrer lesões resultantes da exposição ou contacto com agentes biológicos. Segundo Rodrigues *et al.* (2003), os fatores de risco biológico estão associados a organismos capazes de provocar infeções, alergias ou intoxicações, tal como é o caso as bactérias, fungos e vários vírus.

Já de acordo com a Diretiva 2000/54/CE, publicada pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho Europeu a 18 de setembro de 2000 e relativa à proteção dos trabalhadores contra riscos ligados à exposição a agentes biológicos, os riscos biológicos estão associados a bactérias, vírus, fungos patogénicos, fungos geneticamente modificados, culturas de células e endoparasitas humanos, suscetíveis de causar infeções, alergias ou toxicidade no corpo humano. De facto, estes agentes biológicos estão devidamente enumerados de acordo com a probabilidade de causarem doenças, tendo sido organizados em quatro grupos distintos na Portaria nº 1036/98, de 15 de dezembro de 1998.

Relativamente às atividades hospitalares, a exposição profissional pode ocorrer em várias situações e atividades, envolvendo agentes e situações que culminam em diferentes riscos e de acordo com os serviços e com características específicas.

Segundo o 6º inquérito europeu das condições de trabalho, realizado no ano de 2015, a exposição a agentes biológicos relacionada com a atividade profissional, e

especialmente no âmbito dos serviços de prestação de cuidados de saúde, veterinários, agrícolas, laboratoriais e de gestão das águas residuais, ocorreu devido a contactos frequentes com microrganismos e fluídos corporais, ou com o próprio solo, resultando em várias alterações na saúde e no bem-estar (físico, mental e social) dos profissionais, incluindo, em alguns casos, doenças infecciosas, alergias e cancro.

Entre as principais infeções adquiridas no desenvolvimento das atividades profissionais destacam-se o VHB, o VHC e o VIH/SIDA, que foram reconhecidos como sendo um risco profissional para os PS, estando associados a diferentes tipos de exposição ocupacional, como é o caso da exposição percutânea e da mucocutânea (Wormser; Joline; Duncanson, 1984; Gerberding *et al.*, 1987; Ann *et al.*, 2008).

Já Dement *et al.* (2004) preconizam que os ferimentos com agulha, entre outros, colocam os Profissionais de Saúde em risco de várias infeções transmitidas pelo sangue infetado por agentes patogénicos, podendo resultar num efeito adverso para a saúde dos profissionais em questão ou contribuindo para aumentar a probabilidade de risco de doenças futuras.

Em 2003, a OMS realizou uma pesquisa cujo objetivo era estimar a morbilidade, a nível geral, da infeção por VHC, VHB e VIH, relacionada com as picadas de objetos perfurocortantes nos PS e no contexto da sua profissão. Mais concretamente, este estudo teve em consideração a probabilidade de ocorrência de lesão percutânea de 0,2 a 4,7 picadas por ano em cada profissional de saúde, as taxas de infeção existentes na população ou por país, a suscetibilidade individual do profissional e a possibilidade de transmissão de agentes infecciosos por via percutânea (OMS, 2003).

Em geral, a OMS (2003) estimou que a cada ano 304.000 PS estão expostos a, pelo menos, uma picada por uma agulha contaminada com o VHB, 148.000 PS estão expostos a uma picada por uma agulha contaminada com o VHC e 22.000 PS estão expostos a uma picada por uma agulha contaminada com o VIH. Apesar de esta pesquisa se limitar a alguns países da Europa, foi estimado que, por cada ano, existem 43.000 exposições ao VHB, 16.000 exposições ao VHC e 9.400 exposições ao VIH (Santos Júnior *et al.*, 2015; Nogueira *et al.*, 2016).

Além disso, a OMS (2003) também salientou que entre 2000 e 2030, e na sequência de lesões percutâneas, o PS podem sofrer cerca de 66.000 contaminações por VHB, que resultará em 261 mortes, de 16.000 contaminações por VHC, que resultará em 142 mortes, e 1.000 infeções por VIH, que resultará, por sua vez, em 736 mortes.



Entre 2009 e 2010, em Portugal a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) registou 11.906 acidentes de trabalho em contexto hospitalar, dos quais 10.985, que correspondem a 92,3%, ocorreram em hospitais e 5.319, correspondendo a 44,7%, ocorreram na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Lei nº 8/213, de 24 de julho de 1991). O maior motivo para a ocorrência de AT foi a picada por agulhas, que corresponde a 3.255 acidentes (27,3%), seguido pelas quedas, que corresponde a 2.765 acidentes (23,2%) e pelos esforços e demasiados movimentos incorretos, que correspondem a 2.101 acidentes (17,6%). Já no estudo conduzido em 2014, a ACSS registou 7.573 AT, sendo que 22,9% foram causados por picadas de agulhas e 22,3% foram causados por quedas.

A pesquisa realizada por Sacadura-Leite *et al.* (2014), entre 2008 e 2010 num hospital central, objetivou a caracterização dos AT ocorridos, especialmente relacionados com agentes biológicos e num universo de 5.000 PS e facto, os autores concluíram que se registaram 1.316 AT durante esse espaço temporal, sendo que 531 acidentes (40,4%) foram AT com riscos biológico, enquanto 108 acidentes com (3%), estando devidamente comprovada a sua etiologia (doente-fonte).

Assim, e de acordo com Auta *et al.* (2017), a exposição ocupacional ocorre quando o profissional se encontra perante diversos fatores de risco, como, por exemplo, quando ocorrem lesões percutâneas (através de uma agulha ou um objeto pontiagudo, que penetram na pele), quando há um contacto com um agente infeccioso através de uma membrana mucosa (por exemplo, dos olhos, do nariz ou da boca) e quando existe uma exposição na pele não intacta. Porém, as lesões percutâneas correspondem a cerca de 66% a 95% das exposições ocupacionais a agentes patogénicos transmitidos pelo sangue (Prüss-Ustün; Rapiti; Hutin, 2005). Já outros estudos, como os que foram conduzidos por Tarantola, Abiteboul e Rachline (2006), Dement *et al.* (2004) e Sepkowitz (1996a, 1996b), demonstraram que cerca de 60 doenças infecciosas transmitidas pelo sangue resultaram da exposição ocupacional, estando diretamente associadas ao VIH/SIDA.

Segundo Nogueira (2009), existem duas formas de exposição: a ocupacional e a não ocupacional, destacando principalmente a ocupacional como sendo aquela capaz de potenciar riscos de transmissão, nomeadamente através de:

- Exposição percutânea – lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes;

- Exposição em mucosas – quando há contacto de sangue ou outros fluidos corporais na face, nomeadamente nos olhos, boca e nariz;
- Exposição cutânea (em pele não íntegra) – quando há contacto de sangue ou outros fluidos corporais com a pele, como dermatose ou feridas abertas;
- Exposições por mordedura humana – são consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue, devendo ser avaliadas tanto em relação ao indivíduo que provocou a lesão, como em relação àquele que a tenha sofrido.

Para Martins, Cunha e Ramos (2013), o risco de transmissão de qualquer um destes agentes depende essencialmente da influência de diversos fatores, sendo alguns específicos de cada vírus, entre os quais se incluem: a) o material orgânico envolvido na exposição; b) origem/natureza da exposição; c) o estado infeccioso da fonte infetante; d) as características do agente patogénico envolvido; e) os mecanismos de defesa/estado imunológico do profissional de saúde acidentado; e f) a eficácia das medidas profiláticas pós-exposição. No entanto, na opinião de Ibekwe e Ibeziako (2006), e em muitos países africanos, a exposição aos fluidos corporais raramente é monitorizada, para além de existirem poucos registos da sua ocorrência.

Mais concretamente, em diversos estudos prospetivos desenvolvidos no âmbito dos profissionais de saúde foi estimada uma média do risco de transmissão do VIH de 0,3% após uma lesão percutânea e de 0,09% após exposição da mucosa (Kohn *et al.*, 2003). Por outro lado, Cunha *et al.* (2006), concluíram, através de estudos retrospectivos de casos controlados, que existe um risco superior de infeção por VIH/SIDA, VHB e VHC quando associada a uma exposição a um grande volume de sangue, a lesões provocadas por materiais perfurocortantes, a lesões profundas, ao uso de instrumentos visivelmente contaminados com sangue e aos procedimentos que envolvem agulhas retiradas de uma veia ou artéria.

Em termos mais precisos, Valle e Ranki (2000) concluíram que o risco de transmissão do VHB, do VHC e do VIH/SIDA por parte do paciente para o profissional de saúde ocorre e/ou depende dos seguintes aspetos: a) da prevalência de infeção por agente biológico na população de pacientes; b) do número de exposições durante o tempo praticado; c) do tipo de exposição e do volume de sangue contaminado; e d) da transmissibilidade por exposição accidental.

Contudo, também o risco de infecção é influenciado pelas próprias características do agente biológico, tal como é o caso da patogenicidade, da dose infecciosa, da persistência ou viabilidade do agente infeccioso no ambiente, do modo de contaminação e do tipo de manipulação, assim como pelo estado de saúde e eventuais vulnerabilidades individuais dos profissionais expostos.

No que diz respeito à exposição accidental, há ainda a necessidade de se considerar as características do acidente, como por exemplo: o tempo de uso do material perfurocortante, a picada, a dimensão, a profundidade da lesão e o uso, ou não, de EPI (luvas).

Os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros e médicos devido à natureza da sua atividade profissional, apresentam uma elevada probabilidade de contacto com microrganismos provenientes de secreções, excreções e colheitas de produtos biológicos, expondo-se, assim, a agentes patogénicos derivados das picadas e do corte com objetos perfurocortantes (com agulha, vidro, bisturis e outros). As instituições hospitalares, bem como os seus serviços, são frequentadas por utentes que apresentam uma possibilidade de serem portadores de vários agentes biológicos, criando, assim, um risco constante para os profissionais de saúde, sobretudo no caso dos mais vulneráveis, que exercem as suas atividades nos serviços mais expostos, designadamente no serviço de urgência, no serviço de infeciologia, no serviço de enfermarias e no bloco operatório.

O VHB é considerado como sendo o agente que provoca doenças com maior frequência, estimando-se que a probabilidade de um profissional de saúde não vacinado desenvolver uma infecção após uma única exposição percutânea com material contaminado pelo vírus é de 30%, entre duas a quatro vezes superior à população geral. A probabilidade de infecção por sangue infetado com o VHC e o VIH/SIDA, e após a exposição ocupacional, é em média de 3% e de 0,3%, respetivamente.

Os microrganismos mais frequentes nas infeções micóticas e parasitárias adquiridas no contexto hospitalar são os seguintes: os blastomyces, o histoplasma, os coccidioides e as infeções por leishmânia, o toxoplasma e o plasmodium. Em caso de malária adquirida na instituição hospitalar, esta é transmitida pelo vetor, enquanto os restantes são adquiridos através da picada de uma agulha no momento de preparação dos esfregaços ou ao extrair sangue de um utente contaminado.

Neste momento, e devido essencialmente ao nível elevado de exposição à SARS-CoV-2 (Covid-19) por parte dos PS, especialmente dos que estão na linha da frente, este

assunto merece especial consideração por parte dos serviços de SO na maioria dos países, incluindo em Portugal, com o intuito de implementarem medidas e orientações no sentido de minimizar o risco de transmissão, tal como é o caso de medidas de prevenção, de higiene pessoal e coletiva, de controlo de infeção e de uso dos EPI no local de trabalho, tal como consta na Orientação nº 013/2020, de 21 de março de 2020, fornecida pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

### **1.2.2. Acidentes de trabalho**

Um Acidente de Trabalho (AT) é aquele que se verifica no local e no tempo de trabalho, provocando uma lesão corporal, uma perturbação funcional ou uma doença, resultando na redução da capacidade de trabalho ou, em casos mais severos, no óbito, tal como consta na norma portuguesa, mais precisamente no art. 8 e 19 da Portaria 821/91, de 12 de agosto de 1991, bem como na Lei nº 93/2019, de 4 de setembro de 2019, que regulamenta o regime de reparação de acidente de trabalho e doenças profissionais.

De acordo com Heinrich (1980, apud Miguel, 2014), um acidente é um acontecimento não previsto e não controlado, do qual a ação ou reação de um objeto, substância, indivíduo ou radiação resulta num dano pessoal e no ambiente de trabalho. Já para Compes (1980, apud Miguel, 2014) um acidente é um acontecimento repentino, resultante de um problema no sistema Homem-máquina-ambiente, através do qual ocorrem alterações de energia química ou física entre o ambiente de trabalho e o trabalhador, produzindo danos não previstos na pessoa e sendo prejudicial ao próprio sistema de trabalho.

#### ***1.2.2.1. Classificação dos acidentes de trabalho***

Tendo em consideração o que se encontra preconizado na 10ª Conferência Internacional do Trabalho, os AT podem ser classificados de acordo com:

- As suas consequências: os AT podem ser mortais ou resultar em incapacidades permanentes ou temporais;
- A forma de ocorrência: os AT podem ocorrer devido a quedas (de pessoas ou objetos), a marchas sobre objetos, a choques contra objetos ou a pancadas entre objetos, a esforços excessivos, a movimentos em falso, a exposições e/ou a contactos com temperaturas extremas, a exposições e/ou

contactos com correntes elétricas, a exposições e/ou contactos com substâncias nocivas ou radiações;

- O agente material: as máquinas, os meios de transporte e de manutenção (aparelhos elevatórios), os materiais hospitalares (perfurocortantes), as substâncias, as radiações, as poeiras, os gases e os ambientes de trabalho;
- A natureza da lesão: as lesões podem ser fraturas, luxações, entorses, distensões, comoções, traumatismos, amputações, feridas, lesões superficiais, queimaduras, ulcerações pelo calor ou pelo frio, intoxicações e infeções, efeitos de ruídos, vibração e pressão, afogamento e asfixia, efeito da corrente elétrica, efeito da temperatura extrema, luz e radiações e lesões múltiplas de naturezas diferentes;
- A localização da lesão: as lesões podem ocorrer na cabeça, nos olhos, no pescoço, nos membros, nas mãos, no tronco, nas costas e nos órgãos internos (Miguel *et al.*, 2010).

#### **1.2.2.2. Causalidade dos acidentes de trabalho.**

Algumas das principais causas dos AT são: a precariedade das condições de trabalho, como a desorganização do ambiente de trabalho em relação aos fatores de risco, sobretudo os fatores de risco físicos, químicos e biológicos, a falta de formação no domínio de HST e uma avaliação mal elaborada a nível dos riscos. Por sua vez, e atentando especialmente na perspetiva do profissional de saúde, as principais causas dos AT são: a negligência, as distrações e brincadeiras, o excesso de confiança, o uso de drogas ou álcool, o incumprimento das regras de segurança, a falta de EPI, o cansaço e um esforço excessivo.

A má gestão dos riscos de acidente constitui também um fator importante na origem de AT, sobretudo na estratégia ou política em HST, prioridades, estruturas organizativas, decisão, quantificação, controlo e administração dos riscos (Miguel, 2014). Em relação aos equipamentos sem proteção, à falta de sinalização e à desorganização do ambiente de trabalho, estes caracterizam-se enquanto fatores determinantes na ocorrência de AT.

Apesar de existirem várias correntes teóricas para a explicação da causalidade dos AT, tais teorias são apenas concetuais, estando limitadas a nível das medidas preventivas e do controlo dos AT. Contudo, não deixam de ser necessárias nas estratégias de prevenção, dado que permitem uma compreensão mais abrangente dos AT e das suas causas (Freitas, 2011). De facto, Freitas (2011) destaca que é possível adotar duas

abordagens, nomeadamente: uma abordagem histórica, considerando os AT ocorridos anteriormente, analisando-se a sua taxa de incidência e gravidade; uma abordagem direcionada para a avaliação dos fatores de risco, com o intuito de incidir diretamente sobre eles.

#### **1.2.2.3. Consequências dos acidentes de trabalho**

Os AT têm diversas consequências para o trabalhador e para o seu local de trabalho, podendo provocar um grau elevado de sofrimento físico e emocional para o profissional e para a sua família, improdutividade ou baixo nível de produção, o que dificulta a economia de modo geral e causa um mau ambiente de trabalho, medo, perda de tempo na integração do novo trabalhador enquanto substituto do trabalhador sinistrado, e posterior agravamento do prémio de seguros. Por fim, os AT podem também provocar ou agravar as doenças profissionais.

#### **1.2.3. Avaliação do risco, gestão e prevenção em SO**

O diagnóstico e a gestão do risco são pilares da gestão em SO, bem como processos importantes para evitar a ocorrência de AT e de doenças profissionais. No caso de serem devidamente implementados, estes dois processos podem contribuir para a saúde dos trabalhadores, bem como para a segurança no ambiente de trabalho, impactando, de modo positivo, na produtividade e na economia.

O diagnóstico e a gestão do risco consistem em processos complexos, mas fundamentais para o ambiente de trabalho, sendo que o trabalhador é considerado como uma peça fundamental na prestação dos serviços, tendo-se em atenção as suas características individuais (Gerberding *et al.*, 1987). Estes processos devem ser organizados de acordo com uma abordagem sistemática, contínua, integral e multidisciplinar, envolvendo todos os trabalhadores e tendo sempre em consideração as seguintes etapas:

- A identificação do fator de risco e dos trabalhadores expostos;
- A avaliação ambiental e/ou individual sempre que possível (caracterização da exposição);
- A identificação do tipo, da intensidade e do tempo de exposição;
- A descrição dos efeitos decorrentes da exposição para a saúde do trabalhador, e em função das suas características individuais. Ou seja,

analisar se o risco é aceitável ou tolerável tendo em consideração a saúde do trabalhador.

Neste caso, as medidas de intervenção dependerão das conclusões obtidas, a fim de enquadrar a situação concreta de exposição do trabalhador, respeitando as normas gerais das medidas preventivas e mantendo a vigilância do ambiente do trabalho, do bem-estar físico e psicossocial dos trabalhadores, da informação dos riscos, da sensibilização e da formação, bem como a monitorização e avaliação da eficácia e eficiência das medidas preventivas (Gerberding *et al.*, 1987; Portaria nº 939, de 18 de novembro de 2008).

As medidas específicas de prevenção e proteção do risco de AT e das doenças ligadas ao trabalho dependem de um bom diagnóstico dos fatores de risco no local de trabalho, objetivando o cumprimento das medidas de vigilância do bem-estar físico e psicossocial dos trabalhadores, nomeadamente através da implementação das ações de prevenção da doença profissional e do AT, assim como de promoção da saúde no ambiente de trabalho (Gerberding *et al.*, 1987; Ibekwe; Ibeziako, 2006; Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011).

De facto, a prevenção tem uma importância significativa na SO, visto que permite eliminar, reduzir ou controlar eventuais riscos, motivo pelo qual deve ser aplicada com base em medidas que poderão ser executadas em diferentes etapas e de acordo com a planificação da instituição.

Segundo Lima (2003), existem dois grupos distintos de medidas preventivas de AT, nomeadamente:

- Medidas preventivas diretas, que são adotadas na fase de projeto, prevenindo os riscos a montante;
- Medidas preventivas indiretas (uso de EPI), que são aquelas usadas pelo trabalhador para se proteger dos fatores de riscos existentes no local de trabalho e que devem ser oferecidas pelos empregadores, como por exemplo: as luvas, as batas, as botas e os contentores perfurocortantes, tal como se encontra preconizado na Lei nº 102/2009, de 10 de setembro de 2009, no seu capítulo II, Art. 15º e seguintes.

Os PS, enquanto grupos vulneráveis no contexto dos AT com exposição a material biológico, sangue e/ou fluidos corporais humanos, devem ser seguidos no contexto da prevenção, quer de AT, quer de doenças profissionais.

No caso da Guiné-Bissau, os PS possuem as práticas e habilidades necessárias para promover a recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos, apesar de estarem sempre expostos a uma grande quantidade de resíduos infectantes, materiais perfurocortantes, entre outros fatores que colocam em causa a sua saúde. Neste sentido, é importante adotar uma perspetiva de saúde e de segurança no local de trabalho, na qual todos os trabalhadores, incluindo os profissionais envolvidos no cuidado e os gestores, assumam total responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança dos seus colegas, dos pacientes e dos familiares.

No caso de acidente com materiais perfurocortantes, os profissionais são responsáveis pelo seu registo, bem como pelo acompanhamento dos testes serológicos para detetar o VIH, o VHB e o VHC nos pacientes e nos profissionais acidentados. Assim, cabe às instituições hospitalares criarem um departamento de SO, responsável pela informação e educação das equipas no sentido de cumprirem as medidas preventivas e de redução do risco, pois só assim se conseguem garantir as condições necessárias à prevenção dos riscos e, por conseguinte, evitar a ocorrência de AT e de doenças profissionais.

Retomando o caso concreto da Guiné-Bissau, não existe qualquer norma regulamentadora que estabeleça diretrizes básicas de apoio à implementação de medidas de proteção e de segurança entre os PS, tal como é o caso de medidas de simples implementação (uso de EPI, higienização das mãos, vacinação contra hepatite, tétano e difteria). Além disso, é importante referir também a falta de regulamentos técnicos para a gestão dos resíduos dos serviços de saúde, incluindo o seu descarte adequado e um manuseio e substituição com segurança. Logo, é crucial dispor-se de dados para se orientarem as ações de vigilância das doenças e riscos para a saúde dos PS da Guiné-Bissau, designadamente que trabalham no HNSM. De igual modo, todos os casos de acidente resultantes da exposição a material biológico devem ser notificados no sistema de Informação Sanitária do hospital, pois só assim se consegue obter um melhor controlo dos AT e das doenças profissionais resultantes.

Na realidade, os AT em contexto hospitalar e resultantes de exposição a material biológico são bastante frequentes e preocupantes na Guiné-Bissau, visto que não se conhecem os seus dados. Assim sendo, o presente estudo pretende conhecer o perfil epidemiológico ocupacional dos PS que trabalham no HNSM e que tiveram um AT com materiais perfurocortantes, os possíveis antecedentes e o risco de acidente com material biológico, bem como os procedimentos desenvolvidos após o AT com os PS do HNSM.



Em síntese, o presente trabalho de pesquisa objetiva identificar as situações de risco de exposições ocupacionais a material biológico com objetos perfurocortantes, assim como as atitudes e comportamentos dos trabalhadores, a fim de contribuir para a inversão dos cenários de uma cultura de baixa segurança, para que a SO seja credível e sustentável (Tarantola; Abiteboul; Rachline, 2006) e para garantir a proteção e a promoção da saúde e do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores das empresas públicas e privadas, sobretudo no setor da saúde.

## **2. Trabalho de campo**

### **2.1. Questão de investigação**

No presente estudo definiu-se a seguinte questão de investigação: **Qual o perfil das exposições ocupacionais a material biológico decorrente de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre profissionais de saúde no Hospital Nacional Simão Mendes?**

### **2.2. Objetivo geral**

O objetivo geral do estudo é caracterizar os acidentes de trabalho, assim como o perfil das exposições ocupacionais a material biológico decorrente de AT com materiais perfurocortantes entre os profissionais de saúde do Hospital Nacional Simão Mendes (Guiné-Bissau), nos últimos 5 anos, identificando as principais causas.

### **2.3. Objetivos específicos**

- Identificar os acidentes de trabalho ocorridos nos últimos 5 anos no Hospital Nacional Simão Mendes.
- Caracterizar os acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes e decorrentes da exposição a material biológico (tipo de exposição, tipo de material biológico, circunstância do acidente, em particular com objetos perfurocortantes, agente biológico, medidas preventivas existentes, situação vacinal do acidentado - VHB) em profissionais de saúde do HNSM.
- Caracterizar os profissionais de saúde que tiveram acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes e resultantes da exposição a material biológico no hospital em estudo.
- Caracterizar os procedimentos após o acidente de trabalho (exames realizados e os seus resultados), a conduta do profissional de saúde, a evolução do caso (se possível) após o acidente de trabalho com exposição a material biológico em profissionais de saúde no hospital em estudo.

### **3. População e métodos.**

#### **3.1. Tipo de estudo e população.**

De acordo com o objetivo deste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa transversal de natureza exploratório-descritiva, com uma abordagem de caráter quantitativo, proporcionando o melhor uso da metodologia estatística para classificar e analisar os dados, bem como um nível adequado de exatidão nos resultados, utilizando-se essas informações para a definição das estratégias de ações preventivas de risco de AT e sempre que possível, de promoção da saúde dos PS do HNSM.

A população-alvo do estudo, é constituída pela totalidade dos profissionais de saúde que trabalham no HNSM, que é o maior hospital público da Guiné-Bissau. Os critérios de inclusão definidos no presente estudo foram os seguintes: o vínculo laboral dos profissionais, devendo exercer as suas funções profissionais no HNSM, e a participação voluntária na presente pesquisa aquando da recolha de dados. Por conseguinte, foram excluídos os estagiários ou os profissionais que não têm um vínculo laboral com o HNSM, os que se recusaram fazer parte do presente estudo e ainda os que estiveram ausentes, por diversos motivos, aquando da realização dos inquéritos.

#### **3.2. Métodos e recolha de dados**

A metodologia adotada na presente pesquisa resulta necessariamente de três técnicas diferentes, ainda que complementares, para o processo de recolha de informação, nomeadamente: 1) aplicação de questionários; 2) análise documental; e 3) observação direta no hospital em estudo.

##### **3.2.1. Questionário**

O questionário foi selecionado como estratégia de recolha de dados no presente estudo devido ao facto de permitir a identificação dos AT reportados pelos profissionais, contribuindo, portanto, para a recolha de informações de modo anónimo, abordando questões diretamente relacionadas com o tema em estudo e permitindo, além disso, um maior envolvimento dos PS do HNSM. O questionário foi elaborado e validado facilmente no contexto do estudo e compreende 25 questões, divididas em cinco dimensões distintas e consoante as variáveis em estudo, mais concretamente:

- A identificação do inquirido;
- A caracterização do perfil epidemiológico dos PS que tiveram AT ocupacionais com materiais perfurocortantes no HNSM;

- A identificação dos antecedentes dos PS que sofreram AT ocupacionais com materiais perfurocortantes resultantes de exposição a material biológico no HNSM;
- A identificação dos AT com exposição a material biológico (tipo de exposição, tipo de material biológico, circunstância do acidente, agente biológico, medidas preventivas, situação vacinal do acidentado – VHB) nos PS do HNSM;
- A caracterização dos procedimentos (exames realizados e os seus resultados), da conduta e da evolução do caso após o acidente ocupacional com materiais perfurocortantes em PS acidentados no HNSM.

Os questionários foram preenchidos pelos inquiridos com o apoio do investigador, o qual foi previamente formado para tal efeito. De igual modo, o investigador foi encarregue de administrar os questionários no HNSM, distribuindo-os pelos PS em estudo.

Tratando-se de um inquérito por questionário, pretende-se identificar o perfil epidemiológico ocupacional dos PS do HNSM que tiveram acidentes ocupacionais com material biológico. Além disso, pretende-se também identificar os riscos biológicos em relação à utilização dos materiais perfurocortantes (agulha, bisturi, lâminas, entre outros) pelo grupo-alvo em estudo. É importante salientar que os questionários foram preenchidos pelos PS num formato de papel, facilitando a administração simultânea a vários profissionais.

No que diz respeito à caracterização dos trabalhadores, esta abrange as variáveis do perfil epidemiológico dos PS que tiveram um acidente ocupacional com material biológico no HNSM, designadamente: o género, a idade, a raça, o nível de formação e o estado civil, bem como variáveis diretamente relacionadas com os antecedentes dos profissionais acidentados (a sua categoria ou ocupação, os anos de experiência profissional e local/serviço onde ocorreu o acidente), as variáveis relacionadas com o acidente ocupacional com material biológico (se teve acidente ou não, se foi notificado ou não, período de ocorrência do acidente, tipo de exposição, tipo de material biológico, circunstância do acidente, agente causador do acidente e uso de EPI), as variáveis relacionadas com os resultados dos exames realizados após o acidente e as variáveis relacionadas com a conduta e evolução do caso após o acidente.

Antes da realização do inquérito foi realizado um pré-teste com o intuito de garantir a interpretação e a perceção das questões pelos diferentes grupos de trabalhadores do hospital em estudo. Esta aplicação experimental do questionário decorreu na semana

anterior à sua aplicação real (no mês de julho 2021), e após a solicitação e aprovação do projeto de investigação pelo Comité Nacional de Ética Científica para a área de saúde da Guiné-Bissau, O questionário foi ainda validado facilmente no contexto do Curso de Mestrado em Saúde Ocupacional da Escola Nacional de Saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa, em Portugal tendo resultado na versão final que se encontra no Apêndice I.

O convite para participar no estudo foi feito a todos os PS do HNSM e depois da obtenção da autorização por parte da direção do hospital. Todos os enfermeiros chefes, bem como outras chefias de outros serviços, foram informados nas reuniões de serviços, onde eram referidos os objetivos do presente estudo, apresentadas as orientações para o seu preenchimento e garantidas as questões de anonimato e confidencialidade. Além disso, não foi descuidado o termo de consentimento por parte de todos os PS, relativamente à utilização da informação reunida no questionário na presente investigação, sendo que o investigador também se mostrou disponível para esclarecer eventuais dúvidas. A recolha dos dados através do questionário foi realizada entre julho e agosto, compreendendo, portanto, um período de 30 dias.

### **3.2.2. Análise documental**

A análise documental englobou a pesquisa e leitura de documentos diversos, diretamente associados à instituição em estudo (HNSM) e aos vários serviços em análise. No entanto, também se procedeu à análise dos regulamentos dos vários serviços, dos regulamentos do sistema de gestão de qualidade e dos protocolos de tratamento. Na verdade, foi precisamente neste processo de análise documental que se verificou a inexistência de documentos e/ou regulamentos de HST no hospital em estudo, bem como de um serviço de SO.

### **3.2.3. Observação direta**

Finalmente, a metodologia de observação direta implicou a visita a todos os serviços do HNSM, com o intuito de se identificarem os fatores de risco no ambiente real do trabalho, incluindo as características dos serviços prestados, das condições de trabalho e dos PS expostos. Para permitir uma melhor recolha da informação, o investigador do presente estudo aplicou 4 listas de verificação, e de acordo com os requisitos legais e normativos específicos para cada unidade e serviço avaliado. É também importante acrescentar que o investigador foi sempre acompanhado pelos supervisores e/ou superiores da

unidade ou do serviço. No final da observação direta foi produzido, e posteriormente entregue à Direção Superior do HNSM, um relatório com todas as constatações e recomendações para futuras melhorias, especialmente no âmbito da gestão da SO no HNSM.

### **3.3. Métodos de análise estatística**

Visando responder aos objetivos específicos, a análise estatística dos dados obtidos é baseada em medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão).

É importante esclarecer que os dados obtidos nos questionários foram introduzidos no Excel, tendo sido posteriormente exportados para o software informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26 para o Windows. Em seguida, e após a inserção dos dados no SPSS, foi criada uma base de dados, com o intuito de se validarem os erros ocorridos durante a transformação, e foi efetuada uma recodificação e posterior agrupamento de algumas das variáveis iniciais, como o grupo etário e as habilitações literárias dos PS, de modo a permitir a análise dos dados.

Relativamente às variáveis independentes definidas no presente estudo, estas englobam as características sociodemográficas e profissionais dos PS, as variáveis categóricas, o perfil da exposição a material biológico e as medidas preventivas. No que diz respeito à operacionalização da variável dependente do estudo, os AT e as condutas pré e pós-acidente, esta baseou-se no uso de duas escalas, sendo que os seus itens correspondem a medidas preventivas.

## 4. Considerações éticas

Para a concretização da presente dissertação foi importante salvaguardar questões éticas e deontológicas profissionais, na medida em que houve a necessidade de efetuar o levantamento de dados referentes aos perfis das exposições ocupacionais a material biológico entre os profissionais do HNSM (Guiné-Bissau). A Direção do hospital autorizou a aplicação dos questionários, assim como toda a metodologia adotada ao longo da presente investigação.

Desta forma, para a realização deste estudo foram obtidas as autorizações necessárias, tanto por parte do Comité de Ética Científica Nacional, do INASA-Guiné-Bissau, da Coordenação do curso em SO da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e da Direção-Geral do HNSM.

Por conseguinte, torna-se importante manter o sigilo, nomeadamente no que diz respeito às informações pessoais dos inquiridos, uma vez que a amostra é constituída por indivíduos que terão que ser, naturalmente, enquadrados dentro de uma perspetiva biopsicossociocultural.

Este trabalho utilizou um rigor metodológico durante todas as etapas da sua realização, desde a revisão bibliográfica até ao levantamento, tratamento e divulgação dos dados.

É precisamente através da confidencialidade que o investigador poderá poupar, tanto a si próprio como a terceiros, eventuais constrangimentos, tais como: ações legais, inviabilidade de publicação, não-aceitação da pesquisa e perda de confiança por parte das instituições, das organizações e do público em geral, nesta lógica de confiança que muitas pesquisas são realizadas. Contudo, é importante salientar que a instituição, tal como o INASA da Guiné-Bissau, tutela os investigadores e as suas ações na condução das pesquisas. Além disso, para a concretização desta dissertação foram tidas em consideração componentes éticas e deontológicas profissionais diferentes, dada a obrigatoriedade de se garantir que todos os dados pessoais dos PS do HNSM se mantêm anónimos e confidenciais.

Procede-se de acordo com Fortin (1999), que referiu a existência de cinco direitos no campo da ética, qualquer pesquisa que envolva o Homem deve pensar no direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e, por fim, a um tratamento justo e leal. De igual modo, o sigilo profissional é também salvaguardado pelos próprios PS, visto que estes são obrigados a guardar o segredo profissional relativamente aos aspetos intrínsecos à sua atividade

profissional e a manter o anonimato dos pacientes, especialmente em situações de ensino, pesquisa ou controlo da qualidade dos cuidados prestados. Isto porque a recolha de dados pode constituir uma intromissão na vida privada e pessoal de outrem, motivo pelo qual deve ser mantido o anonimato e a confidencialidade, para salvaguardar, enfim, os inquiridos.

De um modo geral, todos estes pressupostos pretendem alcançar a confiança e a manutenção da confidencialidade dos dados obtidos por parte da entidade que os detém, tal como prevenir uma divulgação incorreta dos mesmos. Por conseguinte, para a realização da presente dissertação foram remetidas as autorizações por parte do Comité de Ética Científica Nacional, do INASA, da Coordenação do curso em SO e da Direção-Geral do HNSM.



## 5. Resultados

### 5.1. Caracterização da instituição em estudo

O trabalho de campo do presente estudo foi realizado numa instituição pública de prestação de cuidados e de ensino em saúde situada em Bissau, na Guiné-Bissau. No entanto, entendeu-se que seria mais benéfico não identificar a entidade em estudo, dado que a sua identificação não é importante para a análise dos resultados.

De um modo geral, trata-se de uma instituição que tem como principal objetivo a prestação de cuidados e o ensino da comunidade, especialmente nas áreas das Ciências Biomédicas e da Saúde em geral. A estrutura orgânica da instituição em estudo é funcional e assegurada por uma Direção-Geral, por Unidades de Ensino (Clínicos), pela prestação de cuidados, por uma Área Administrativa (Diretor, serviços administrativos e financeiros), por um gabinete de apoio aos utentes, por um refeitório/cantina e cozinha, pelo serviço de assistência social, pelo serviço Informático e por uma Direção Clínica, que é dirigida por um Diretor Clínico, segurado pelos diferentes serviços e dirigido por um responsável por cada serviço (Laboratório e Análise Clínica, Maternidade, Pediatria, Medicina Interna, Oftalmologia, Odontologia, Imagiologia, Banco de Sangue, Urgência, Cuidados Intensivos, Bloco Operatório, Cirurgia, Ortopedia e Farmácia). Porém, é de lamentar a ausência absoluta do serviço de Medicina do Trabalho e de HST neste hospital do país.

No momento da pesquisa, e devido à situação de greve da Função Pública que afetou o Setor da Saúde no país, que durou quase um (1) ano, em que participaram 237 PS no universo dos 702 profissionais que trabalham na instituição, faziam parte dos RH/Técnicos de Saúde da instituição em estudo um total de 237 trabalhadores, com um grande predomínio da categoria de Enfermagem (55,1%). As restantes categorias profissionais incluem os Técnicos de Laboratório (19,7%), os Médicos (15,8%), as Parteiras (6,8%), os Radiologistas (1,3%), os Instrumentistas (0,9%) e os Farmacêuticos (0,4%).

À data da realização deste estudo, e apesar de se ouvir falar da existência de um serviço de SO/Medicina do Trabalho, durante a observação direta por parte do investigador, relativa ao trabalho de campo desenvolvido, foi possível constatar que este é um serviço que praticamente não existe, dado que apenas se dedica à emissão dos certificados de aptidão para o trabalho, e caso seja solicitado pelo patronato, sem proceder a qualquer tipo de avaliação mais detalhada e de acordo com as normas vigentes em Portugal.

Verificou-se, também que não existe um serviço de HST, nem um programa dedicado à prevenção dos riscos profissionais, sendo que nenhum do PS beneficiava de exames médicos ocupacionais ou de Medicina do Trabalho.

## **5.2. Breve descrição observacional da organização e dos postos de trabalho no hospital em estudo.**

As diferentes atividades de prestação de cuidados, de ensino e de serviços em geral realizam-se num único espaço, em estreita colaboração com hospitais regionais, sendo que a comunicação é estabelecida entre ambas as partes, compreendendo, portanto, edifícios distintos. Estes edifícios são construídos de forma horizontal, distribuindo vários serviços, tais como: Administração (gabinete do Diretor-Geral, gabinete do Diretor Clínico, Secretaria, RH, serviço de Administração e Finanças), Urgências (Medicina, Ortopedia, Cirurgia, Salas de observação e Triagem das especialidades referidas), Serviço de Banco de Sangue, Serviço de Oftalmologia, Serviço de Laboratório e Análises Clínicas, Serviço de Odontologia, Radiologia, Farmácia, Faculdade de Medicina, Enfermaria de Medicina, Residência dos Cubanos, Casa Mortuária, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos, Pediatria, Enfermaria de Cirurgia, Maternidade, Centro de Tratamento VIH/SIDA, Recobro e Enfermaria de Medicina Interna.

Apesar destes edifícios estarem bem conservados, apresentam alguns problemas estruturais de base, especialmente relacionados com as instalações elétricas e a falta de espaços físicos adequados, estando, portanto, desajustados à maioria dos serviços existentes. De modo geral, todos os serviços apresentam condições ambientais deficitárias, tal como é o caso da má ventilação e das condições térmicas, que são inadequadas para o trabalho (calor intenso). Além disso, verificou-se também a presença de lixos sólidos (objetos perfurocortantes) e líquidos em redor dos edifícios, bem como de produtos químicos nos laboratórios e nas enfermarias.

Ainda que não se tenha avaliado as secretarias do hospital, constatou-se que, por exemplo, a iluminação nos postos de trabalho é bastante deficiente, para além de não existirem dispositivos de conforto, o que resulta numa falta de proteção para os PS. Existem também algumas mesas e cadeiras partidas, os materiais informáticos não são os mais apropriados, faltam equipamentos técnicos, produtos de higienização, reagentes e medicamentos. Ou seja, no hospital faltam imensos materiais importantes para se responder, de modo eficaz e seguro, às necessidades da população.

De acordo com a categoria profissional e os défices de RH, os profissionais podem desenvolver as suas atividades em mais do que uma área de trabalho, acumulando, assim, várias funções. Além disso, o trabalho também é realizado em turnos, sendo que o horário laboral normal é de 8 horas diárias, correspondendo, portanto, a 40 horas semanais. No geral, os PS nos serviços utilizam objetos perfurocortantes (como agulhas, lâminas, bisturis, vidros, lancetas, pinças e tesouras), substâncias químicas, equipamentos com visor (computadores) e microscópios (Laboratório).

Os PS realizam procedimentos de natureza bastante complexa, recorrendo a técnicas manuais que exigem (rapidez), precisão e exatidão, tal como é o caso de: administração de medicamentos via endovenosa, intramuscular, subcutânea; procedimentos cirúrgicos; procedimentos laboratoriais; e utilização de cabines de segurança biológica, que exige uma postura mantida ou estática em ortostatismo e frequentemente com flexão e rotação do corpo. Estas exigências são agravadas pelo ambiente de trabalho, que é caracterizado por ter um espaço inadequado. No entanto, tudo depende da atividade e do grupo profissional, da manipulação de produtos biológicos, especialmente o sangue e os líquidos corporais que podem estar infetados por bactérias, vírus, protozoários e fungos, envolvendo a exposição aos microrganismos dos grupos de risco 1, 2 e 3 (Leavy, 2017). Em suma, são procedimentos que se destacam por representarem um maior risco de AT, capazes de contaminar os PS.

Por fim, estes PS também utilizam, com bastante frequência, uma variedade de substâncias químicas tóxicas, cancerígenas e mutagénicas, prejudiciais para a sua saúde. No geral, a observação direta permite constatar que a maioria das atividades desenvolvidas na instituição em estudo requer a manipulação de equipamentos de trabalho bastante pesados, envolvendo um esforço físico superior e a adoção de posturas forçadas, como por exemplo no armazenamento, na desmontagem, nas limpezas, no transporte dos doentes, nas mudanças de posição dos doentes, na esterilização dos equipamentos usados, nas cirurgias e na administração dos medicamentos, exigindo, também, movimentos repetitivos, com precisão e aplicação de força por parte dos profissionais.

### **5.3. Caracterização da população em estudo.**

A amostra em estudo é constituída por 237 profissionais no universo de 702 profissionais de saúde que trabalham numa instituição pública de prestação de cuidados de saúde e de ensino em saúde, situada em Bissau, na Guiné-Bissau. De um modo geral, estes 237 PS correspondem a cerca de 45% do total dos RH existentes no

hospital, e na altura que o estudo foi desenvolvido, que tal como foi referido anteriormente coincidiu com a greve da função pública, tendo afetado o setor da saúde e resultando na ausência da maioria dos PS que trabalham na instituição em estudo.

## **5.4. Apresentação dos resultados do questionário**

Ao longo deste subcapítulo iremos apresentar os resultados obtidos através da aplicação do questionário. A informação será organizada em tabelas e gráficos, sendo que os valores representados serão retirados dos questionários aplicados, omitindo-se, no entanto, a sua fonte. De salientar que iremos evidenciar os resultados que mais se destacam no que diz respeito aos objetivos do presente estudo.

### **5.4.1. Análise descritiva**

#### ***5.4.1.1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos PS***

O presente estudo contribuiu para o conhecimento do perfil dos PS do HNSM, nomeadamente no que diz respeito à sua idade, género, raça, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional e tempo de serviço no hospital em estudo.

Além disso, os questionários permitem uma compreensão da categoria profissional dos PS inquiridos, bem como a sua organização e distribuição pelos diversos serviços existentes no hospital.

Ao analisar com maior detalhe as características sociodemográficas é possível concluir que a amostra do estudo, constituída por 237 PS, tem idades compreendidas entre os 23 e os 64 anos, sendo que a média é de 38,2 anos, com um desvio padrão de 9,64 (Tabela 4).

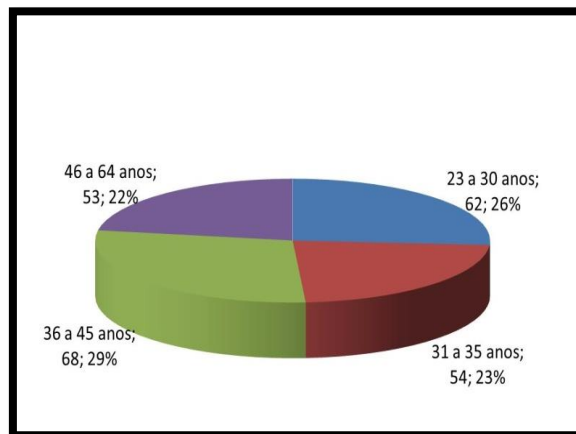
**Tabela 4** – Análise estatística da idade da amostra em estudo

|          | <b>N</b> | <b>Média</b> | <b>Desvio Padrão</b> | <b>Coefficiente Variação</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> |
|----------|----------|--------------|----------------------|------------------------------|---------------|---------------|
| 1. Idade | 237      | 38,2         | 9,64                 | 25%                          | 23            | 64            |

Por sua vez, na Tabela 5 é representada a frequência em relação à idade dos inquiridos, sendo que se procedeu ao agrupamento das idades por grupos etários e em função da recodificação em 4 categorias específicas, que serão usadas nas análises inferenciais, nomeadamente: 1) idade compreendida entre os 23 e os 30 anos; 2) idade compreendida entre os 31 e os 35 anos; 3) idade compreendida entre os 36 e os 45 anos; e 4) idade compreendida entre os 46 e os 64 anos. A Figura 1 representa a mesma informação apresentada na Tabela 5, mas na forma de gráfico, facilitando a perceção e a interpretação dos dados.

**Tabela 5** – Tabela de frequências e percentagens a nível da idade dos inquiridos

| Grupo Etário | Frequência | Percentagem  |
|--------------|------------|--------------|
| 23 a 30 anos | 62         | 26,2         |
| 31 a 35 anos | 54         | 22,8         |
| 36 a 45 anos | 68         | 28,7         |
| 46 a 64 anos | 53         | 22,4         |
| <b>Total</b> | <b>237</b> | <b>100,0</b> |

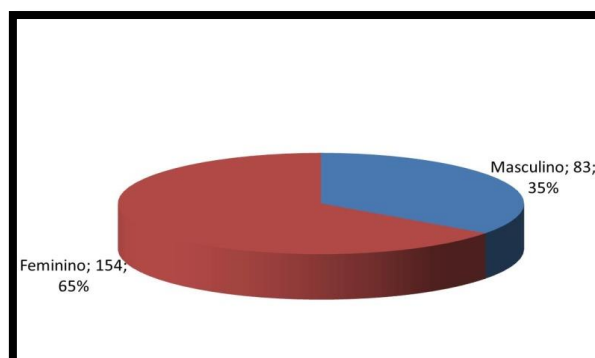


**Figura 1** – Representação da amostra em estudo de acordo com a faixa etária

Já na Tabela 6 e na Figura 2 são apresentados os dados da amostra em estudo relativamente à sua distribuição por sexo. Através da análise de ambas as representações, verificando-se que a maioria dos PS são do sexo feminino (N = 154; 65%), comparativamente ao sexo masculino (N = 83; 35%).

**Tabela 6** – Tabela de frequências e percentagens a nível do género dos inquiridos

| Sexo         | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Feminino     | 154        | 65          |
| Masculino    | 83         | 35          |
| <b>Total</b> | <b>237</b> | <b>100</b>  |

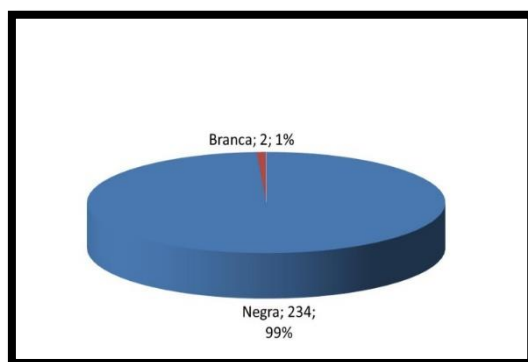


**Figura 2** – Representação da amostra em estudo de acordo com o sexo

Atentando na raça dos PS inquiridos, e ainda que se tenha verificado uma resposta omissa, foi possível concluir que a maioria dos inquiridos (N = 234; 99,2%) são de raça negra, enquanto os restantes são de raça branca (N = 2; 0,8%). Estes dados estão devidamente representados na Tabela 7 e na Figura 3.

**Tabela 7** – Tabela de frequências e percentagens a nível da raça dos inquiridos

| Raça         | Frequência | Percentagem  |
|--------------|------------|--------------|
| Negra        | 234        | 99,2         |
| Branca       | 2          | 0,8          |
| <b>Total</b> | <b>236</b> | <b>100,0</b> |

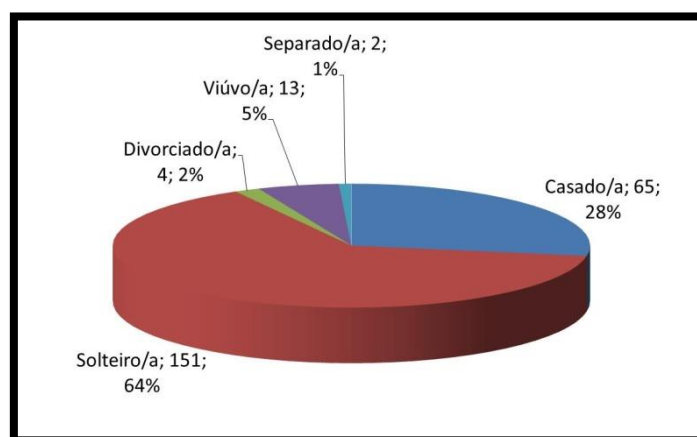


**Figura 3** – Representação da amostra em estudo de acordo com a raça

No que diz respeito ao estado civil dos PS inquiridos, e tendo em consideração as respostas válidas, dado que se verificaram duas respostas omissas, verifica-se que a maioria dos profissionais é solteiro (N = 151; 64,3%). No entanto, 65 (27,7%) são casados, 13 (5,5%) são viúvos, 4 (1,7%) são divorciados e 2 (0,9%) são separados (Tabela 8 e Figura 4).

**Tabela 8** – Tabela de frequências e percentagens a nível do estado civil dos inquiridos

| Estado Civil | Frequência | Percentagem  |
|--------------|------------|--------------|
| Solteiro/a   | 151        | 64,3         |
| Casado/a     | 65         | 27,7         |
| Viúvo/a      | 13         | 5,5          |
| Divorciado/a | 4          | 1,7          |
| Separado/a   | 2          | 0,9          |
| <b>Total</b> | <b>235</b> | <b>100,0</b> |

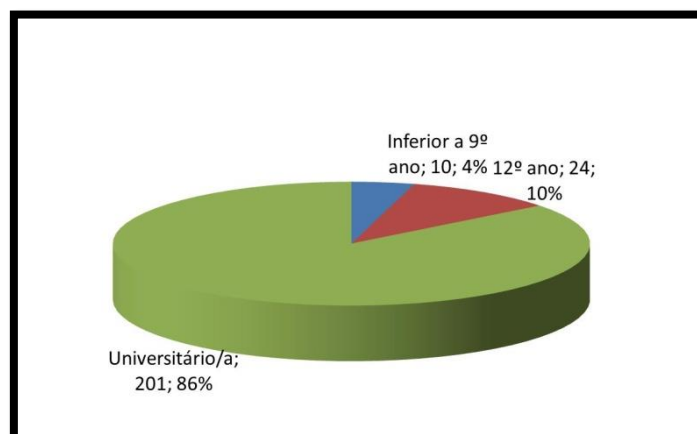


**Figura 4** – Representação da amostra em estudo de acordo com o estado civil

Relativamente às habilitações literárias dos inquiridos, constata-se que a maioria tem formação universitária (N = 201; 85,5%), sendo que 24 (10,2%) PS têm o 12º ano de escolaridade e 10 (4,3%) PS têm um nível de escolaridade inferior ao 9º ano. É importante referir que se verificaram duas respostas omissas. Os dados estão devidamente representados na Tabela 9 e na Figura 5.

**Tabela 9** – Tabela de frequências e percentagens a nível das habilitações literárias dos inquiridos

| Habilitações Literárias | Frequência | Percentagem  |
|-------------------------|------------|--------------|
| Formação universitária  | 201        | 85,5         |
| 12º ano                 | 24         | 10,2         |
| Inferior ao 9º ano      | 10         | 4,3          |
| <b>Total</b>            | <b>235</b> | <b>100,0</b> |



**Figura 5** – Representação da amostra em estudo de acordo com as habilitações literárias

A Tabela 10 sumariza todos os dados relativos ao perfil sociodemográfico dos PS inquiridos no presente estudo, contribuindo para uma fácil interpretação dos dados obtidos através das respostas ao questionário.

**Tabela 10** – Tabela de frequências e percentagens relativas ao perfil sociodemográfico dos PS inquiridos

| Aspeto em análise                                       | Categorias                    | Frequência | Percentagem  |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|--------------|
| <b>1. Idade</b><br>Média = 38,2<br>Desvio Padrão = 9,64 | 23 a 30 anos                  | 62         | 26,2         |
|                                                         | 31 a 35 anos                  | 54         | 22,8         |
|                                                         | <b>36 a 45 anos</b>           | <b>68</b>  | <b>28,7</b>  |
|                                                         | 46 a 64 anos                  | 53         | 22,4         |
| <b>2. Sexo</b>                                          | <b>Feminino</b>               | <b>154</b> | <b>65,0</b>  |
|                                                         | Masculino                     | 83         | 35,0         |
| <b>3. Raça</b><br>1 Valor omissos                       | <b>Negra</b>                  | <b>234</b> | <b>99,2</b>  |
|                                                         | Branca                        | 2          | 0,8          |
| <b>4. Estado Civil</b><br>2 Valores omissos             | Casado/a                      | 65         | 27,7         |
|                                                         | <b>Solteiro/a</b>             | <b>151</b> | <b>64,3</b>  |
|                                                         | Divorciado/a                  | 4          | 1,7          |
|                                                         | Viúvo/a                       | 13         | 5,5          |
|                                                         | Separado/a                    | 2          | 0,9          |
| <b>5. Habilitações Literárias</b><br>2 Valores omissos  | <b>Formação universitária</b> | <b>201</b> | <b>85,5</b>  |
|                                                         | 12º Ano                       | 24         | 10,2         |
|                                                         | Inferior ao 9º ano            | 10         | 4,3          |
| <b>Total</b>                                            |                               | <b>237</b> | <b>100,0</b> |

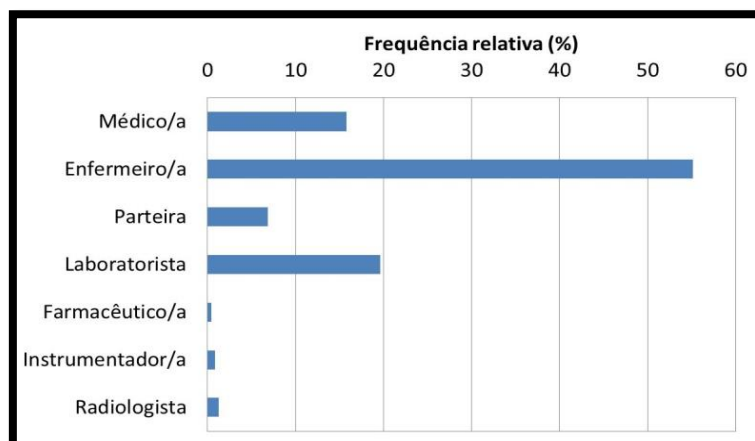
#### 5.4.1.2. Caracterização do perfil profissional dos PS

Neste subcapítulo será apresentada a caracterização do perfil profissional do PS inquiridos. No que diz respeito à ocupação profissional, e ainda que se tenham registado 3 respostas omissas, constata-se que a amostra do estudo é composta por 129 enfermeiros/as (55,1%), 46 técnicos de laboratório (19,7%), 37 médicos/as (15,8%), 16 parteiras (6,8%), 3 radiologistas (1,3%), 2 instrumentistas (0,9%) e 1 farmacêutico/a (0,4%) (Tabela 11 e Figura 6).

**Tabela 11** – Tabela de frequências e percentagens a nível da ocupação profissional dos inquiridos

| Ocupação Profissional   | Frequência | Percentagem  |
|-------------------------|------------|--------------|
| <b>Enfermeiro/a</b>     | <b>129</b> | <b>55,1</b>  |
| Técnicos de Laboratório | 46         | 19,7         |
| Médico/a                | 37         | 15,8         |
| Parteira                | 16         | 6,8          |
| Radiologista            | 3          | 1,3          |
| Instrumentista          | 2          | 0,9          |
| Farmacêutico/a          | 1          | 0,4          |
| <b>Total</b>            | <b>234</b> | <b>100,0</b> |



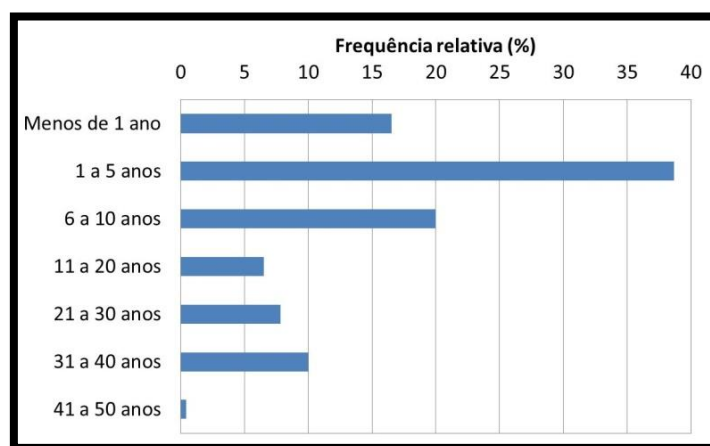


**Figura 6** – Representação da amostra em estudo de acordo com a ocupação profissional

No que diz respeito, por sua vez, aos anos de experiência profissional, e tendo em consideração que foram registadas 7 respostas omissas, pode-se concluir que os PS que responderam ao questionário têm, e na grande maioria, entre 1 e 5 anos de experiência profissional (N = 89; 38,7%). Porém, alguns profissionais têm entre 6 e 10 anos de experiência profissional (N = 46; 20,0%), menos de 1 ano de experiência profissional (N = 38; 16,5%), entre 31 e 40 anos de experiência profissional (N = 23; 10,0%), entre 21 e 30 anos de experiência profissional (N = 18; 7,8%), entre 11 e 20 anos de experiência profissional (N = 15; 6,5%) e entre 41 e 50 anos de experiência profissional (N = 1; 0,4%) (Tabela 12 e Figura 7).

**Tabela 12** – Tabela de frequências e percentagens a nível dos anos de experiência profissional dos inquiridos

| Anos de experiência profissional | Frequência | Percentagem  |
|----------------------------------|------------|--------------|
| 1 a 5 anos                       | 89         | 38,7         |
| 6 a 10 anos                      | 46         | 20,0         |
| Menos de 1 ano                   | 38         | 16,5         |
| 31 a 40 anos                     | 23         | 10,0         |
| 21 a 30 anos                     | 18         | 7,8          |
| 11 a 20 anos                     | 15         | 6,5          |
| 41 a 50 anos                     | 1          | 0,4          |
| <b>Total</b>                     | <b>230</b> | <b>100,0</b> |



**Figura 7** – Representação da amostra em estudo de acordo com os anos de experiência profissional

#### **5.4.1.3. Acidentes de trabalho com exposição a agentes biológicos**

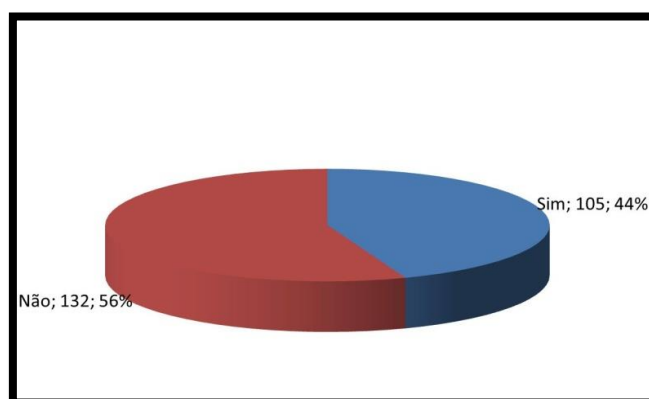
As análises estatísticas apresentadas neste subcapítulo permitem estudar alguns dos objetivos específicos do presente estudo, nomeadamente:

- Identificar os AT no HNSM nos últimos cinco anos;
- Caracterizar os AT com materiais perfurocortantes e resultantes de exposição a material biológico (tipo de exposição, tipo de material biológico, circunstância do acidente, em particular com objetos perfurocortantes, agente biológico, medidas preventivas existentes, situação vacinal do acidentado - VHB) em PS do HNSM.

Atentando nos dados apresentados na Tabela 13 e na Figura 8, constata-se que 105 (44,3%) PS afirmam ter tido um AT, enquanto os restantes 132 (55,7%), ou seja, a grande maioria, afirma não ter tido nenhum acidente no âmbito laboral. De salientar que as questões em análise daqui para a frente foram apenas respondidas pelos 105 PS que responderam que afirmativamente a esta questão, dado que as próximas perguntas estão relacionadas com tais acidentes.

**Tabela 13** – Tabela de frequências e percentagens a nível da ocorrência de acidentes de trabalho

| Acidentes de Trabalho | Frequência | Percentagem |
|-----------------------|------------|-------------|
| Sim                   | 105        | 44,3        |
| Não                   | 132        | 55,7        |
| Total                 | 237        | 100,0       |

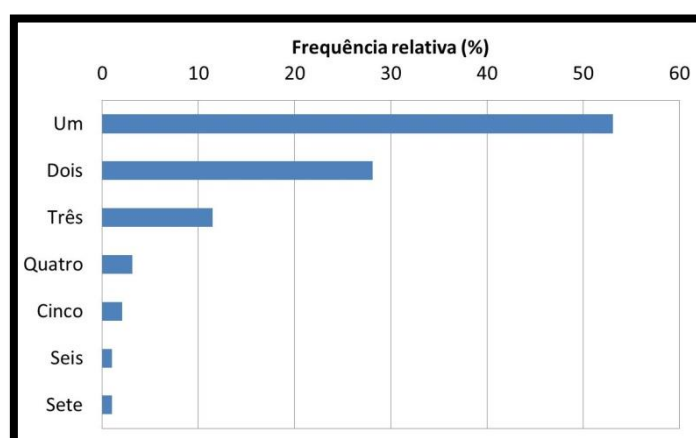


**Figura 8** – Representação da amostra em estudo de acordo com a ocorrência de acidentes de trabalho

Partindo dos PS que afirmaram ter tido um AT anteriormente, e tendo em consideração que se verificaram 9 respostas omissas, a grande maioria afirmou ter tido apenas 1 acidente (N = 51; 53,1%), enquanto 27 PS tiveram dois AT (28,1%), 11 PS tiveram 3 AT (11,5%), 3 PS tiveram 4 AT (3,1%), 2 PS tiveram 5 AT (2,1%), 1 PS teve 6 AT (1,0%) e 1 PS teve 7 AT (1,0%) (Tabela 14 e Figura 9).

**Tabela 14** – Tabela de frequências e percentagens a nível da quantidade de acidentes de trabalho

| Quantidade de acidentes de trabalho | Frequência | Percentagem  |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| 1                                   | 51         | 53,1         |
| 2                                   | 27         | 28,1         |
| 3                                   | 11         | 11,5         |
| 4                                   | 3          | 3,1          |
| 5                                   | 2          | 2,1          |
| 6                                   | 1          | 1,0          |
| 7                                   | 1          | 1,0          |
| <b>Total</b>                        | <b>96</b>  | <b>100,0</b> |

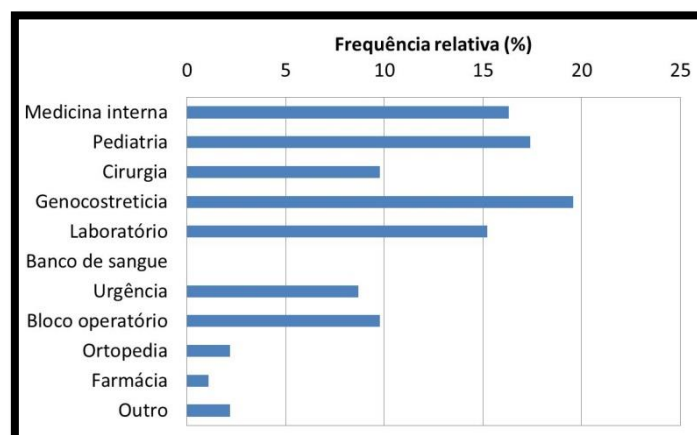


**Figura 9** – Representação da amostra em estudo de acordo com a quantidade de acidentes de trabalho

Relativamente à distribuição dos profissionais que tiveram AT, constata-se que a sua distribuição em função do local e do serviço é a que se segue: Ginecologia-Obstetrícia (19,6%), Pediatria (17,4%), Medicina Interna (16,3%), Laboratório (15,2%), Cirurgia (9,8%), Bloco Operatório (9,8%), Urgência (8,7%), Ortopedia (2,2%), Farmácia (1,1%) e Outro (2,2%), não se tendo verificado a ocorrência de AT no serviço do Banco de Sangue. Porém, é importante salientar que se verificaram 13 respostas omissas. Os dados estão devidamente representados na Tabela 15 e na Figura 10.

**Tabela 15** – Tabela de frequências e percentagens a nível da distribuição dos PS que tiveram AT (local e serviço)

| Local e serviço dos profissionais que tiveram AT | Não                     |              | Sim       |              |
|--------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|--------------|
|                                                  | N                       | %            | N         | %            |
| Medicina Interna                                 | 77                      | 83,7%        | 15        | 16,3%        |
| Pediatria                                        | 76                      | 82,6%        | 16        | 17,4%        |
| Cirurgia                                         | 83                      | 90,2%        | 9         | 9,8%         |
| <b>Ginecologia-Obstetrícia</b>                   | <b>74</b>               | <b>80,4%</b> | <b>18</b> | <b>19,6%</b> |
| Laboratório                                      | 78                      | 84,8%        | 14        | 15,2%        |
| Banco de Sangue                                  | 92                      | 100,0%       | -         | -            |
| Urgência                                         | 84                      | 91,3%        | 8         | 8,7%         |
| Bloco Operatório                                 | 83                      | 90,2%        | 9         | 9,8%         |
| Ortopedia                                        | 90                      | 97,8%        | 2         | 2,2%         |
| Farmácia                                         | 91                      | 98,9%        | 1         | 1,1%         |
| Outro                                            | 90                      | 97,8%        | 2         | 2,2%         |
| <b>Total</b>                                     | <b>N = 92 % = 100,0</b> |              |           |              |

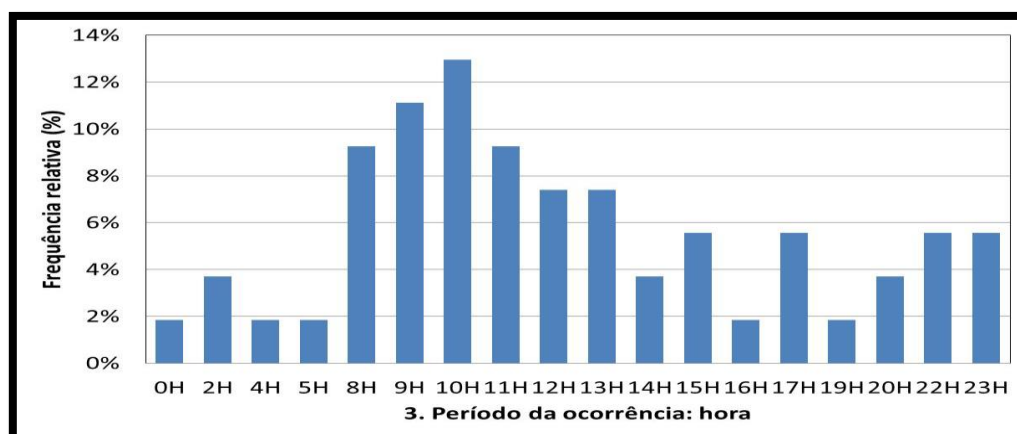


**Figura 10** – Representação da amostra em estudo de acordo com a distribuição dos PS que tiveram acidentes de trabalho (local e serviço)

Por sua vez, na amostra dos PS que tiveram acidentes de trabalho, e apesar de se terem verificado 51 respostas omissas, conclui-se que o período em que ocorreram mais AT foi entre as 9h da manhã e as 13h da tarde cerca de 58% (Tabela 16 e Figura 11).

**Tabela 16** – Tabela de frequências e percentagens a nível do período temporal de ocorrência de AT (horas)

| Horas                       | Frequência | Percentagem  | Horas | Frequência | Percentagem |
|-----------------------------|------------|--------------|-------|------------|-------------|
| 0H                          | 1          | 1,9%         | 13H   | 4          | 7,4%        |
| 2H                          | 2          | 3,7%         | 14H   | 2          | 3,7%        |
| 4H                          | 1          | 1,9%         | 15H   | 3          | 5,6%        |
| 5H                          | 1          | 1,9%         | 16H   | 1          | 1,9%        |
| 8H                          | 5          | 9,3%         | 17H   | 3          | 5,6%        |
| 9H                          | 6          | 11,1%        | 19H   | 1          | 1,9%        |
| <b>10H</b>                  | <b>7</b>   | <b>13,0%</b> | 20H   | 2          | 3,7%        |
| 11H                         | 5          | 9,3%         | 22H   | 3          | 5,6%        |
| 12H                         | 4          | 7,4%         | 23H   | 3          | 5,6%        |
| <b>Total: N = 54 100,0%</b> |            |              |       |            |             |

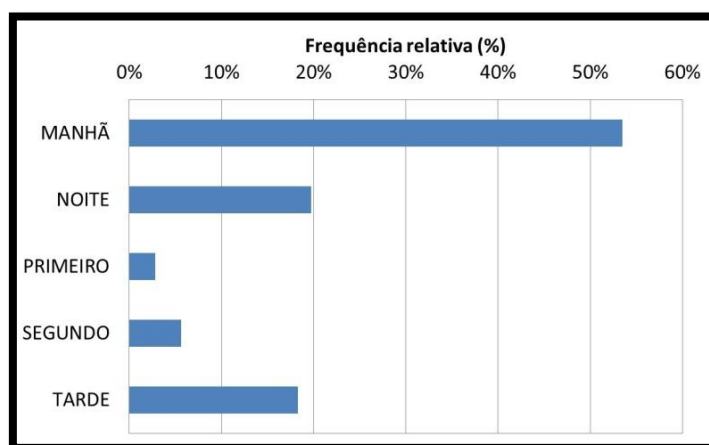


**Figura 11** – Representação da amostra em estudo de acordo com o período temporal de ocorrência de AT (horas)

Já tendo em consideração o turno onde ocorreram os AT, e ainda que se tenham verificado 34 respostas omissas, foi possível constatar que a maioria ocorreu no turno da manhã (19,7%), ainda que se tenham registado AT nos turnos da noite (18,3%) e da tarde (5,6%), bem como no segundo turno (5,6%) e no primeiro turno (2,8%), respetivamente (Tabela 17 e Figura 12).

**Tabela 17** – Tabela de frequências e percentagens a nível dos turnos onde ocorreram AT

| Turnos       | Frequência | Percentagem  |
|--------------|------------|--------------|
| <b>Manhã</b> | <b>38</b>  | <b>53,5%</b> |
| Noite        | 14         | 19,7%        |
| Tarde        | 13         | 18,3%        |
| Primeiro     | 2          | 2,8%         |
| Segundo      | 4          | 5,6%         |
| <b>Total</b> | <b>71</b>  | <b>100,0</b> |

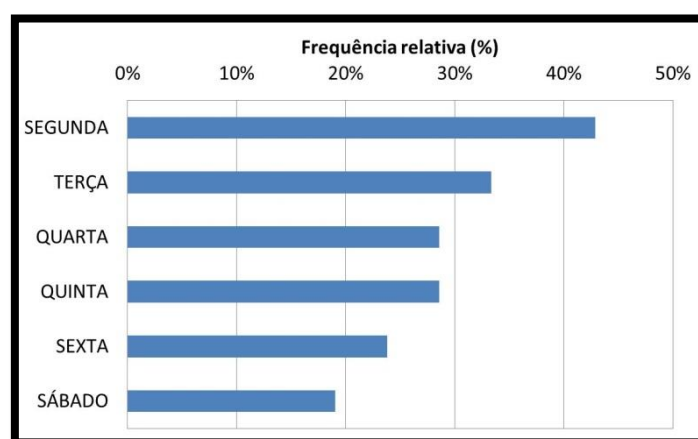


**Figura 12** – Representação da amostra em estudo de acordo com o turno de ocorrência de AT

No concernente aos dias da semana, os AT ocorreram principalmente à segunda-feira (42,9%), apesar de se terem registado ocorrências também à terça-feira (33,3%), à quarta-feira (28,6%), à quinta-feira (28,6%), à sexta-feira (23,8%) e ao sábado (19,0%). Não se registaram AT ao domingo e verificaram-se 68 respostas omissas no questionário (Tabela 18 e Figura 13).

**Tabela 18** – Tabela de frequências e percentagens a nível dos dias da semana com ocorrência de AT

| Dias da semana       | Frequência | Percentagem  |
|----------------------|------------|--------------|
| <b>Segunda-feira</b> | <b>9</b>   | <b>42,9%</b> |
| Terça-feira          | 7          | 33,3%        |
| Quarta-feira         | 6          | 28,6%        |
| Quinta-feira         | 6          | 28,6%        |
| Sexta-feira          | 5          | 23,8%        |
| Sábado               | 4          | 19,0%        |
| <b>Total</b>         | <b>21</b>  | <b>100,0</b> |

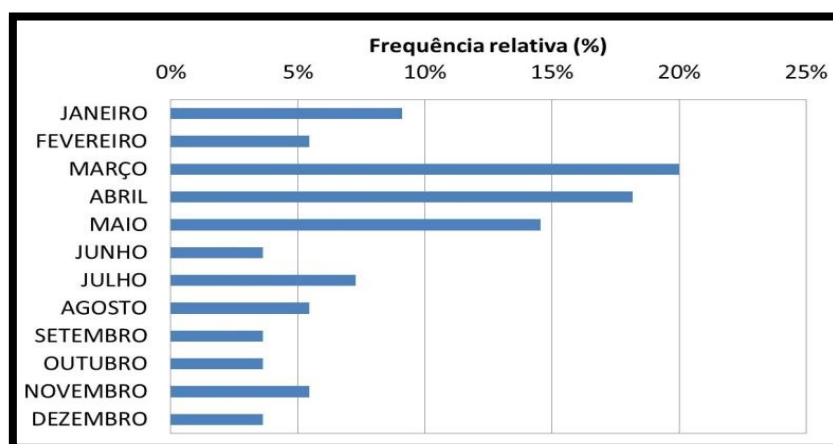


**Figura 13** – Representação da amostra em estudo de acordo com os dias da semana com ocorrência de AT

Por outro lado, os dados relativos à análise da ocorrência de AT em cada mês do ano resultaram na constatação de que a grande maioria dos AT ocorreram nos meses de Março (20,0%), Abril (18,2%) e Maio (14,5%), apesar de se terem registado ocorrências nos restantes meses, tal como é demonstrado na Tabela 19 e na Figura 14. De referir que se verificaram 50 respostas omissas.

**Tabela 19** – Tabela de frequências e percentagens a nível dos meses com ocorrência de AT

| Meses do ano | Frequência | Percentagem  |
|--------------|------------|--------------|
| Janeiro      | 5          | 9,1%         |
| Fevereiro    | 3          | 5,5%         |
| <b>Março</b> | <b>11</b>  | <b>20,0%</b> |
| Abril        | 10         | 18,2%        |
| Maio         | 8          | 14,5%        |
| Junho        | 2          | 3,6%         |
| Julho        | 4          | 7,3%         |
| Agosto       | 3          | 5,5%         |
| Setembro     | 2          | 3,6%         |
| Outubro      | 2          | 3,6%         |
| Novembro     | 3          | 5,5%         |
| Dezembro     | 2          | 3,6%         |
| <b>Total</b> | <b>55</b>  | <b>100,0</b> |



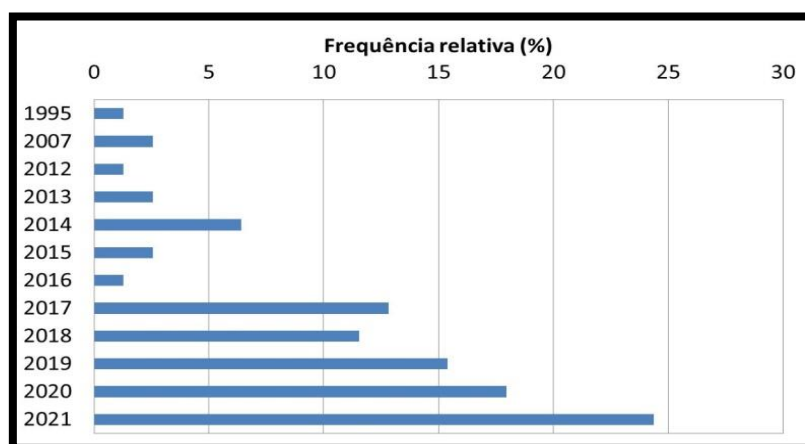
**Figura 14** – Representação da amostra em estudo de acordo com os meses do ano com ocorrência de AT

Já a nível da análise anual da ocorrência de AT, foi possível constatar que a maioria dos acidentes ocorridos entre 1995 e 2021, ocorreram em 2021 (24,4%) e em 2020 (17,9%), apesar de se terem registado ocorrências noutros anos anteriores. É importante referir que se verificaram 27 respostas omissas. As frequências e as percentagens relativas aos anos que registaram ocorrência de AT são apresentadas na Tabela 20 e na Figura 15.

**Tabela 20** – Tabela de frequências e percentagens a nível dos anos com ocorrência de AT

| Meses do ano | Frequência | Percentagem  |
|--------------|------------|--------------|
| 1995         | 1          | 1,3%         |
| 2007         | 2          | 2,6%         |
| 2012         | 1          | 1,3%         |
| 2013         | 2          | 2,6%         |
| 2014         | 5          | 6,4%         |
| 2015         | 2          | 2,6%         |
| 2016         | 1          | 1,3%         |
| 2017         | 10         | 12,8%        |
| 2018         | 9          | 11,5%        |
| 2019         | 12         | 15,4%        |
| 2020         | 14         | 17,9%        |
| <b>2021</b>  | <b>19</b>  | <b>24,4%</b> |
| <b>Total</b> | <b>78</b>  | <b>100,0</b> |



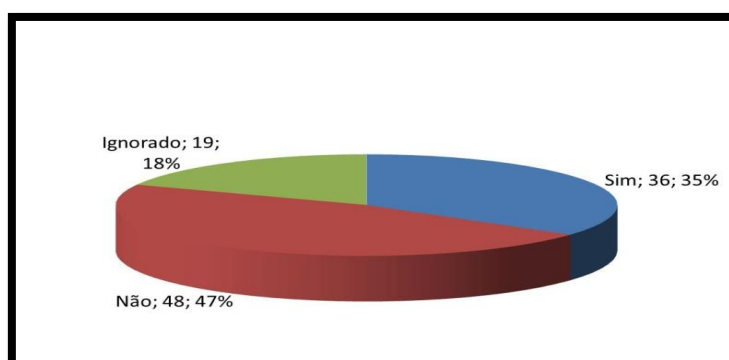


**Figura 15** – Representação da amostra em estudo de acordo com os anos com ocorrência de AT

No que diz respeito à notificação da ocorrência de AT, os PS inquiridos responderam maioritariamente que não (46,6%) foram notificados. Porém, alguns PS responderam que sim (35,0%) e outros afirmaram que foram ignorados (18,4%) (Tabela 21 e Figura 16). Verificaram-se duas respostas omissas.

**Tabela 21** – Tabela de frequências e percentagens a nível da notificação de ocorrência de AT

| Notificação  | Frequência | Percentagem  |
|--------------|------------|--------------|
| Sim          | 36         | 35,0%        |
| <b>Não</b>   | <b>48</b>  | <b>46,6%</b> |
| Ignorado     | 19         | 18,4%        |
| <b>Total</b> | <b>103</b> | <b>100,0</b> |

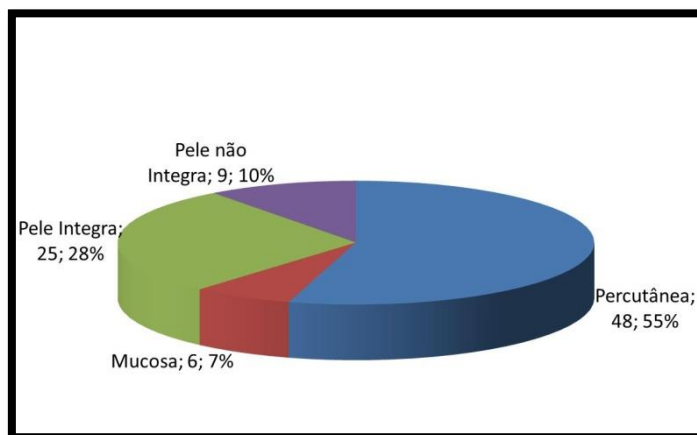


**Figura 16** – Representação da amostra em estudo de acordo com a notificação de ocorrência de AT

Entre a amostra dos PS que tiveram AT, e ainda que se tenham verificado 17 respostas omissas, o tipo de exposição mais citado foi a exposição percutânea (54,5%), enquanto o menos citado foi a exposição mucosa (6,8%). Os dados obtidos no questionário estão todos representados na Tabela 22 e Figura 17.

**Tabela 22** – Tabela de frequências e percentagens a nível do tipo de exposição

| Tipo de exposição | Frequência | Percentagem  |
|-------------------|------------|--------------|
| <b>Percutânea</b> | <b>48</b>  | <b>54,5%</b> |
| Pele íntegra      | 25         | 28,4%        |
| Pele não íntegra  | 9          | 10,2%        |
| Mucosa            | 6          | 6,8%         |
| <b>Total</b>      | <b>88</b>  | <b>100,0</b> |

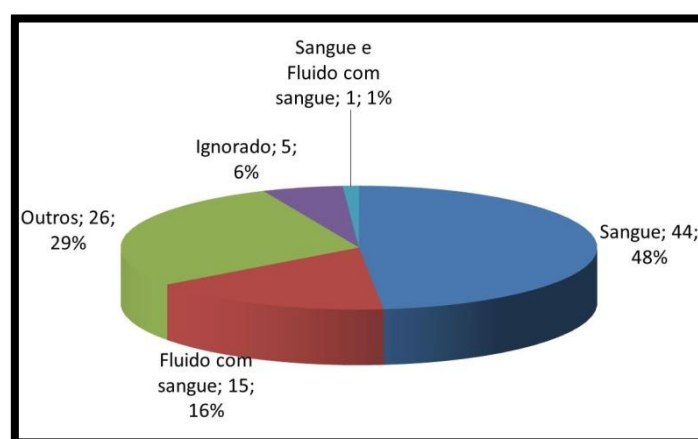


**Figura 17** – Representação da amostra em estudo de acordo com o tipo de exposição

Relativamente ao material biológico ao qual os PS foram expostos, resultando na ocorrência de um AT, destaca-se a predominância do sangue (48,4%), apesar de os profissionais também terem mencionado fluidos com sangue (16,5%) e sangue e fluido com sangue (1,1%). De referir que se verificaram 14 respostas omissas e que alguns profissionais responderam outros (28,6%), sendo que alguns responderam, inclusive, ignorado (5,5%) (Tabela 23 e Figura 18).

**Tabela 23** – Tabela de frequências e percentagens a nível do material biológico

| Material biológico          | Frequência | Percentagem  |
|-----------------------------|------------|--------------|
| <b>Sangue</b>               | <b>44</b>  | <b>48,4%</b> |
| Fluidos com sangue          | 15         | 16,5%        |
| Outros                      | 26         | 28,6%        |
| Ignorado                    | 5          | 5,5%         |
| Sangue e fluidos com sangue | 1          | 1,1%         |
| <b>Total</b>                | <b>91</b>  | <b>100,0</b> |



**Figura 18** – Representação da amostra em estudo de acordo com o material biológico

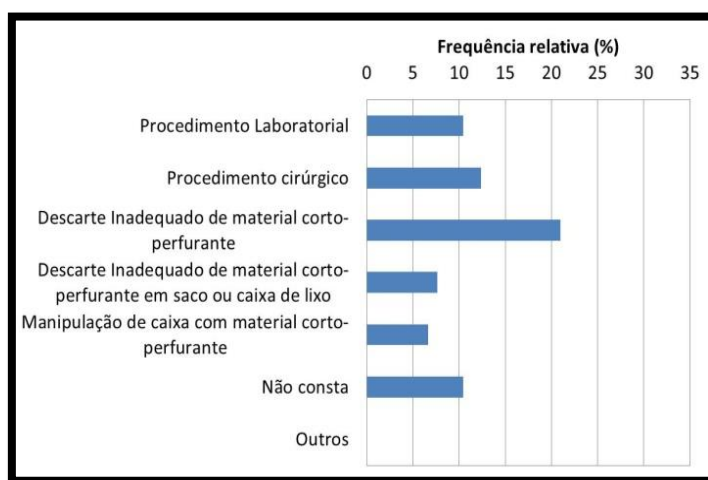
Atentando especificamente nas circunstâncias resultantes na ocorrência do AT, verifica-se uma clara predominância da administração de medicação intravenosa (31,4%), apesar de se terem registado AT também devido a descartes inadequados dos materiais perfurocortantes (21,0%), a punções venosas/arteriais para a coleta de sangue (15,2%), a administração de medicação intramuscular (14,3%), a procedimentos cirúrgicos (12,4%), a administração de medicação subcutânea (10,5%), a procedimentos laboratoriais (10,5%), a lavagens do material (9,5%), a descartes inadequados dos materiais perfurocortantes em sacos ou caixas do lixo (7,6%), a manipulações de caixas com materiais perfurocortantes (6,7%), a punções venosas/arteriais não especificadas (3,8%) e a administração de medicação intradérmica (1,0%).

De referir que cerca de 10,5% da amostra respondeu que a circunstância do AT não se encontra devidamente registada, não constando, portanto, a sua verdadeira circunstância/causa. A Tabela 24 e a Figura 19 demonstram as frequências e as percentagens relativas às circunstâncias dos AT registados pela amostra em estudo.

**Tabela 24** – Tabela de frequências e percentagens a nível das circunstâncias resultantes em AT

| Circunstâncias resultantes em AT              | Não       |              | Sim       |              |
|-----------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|                                               | N         | %            | N         | %            |
| Administração de medicação subcutânea         | 94        | 89,5%        | 11        | 10,5%        |
| Administração de medicação intramuscular      | 90        | 85,7%        | 15        | 14,3%        |
| Administração de medicação intradérmica       | 104       | 99,0%        | 1         | 1,0%         |
| <b>Administração de medicação intravenosa</b> | <b>72</b> | <b>68,6%</b> | <b>33</b> | <b>31,4%</b> |
| Lavagem de material                           | 95        | 90,5%        | 10        | 9,5%         |
| Punção venosa/arterial para coleta de sangue  | 89        | 84,8%        | 16        | 15,2%        |
| Punção venosa/arterial não especificada       | 101       | 96,2%        | 4         | 3,8%         |
| Procedimento laboratorial                     | 94        | 89,5%        | 11        | 10,5%        |

| Circunstâncias resultantes em AT                                         | Não                      |       | Sim |       |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|-----|-------|
|                                                                          | N                        | %     | N   | %     |
| Procedimento cirúrgico                                                   | 92                       | 87,6% | 13  | 12,4% |
| Descarte inadequado de material perfurocortante                          | 83                       | 79,0% | 22  | 21,0% |
| Descarte inadequado de material perfurocortante em saco ou caixa de lixo | 97                       | 92,4% | 8   | 7,6%  |
| Manipulação de caixa com material perfurocortante                        | 98                       | 93,3% | 7   | 6,7%  |
| Não consta                                                               | 94                       | 89,5% | 11  | 10,5% |
| <b>Total</b>                                                             | <b>N = 105 % = 100,0</b> |       |     |       |

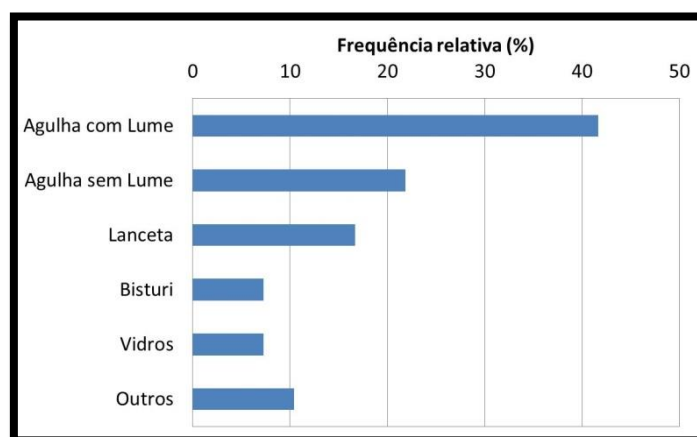


**Figura 19** – Representação da amostra em estudo de acordo com as circunstâncias dos AT

Já relativamente aos agentes causadores dos AT, a maioria dos PS reporta para a agulha com lúmen (41,7%), bem como para a agulha sem lúmen (21,9%), a lanceta (16,7%), o bisturi (7,3%), os vidros (7,3%) e outros (10,4%). De salientar que se verificaram 9 respostas omissas. A Tabela 25 e a Figura 20 representam as frequências e as percentagens relativas aos principais agentes causadores de AT.

**Tabela 25** – Tabela de frequências e percentagens a nível dos agentes causadores de AT

| Agentes causadores de AT | Não                     |              | Sim       |              |
|--------------------------|-------------------------|--------------|-----------|--------------|
|                          | N                       | %            | N         | %            |
| <b>Agulha com lúmen</b>  | <b>56</b>               | <b>58,3%</b> | <b>40</b> | <b>41,7%</b> |
| Agulha sem lúmen         | 75                      | 78,1%        | 21        | 21,9%        |
| Lanceta                  | 80                      | 83,3%        | 16        | 16,7%        |
| Bisturi                  | 89                      | 92,7%        | 7         | 7,3%         |
| Vidros                   | 89                      | 92,7%        | 7         | 7,3%         |
| Outros                   | 86                      | 89,6%        | 10        | 10,4%        |
| <b>Total</b>             | <b>N = 96 % = 100,0</b> |              |           |              |

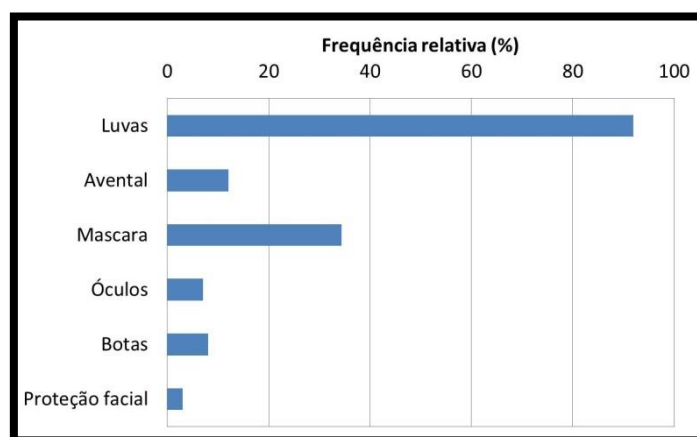


**Figura 20** – Representação da amostra em estudo de acordo com os agentes causadores de AT

A nível das principais medidas preventivas de AT adotadas pelos PS aquando do desenvolvimento das suas atividades profissionais, as principais mencionadas no questionário foram: uso de luvas (91,9%), uso de máscara (34,3%), uso de avental (12,1%), uso de botas (8,1%), uso de óculos (7,1%) e uso de proteção facial (3,0%). De salientar que se verificaram 6 respostas omissas. A Tabela 26 e a Figura 21 apresentam as frequências e as percentagens relativas às medidas de prevenção adotadas pelos PS aquando da ocorrência dos AT.

**Tabela 26** – Tabela de frequências e percentagens a nível das medidas preventivas de AT

| Medidas preventivas de AT | Não                     |             | Sim       |              |
|---------------------------|-------------------------|-------------|-----------|--------------|
|                           | N                       | %           | N         | %            |
| <b>Uso de luvas</b>       | <b>8</b>                | <b>8,1%</b> | <b>91</b> | <b>91,9%</b> |
| Uso de avental            | 87                      | 87,9%       | 12        | 12,1%        |
| Uso de máscara            | 65                      | 65,7%       | 34        | 34,3%        |
| Uso de óculos             | 92                      | 92,9%       | 7         | 7,1%         |
| Uso de botas              | 91                      | 91,9%       | 8         | 8,1%         |
| Uso de proteção facial    | 96                      | 97,0%       | 3         | 3,0%         |
| <b>Total</b>              | <b>N = 99 % = 100,0</b> |             |           |              |

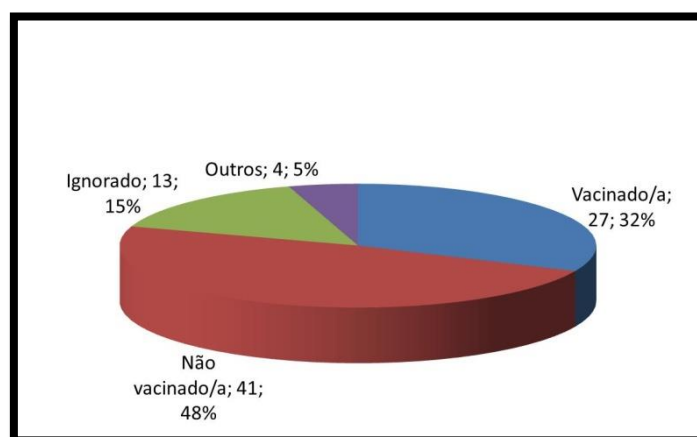


**Figura 21** – Representação da amostra em estudo de acordo com as medidas preventivas de AT

Finalmente, no que diz respeito à situação vacinal dos PS acidentados, e ainda que se tenham verificado 20 respostas omissas, a grande maioria referiu não estar vacinada (48,2%), apesar de alguns PS terem referido que estavam vacinados (31,8%) ou respondido outros (4,7%). De referir que 15,3% dos PS em estudo responderam ignorado (15,3%), o que impossibilita uma compreensão da sua situação vacinal aquando da ocorrência do AT. A Tabela 27 e a Figura 22 representam as frequências e as percentagens obtidas em cada resposta relativamente à situação vacinal dos acidentados, e aquando da ocorrência do AT.

**Tabela 27** – Tabela de frequências e percentagens a nível da situação vacinal dos acidentados

| Situação vacinal dos acidentados | Frequência | Percentagem  |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Vacinado/a                       | 27         | 31,8%        |
| <b>Não vacinado/a</b>            | <b>41</b>  | <b>48,2%</b> |
| Ignorado                         | 13         | 15,3%        |
| Outros                           | 4          | 4,7%         |
| <b>Total</b>                     | <b>85</b>  | <b>100,0</b> |



**Figura 22** – Representação da amostra em estudo de acordo com a situação vacinal dos acidentados

#### **5.4.1.4. Exames e seus resultados**

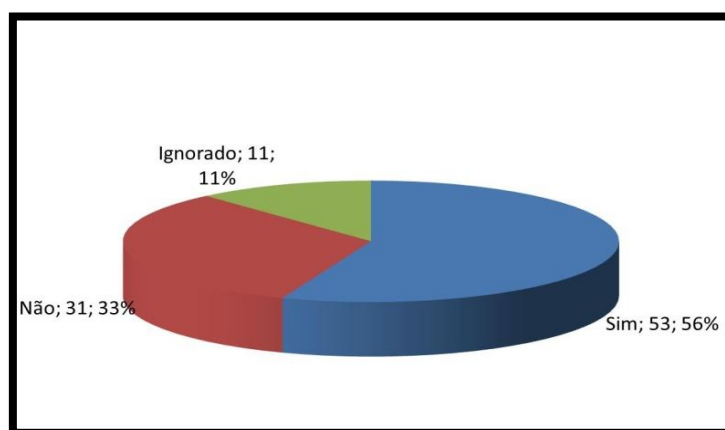
As análises apresentadas neste subcapítulo permitem obter dados que possibilitam responder a um objetivo específico do presente estudo, designadamente:

- Caracterizar os procedimentos desenvolvidos após os AT (exames realizados e os seus resultados) com exposição a material biológico em PS no hospital em estudo.

Quando questionados acerca da realização de exames laboratoriais, e no pós-acidente, a maioria dos PS responderam que sim-realizaram exames pós acidente de trabalho (55,8%), ainda que outros tenham respondido que não (32,6%) ou ignorado a questão (11,6%). De salientar que se verificaram 10 respostas omissas nesta questão. Estes dados estão devidamente representados na Tabela 28 e na Figura 23.

**Tabela 28** – Tabela de frequências e percentagens a nível da realização de exames laboratoriais após o AT

| Exames laboratoriais após o AT | Frequência | Percentagem |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Sim                            | 53         | 55,8%       |
| Não                            | 31         | 32,6%       |
| Ignorado                       | 11         | 11,6%       |
| Total                          | 95         | 100,0       |



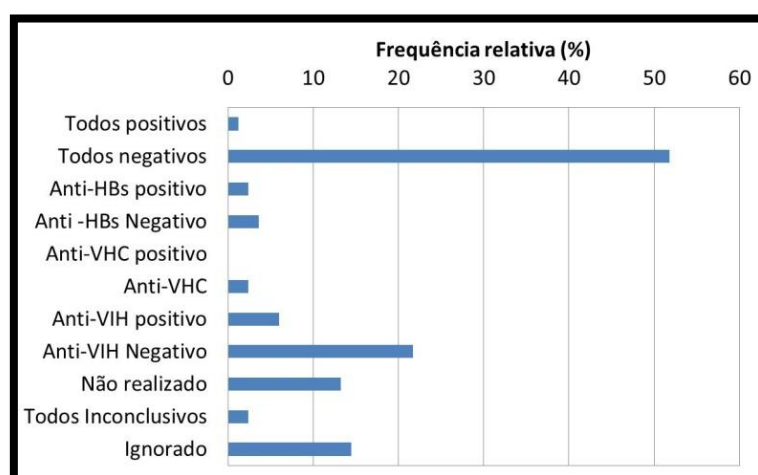
**Figura 23** – Representação da amostra em estudo de acordo com a realização de exames laboratoriais após o AT

Nos resultados obtidos nos exames laboratoriais realizados, e ainda que se tenham verificado 22 respostas omissas, os PS responderam o seguinte: todos negativos (51,8%); anti-VIH negativo (21,7%); ignorado (14,5%); não realizado (13,3%); anti-VIH positivo (6,0%); anti-VHB negativo (3,6%); anti-VHB positivo (2,4%); anti-VHC negativo (2,4%); todos inconclusivos (2,4%); e todos positivos (1,2%). De salientar que o resultado anti-VHC positivo não foi verificado em nenhum PS. A Tabela 29 e a Figura 24 representam as frequências e as percentagens relativas aos resultados dos exames realizados após o AT.

**Tabela 29** – Tabela de frequências e percentagens a nível dos resultados dos exames laboratoriais realizados Ao acidentadospós o AT

| Resultados dos exames laboratoriais realizados após o AT | Não                     |              | Sim      |             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|----------|-------------|
|                                                          | N                       | %            | N        | %           |
| Todos positivos                                          | 82                      | 98,8%        | 1        | 1,2%        |
| Todos negativos                                          | 40                      | 48,2%        | 43       | 51,8%       |
| <b>Anti-VHB positivo</b>                                 | <b>81</b>               | <b>97,6%</b> | <b>2</b> | <b>2,4%</b> |
| Anti-VHB negativo                                        | 80                      | 96,4%        | 3        | 3,6%        |
| Anti-VHC positivo                                        | 83                      | 100,0%       | -        | -           |
| Anti-VHC negativo                                        | 81                      | 97,6%        | 2        | 2,4%        |
| <b>Anti-VIH positivo</b>                                 | <b>78</b>               | <b>94,0%</b> | <b>5</b> | <b>6,0%</b> |
| Anti-VIH negativo                                        | 65                      | 78,3%        | 18       | 21,7%       |
| Não realizado                                            | 72                      | 86,7%        | 11       | 13,3%       |
| Todos inconclusivos                                      | 81                      | 97,6%        | 2        | 2,4%        |
| Ignorado                                                 | 71                      | 85,5%        | 12       | 14,5%       |
| <b>Total</b>                                             | <b>N = 83 % = 100,0</b> |              |          |             |





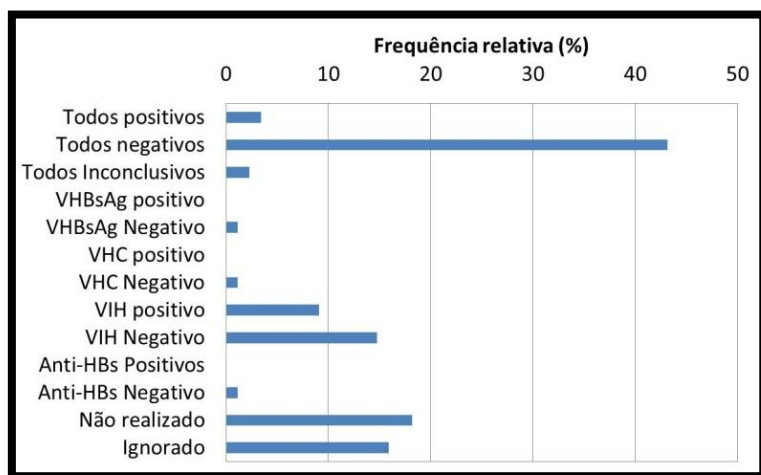
**Figura 24** – Representação da amostra em estudo de acordo com os resultados dos exames laboratoriais realizados após o AT

Por fim, relativamente aos resultados dos exames laboratoriais realizados ao paciente após o AT, e ainda que se tenham verificado 17 respostas omissas, foi possível constatar que os PS responderam o seguinte: todos negativos (43,2%); não realizado (18,2%); ignorado (15,9%); VIH negativo (14,8%); VIH positivo (9,1%); todos positivos (3,4%); todos inconclusivos (2,3%); VHBsAg negativo (1,1%); VHC negativo (1,1%); e anti-VHB negativo (1,1%). De salientar que não se verificaram resultados para o VHBsAg positivo, o VHC positivo e o anti-VHB positivo. As frequências e as percentagens relativas às respostas obtidas nesta questão estão representadas na Tabela 30 e na Figura 25.

**Tabela 30** – Tabela de frequências e percentagens a nível dos resultados dos exames laboratoriais realizados ao paciente após o AT

| Resultados dos exames laboratoriais realizados ao paciente após o AT | Não |        | Sim |       |
|----------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----|-------|
|                                                                      | N   | %      | N   | %     |
| Todos positivos                                                      | 85  | 96,6%  | 3   | 3,4%  |
| Todos negativos                                                      | 50  | 56,8%  | 38  | 43,2% |
| Todos inconclusivos                                                  | 86  | 97,7%  | 2   | 2,3%  |
| VHBsAg positivo                                                      | 88  | 100,0% | -   | -     |
| VHBsAg negativo                                                      | 87  | 98,9%  | 1   | 1,1%  |
| VHC positivo                                                         | 88  | 100,0% | -   | -     |
| VHC negativo                                                         | 87  | 98,9%  | 1   | 1,1%  |
| VIH positivo                                                         | 80  | 90,9%  | 8   | 9,1%  |
| VIH negativo                                                         | 75  | 85,2%  | 13  | 14,8% |
| Anti-VHB positivo                                                    | 88  | 100,0% | -   | -     |
| Anti-VHB negativo                                                    | 87  | 98,9%  | 1   | 1,1%  |

| Resultados dos exames laboratoriais realizados ao paciente após o<br>AT | Não                     |       | Sim |       |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|-----|-------|
|                                                                         | N                       | %     | N   | %     |
| Não realizado                                                           | 72                      | 81,8% | 16  | 18,2% |
| Ignorado                                                                | 74                      | 84,1% | 14  | 15,9% |
| <b>Total</b>                                                            | <b>N = 88 % = 100,0</b> |       |     |       |



**Figura 25** – Representação da amostra em estudo de acordo com os resultados dos exames laboratoriais realizados ao paciente após o AT

#### 5.4.1.5. Conduta e evolução do caso

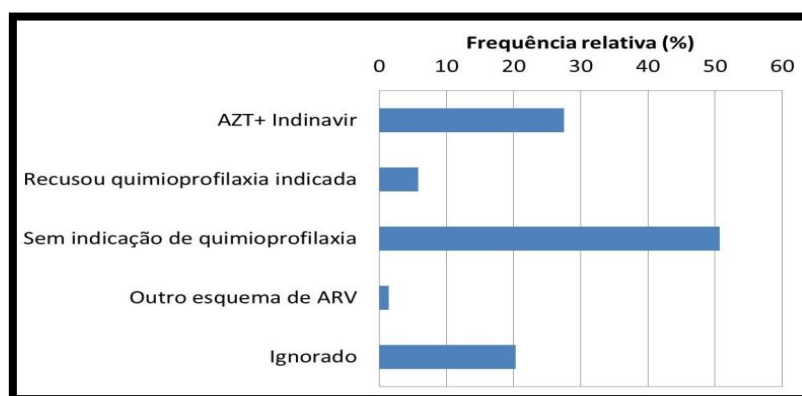
Neste subcapítulo, as análises apresentadas permitem responder a um objetivo específico do presente estudo, designadamente:

- Caracterizar os procedimentos relacionados com a conduta do PS, a evolução do caso (se possível) após a ocorrência do AT com exposição a material biológico em PS no hospital em estudo.

Tendo em consideração os dados apresentados na Tabela 31 e na Figura 26, relativos à conduta adotada no momento do AT, e ainda que se tenham verificado 36 respostas omissas, pode-se concluir que os PS responderam o seguinte: “sem indicação de quimioprofilaxia” (50,7%); “AZT + Indinavir” (27,5%); “ignorado” (20,3%); “recusou quimioprofilaxia indicada” (5,8%); e “outro esquema de ARV” (1,4%).

**Tabela 31** – Tabela de frequências e percentagens a nível da conduta adotada no momento do AT

| Conduta adotada no momento do AT  | Não                     |       | Sim |       |
|-----------------------------------|-------------------------|-------|-----|-------|
|                                   | N                       | %     | N   | %     |
| AZT + Indinavir                   | 50                      | 72,5% | 19  | 27,5% |
| Recusou quimioprofilaxia indicada | 65                      | 94,2% | 4   | 5,8%  |
| Sem indicação de quimioprofilaxia | 34                      | 49,3% | 35  | 50,7% |
| Outro esquema de ARV              | 68                      | 98,6% | 1   | 1,4%  |
| Ignorado                          | 55                      | 79,7% | 14  | 20,3% |
| <b>Total</b>                      | <b>N = 69 % = 100,0</b> |       |     |       |

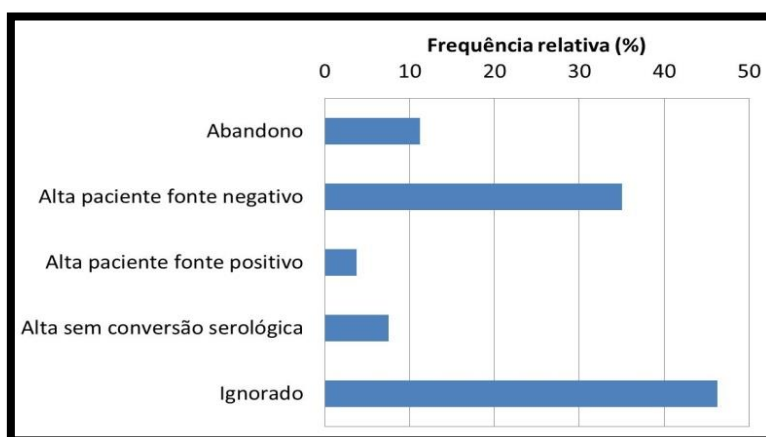


**Figura 26** – Representação da amostra em estudo de acordo com a conduta adotada no momento do AT

Por outro lado, e no que diz respeito à evolução do caso do AT, ainda que se tenham verificado 25 respostas omissas, os PS forneceram as seguintes respostas: “Ignorado” (46,3%); “Alta paciente fonte negativo” (35,0%); “Abandono” (11,3%); “Alta sem conversão serológica” (7,5%); e “Alta paciente fonte positivo” (3,8%). A Tabela 32 e a Figura 27 apresentam as frequências e as percentagens relativas à evolução do caso do AT.

**Tabela 32** – Tabela de frequências e percentagens a nível da evolução do caso do AT

| Evolução do caso do AT              | Não                     |              | Sim       |              |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|--------------|
|                                     | N                       | %            | N         | %            |
| <b>Abandono</b>                     | <b>71</b>               | <b>88,8%</b> | <b>9</b>  | <b>11,3%</b> |
| Alta paciente fonte negativo        | 52                      | 65,0%        | 28        | 35,0%        |
| <b>Alta paciente fonte positivo</b> | <b>77</b>               | <b>96,3%</b> | <b>3</b>  | <b>3,8%</b>  |
| Alta sem conversão serológica       | 74                      | 92,5%        | 6         | 7,5%         |
| <b>Ignorado</b>                     | <b>43</b>               | <b>53,8%</b> | <b>37</b> | <b>46,3%</b> |
| <b>Total</b>                        | <b>N = 80 % = 100,0</b> |              |           |              |



**Figura 27** – Representação da amostra em estudo de acordo com a evolução do caso do AT

#### **5.4.2. Análise do perfil dos PS que tiveram AT com materiais perfurocortantes e com exposição a material biológico**

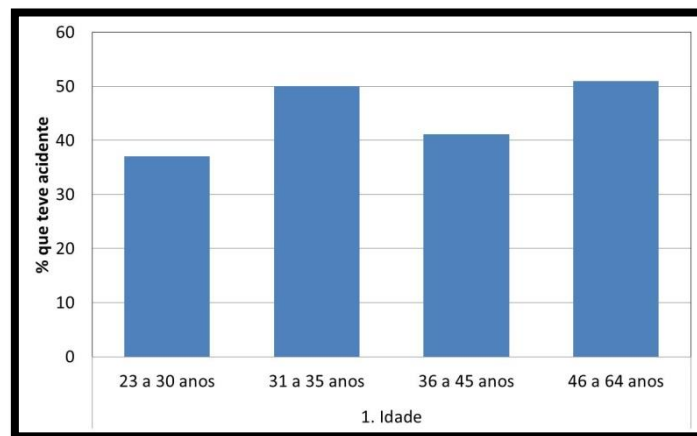
Para que se possa concretizar este objetivo específico do estudo, é importante analisar a relação existente entre o perfil sociodemográfico dos PS, o perfil profissional dos PS e os acidentes ocupacionais com material biológico. Assim, nos próximos subpontos serão analisadas as relações existentes entre todos estes fatores.

##### **5.4.2.1. Relação entre AT e o perfil sociodemográfico dos PS**

Atentando primeiramente na relação entre a ocorrência de AT e a idade dos PS inquiridos, e com base nos dados apresentados na Tabela 33 e na Figura 28, conclui-se que a maioria dos PS que sofreram um acidente têm entre 46 e 64 anos (50,9%). Porém, a percentagem de ocorrência de AT para os PS com idades entre os 31 e os 35 anos foi de 50,0%, entre os 36 e os 45 anos foi de 41,2% e entre os 23 e os 30 anos foi de 37,1%. No entanto, de acordo com o teste do Qui-quadrado as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2_{(3)} = 3,232$ ;  $p = 0,357$ ).

**Tabela 33** – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e a idade dos PS

| Idade dos PS | AT  |       |     |       | Teste Qui-quadrado                      |
|--------------|-----|-------|-----|-------|-----------------------------------------|
|              | Sim |       | Não |       |                                         |
|              | N   | %     | N   | %     |                                         |
| 23 a 30 anos | 23  | 37,1% | 39  | 62,9% | $\chi^2_{(3)} = 3,232$<br><br>p = 0,357 |
| 31 a 35 anos | 27  | 50,0% | 27  | 50,0% |                                         |
| 36 a 45 anos | 28  | 41,2% | 40  | 58,8% |                                         |
| 46 a 64 anos | 27  | 50,9% | 26  | 49,1% |                                         |

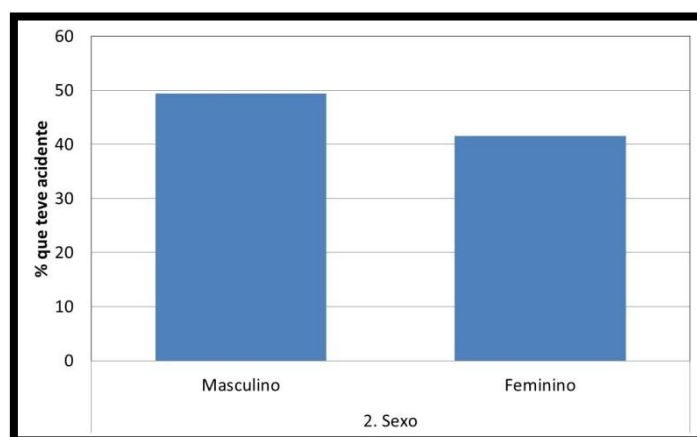


**Figura 28** – Representação da relação entre AT e a idade dos PS

Já no que diz respeito à relação entre a ocorrência de AT e o sexo dos PS inquiridos, e tal como é demonstrado na Tabela 34 e na Figura 29, pode-se constatar que a percentagem de acidentes é superior no caso dos PS do sexo masculino (49,4%), sendo, portanto, inferior no caso de sexo feminino (41,6%). Porém, as diferenças observadas não são significativas, tal como é corroborado pelo teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)} = 1,343$ ;  $p = 0,246$ ).

**Tabela 34** – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e o género dos PS

| Sexo dos PS | AT  |       |     |       | Teste Qui-quadrado                    |
|-------------|-----|-------|-----|-------|---------------------------------------|
|             | Sim |       | Não |       |                                       |
|             | N   | %     | N   | %     |                                       |
| Masculino   | 41  | 49,4% | 42  | 50,6% | $\chi^2_{(1)} = 1,343$<br>$p = 0,246$ |
| Feminino    | 64  | 41,6% | 90  | 58,4% |                                       |

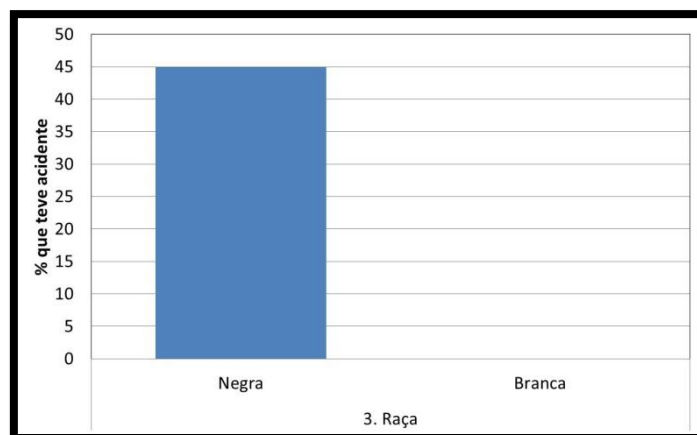


**Figura 29** – Representação da relação entre AT e o sexo dos PS

Por sua vez, através da análise da relação entre a ocorrência de AT e a raça dos PS inquiridos pode-se concluir que a percentagem de AT é superior para os PS de raça negra (44,9%), comparativamente aos PS de raça branca (0,0%). Porém, e tendo em consideração que na raça branca apenas se inserem dois PS, as diferenças não são significativas após a realização do teste do Qui-quadrado ( $X^2_{(1)} = 1,617$ ;  $p = 0,204$ ). Os dados estão devidamente representados na Tabela 35 e na Figura 30.

**Tabela 35** – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e a raça dos PS

| Raça dos PS | AT  |       |     |        | Teste Qui-quadrado                 |
|-------------|-----|-------|-----|--------|------------------------------------|
|             | Sim |       | Não |        |                                    |
|             | N   | %     | N   | %      |                                    |
| Negra       | 105 | 44,9% | 129 | 55,1%  | $X^2_{(1)} = 1,617$<br>$p = 0,204$ |
| Branca      | 0   | 0%    | 2   | 100,0% |                                    |

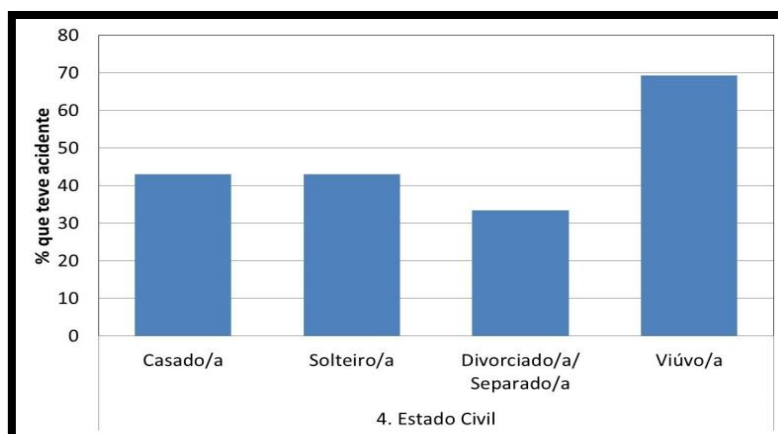


**Figura 30** – Representação da relação entre AT e a raça dos PS

A nível da relação entre a ocorrência de AT e o estado civil dos PS inquiridos, constata-se que a percentagem é muito superior para os PS viúvos/as (69,2%), comparativamente aos PS casados/as (43,1%), solteiros/as (43,0%) e divorciados/as e/ou separados/as (33,3%). No entanto, após o teste do Qui-quadrado verificou-se que as diferenças não são significativas ( $X^2_{(3)} = 3,703$ ;  $p = 0,295$ ). É também importante mencionar que nesta análise as categorias “divorciado” e “separado”, e como apresentam poucas observações entre a amostra em estudo, e devido ao facto de dizerem respeito a estados civis muito similares, são agregadas numa única categoria, tal como está representado na Tabela 36 e na Figura 31.

**Tabela 36** – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e o estado civil dos PS

| Estado civil dos PS       | AT  |       |     |       | Teste Qui-quadrado                   |
|---------------------------|-----|-------|-----|-------|--------------------------------------|
|                           | Sim |       | Não |       |                                      |
|                           | N   | %     | N   | %     |                                      |
| Casado/a                  | 28  | 43,1% | 37  | 56,9% | $X^2_{(3)} = 3,703$<br><br>p = 0,295 |
| Solteiro/a                | 65  | 43,0% | 86  | 57,0% |                                      |
| Divorciado/a e separado/a | 2   | 33,3% | 4   | 66,7% |                                      |
| Viúvo/a                   | 9   | 69,2% | 4   | 30,8% |                                      |



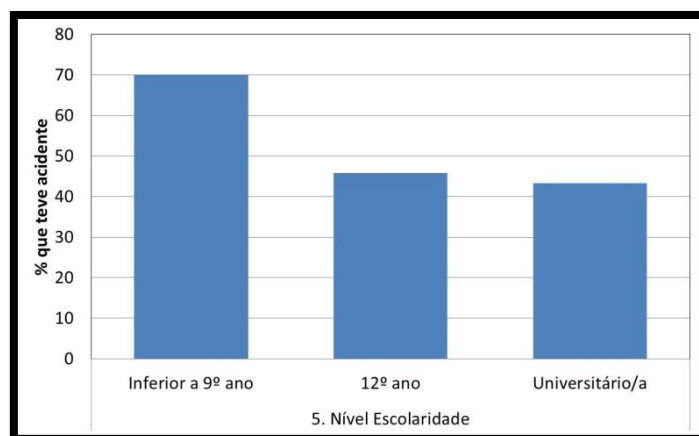
**Figura 31** – Representação da relação entre AT e o estado civil dos PS

Por fim, e no que diz respeito à relação entre a ocorrência de AT e as habilitações literárias dos PS inquiridos, verificou-se que a maioria dos PS tem apenas o 9º ano de escolaridade (70,0%), comparativamente aos PS com o 12º ano de escolaridade (45,8%) e com formação universitária (43,3%). Porém, após a realização do teste Qui-

quadrado concluiu-se que as diferenças não são significativas ( $X^2_{(2)} = 2,765$ ;  $p = 0,251$ ) (Tabela 37 e Figura 32).

**Tabela 37** – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e as habilitações literárias dos PS

| Habilitações literárias dos PS | AT  |       |     |       | Teste Qui-quadrado                                 |
|--------------------------------|-----|-------|-----|-------|----------------------------------------------------|
|                                | Sim |       | Não |       |                                                    |
|                                | N   | %     | N   | %     |                                                    |
| 9º ano de escolaridade         | 7   | 70,0% | 3   | 30,0% | X <sup>2</sup> <sub>(2)</sub> = 2,765<br>p = 0,251 |
| 12º ano de escolaridade        | 11  | 45,8% | 13  | 54,2% |                                                    |
| Formação universitária         | 87  | 43,3% | 114 | 56,7% |                                                    |



**Figura 32** – Representação da relação entre AT e as habilitações literárias dos PS

#### 5.4.2.2. Relação entre AT e o perfil profissional dos PS

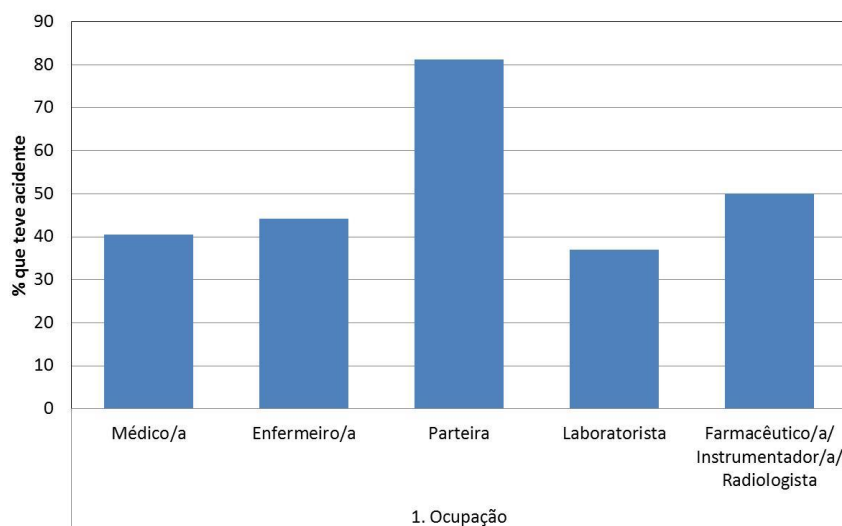
Atentando primeiramente na relação entre AT e a ocupação profissional dos PS inquiridos, foi possível concluir que a ocorrência de AT é superior em parteiras (81,3%), comparativamente aos farmacêuticos/instrumentalistas/radiologistas (50,0%), aos enfermeiros/as (44,2%), aos médicos/as (40,5%) e aos técnicos de laboratório (37,0%). É importante referir que após a realização do teste do Qui-quadrado se constatou que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2_{(4)} = 10,094$ ;  $p = 0,039$ ) (Tabela 38 e Figura 33).



**Tabela 38** – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e a ocupação profissional dos PS

| Ocupação profissional dos PS                       | AT  |       |     |       | Teste Qui-quadrado                        |
|----------------------------------------------------|-----|-------|-----|-------|-------------------------------------------|
|                                                    | Sim |       | Não |       |                                           |
|                                                    | N   | %     | N   | %     |                                           |
| Médico/a                                           | 15  | 40,5% | 22  | 59,5% | $\chi^2_{(4)} = 10,094$<br><br>p = 0,039* |
| Enfermeiro/a                                       | 57  | 44,2% | 72  | 55,8% |                                           |
| Parteira                                           | 13  | 81,3% | 3   | 18,8% |                                           |
| Técnico de laboratório                             | 17  | 37,0% | 29  | 63,0% |                                           |
| Farmacêutico/<br>Instrumentalista/<br>Radiologista | 3   | 50%   | 3   | 50%   |                                           |

\*  $p < 0,05$

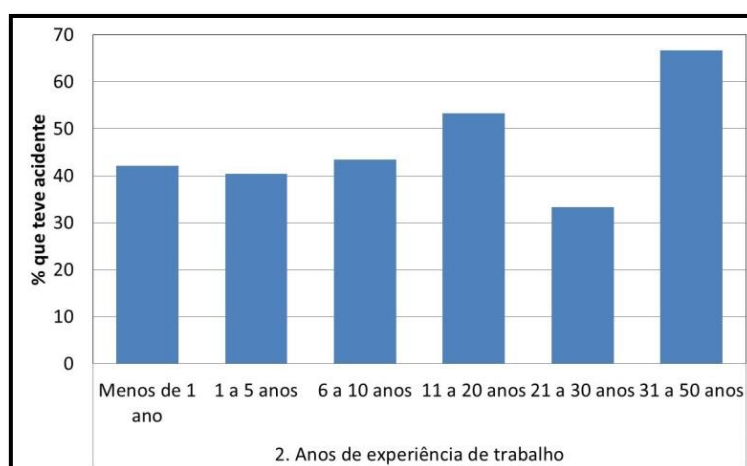


**Figura 33** – Representação da relação entre AT e a ocupação profissional dos PS

Finalmente, e no contexto da relação entre a ocorrência de AT e a experiência profissional dos PS, concluiu-se que a percentagem de acidentes é superior entre os PS com 31 a 50 anos de experiência (66,7%), comparativamente aos PS que têm entre 11 a 20 anos de experiência (53,3%), entre 6 e 10 anos de experiência (43,5%), menos de 1 ano de experiência (42,1%), entre 1 a 5 anos de experiência (40,4%) e entre 21 e 30 anos de experiência (33,3%). Após a realização do teste do Qui-quadrado, foi possível constatar que as diferenças observadas não são significativas ( $\chi^2_{(5)} = 6,859$ ;  $p = 0,231$ ) (Tabela 39 e Figura 34).

**Tabela 39** – Tabela de frequências e do teste do Qui-quadrado a nível da relação entre AT e a experiência profissional dos PS

| Experiência profissional dos PS | AT  |       |     |       | Teste Qui-quadrado                        |
|---------------------------------|-----|-------|-----|-------|-------------------------------------------|
|                                 | Sim |       | Não |       |                                           |
|                                 | N   | %     | N   | %     |                                           |
| Menos de 1 ano                  | 16  | 42,1% | 22  | 57,9% | $\chi^2_{(5)} = 6,859$<br><br>$p = 0,231$ |
| 1 a 5 anos                      | 36  | 40,4% | 53  | 59,6% |                                           |
| 6 a 10 anos                     | 20  | 43,5% | 26  | 56,5% |                                           |
| 11 a 20 anos                    | 8   | 53,3% | 7   | 46,7% |                                           |
| 21 a 30 anos                    | 6   | 33,3% | 12  | 66,7% |                                           |
| 31 a 50 anos                    | 16  | 66,7% | 8   | 33,3% |                                           |



**Figura 34** – Representação da relação entre AT e a experiência profissional dos PS

No capítulo seguinte (Capítulo 7) apresenta-se a discussão dos resultados obtidos ao longo da observação direta por parte do investigador, remetendo, portanto, para o trabalho de campo, em estreito confronto com a revisão da literatura previamente efetuada. O objetivo é analisar os resultados com a consideração tanto da parte prática como da parte teórica, almejando-se compreender se os resultados práticos são, na verdade, corroborados pela literatura existente acerca da temática em análise no presente estudo.

## 6. Discussão dos resultados

A leitura e análise da bibliografia e dos dados recolhidos permitiram a identificação de algumas unidades temáticas presentes nos artigos, contribuindo, também, para a apresentação dos resultados deste estudo, nomeadamente: a caracterização do perfil profissional dos PS, dos AT, das condutas adotadas após o AT e das medidas preventivas dos AT por parte dos PS do hospital em estudo.

O ambiente de trabalho em saúde apresenta um conjunto de fatores de risco que determinam a existência de risco para a saúde do trabalhador (profissional de saúde), sendo que a investigação em torno dos AT demonstra que os PS que cuidam diretamente e permanentemente dos doentes são os que se encontram mais expostos a tais riscos (Ministério da Saúde, 2010).

Por isso, a vigilância, ou proteção, e promoção do bem-estar físico e psicossocial dos PS ou dos trabalhadores em geral é um processo que detém um papel importantíssimo no contexto de SO (Caetano, 1993; Portaria nº 939, de 18 de novembro de 2008; Santos Júnior *et al.*, 2015; Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017), na perspetiva da realização de um diagnóstico precoce e perfeito da situação de risco e da avaliação e gestão efetiva dos riscos profissionais existentes no local de trabalho. Tais riscos dependem diretamente da organização ou adequação das instalações, condições de trabalho, da execução das tarefas, das próprias características individuais dos PS e da identificação dos fatores de risco e compreensão dos riscos existentes no local de serviço (Gerberding *et al.*, 1987). É precisamente nesta base que as instituições internacionais e nacionais solicitam uma avaliação adequada e uma gestão do risco profissional, especialmente em PS, objetivando-se a diminuição do impacto de tais riscos nas condições de trabalho e na saúde dos profissionais.

A avaliação e gestão do risco profissional, e tendo em consideração o seu carácter multidisciplinar, é um procedimento diário e constante, visto que o risco pode ser perspetivado de diversos modos pelas chefias das empresas, pela SO e pelos líderes. Um outro fator que contribui para esta luta diária e constante remete para a atualização do sistema de vigilância e dos protocolos inerentes, amplamente referidos pela literatura relacionada com o conceito de risco, o que dificulta, muitas vezes, a comunicação, a avaliação e a gestão do risco nas empresas (Lei nº 8/213, de 24 de julho de 1991; Portaria nº 939, de 18 de novembro de 2008; UNAIDS, 2020).

Após a apresentação dos resultados obtidos através da aplicação dos questionários é importante refletir sobre os mesmos, pois tal reflexão e discussão permitirá compreender quais os dados que têm mais importância e significado, bem como as relações existentes entre a parte prática e teórica do presente estudo, o que permitirá chegar, por sua vez, às principais conclusões da investigação realizada. É também vital evidenciar que as variáveis de absentismo e de incapacidade foram omissas e que alguns dos AT ocorridos não foram devidamente declarados aquando do preenchimento dos questionários, o que impede a obtenção de dados pertinentes que, eventualmente, enriqueceriam a discussão dos resultados obtidos.

Os profissionais que participaram no presente estudo são guineenses, sendo que a inexistência de outras nacionalidades pode dever-se à localização geográfica do hospital em estudo, o HNSM.

Atentando especificamente nos resultados desta pesquisa, estes são consistentes com outras pesquisas, demonstrando as características pessoais e profissionais da amostra em estudo, os fatores envolvidos no ambiente e na atividade laboral e a exposição a materiais biológicos, capazes de resultar em AT. De um modo geral, as informações alcançadas com o presente estudo demonstram que os riscos profissionais têm um papel importante na definição da efetividade das estratégias de programas de prevenção e promoção da saúde dos PS, tal como é corroborado por outras investigações.

A pesquisa efetuada contou com a participação de mais PS do género feminino (65%), com idades compreendidas entre os 36 e os 45 anos (28,7%), sendo que na sua maioria são todos profissionais efetivos no hospital em estudo (HNSM). Muitas pesquisas aprovaram que, as mulheres e os enfermeiros/as, que constituem o PS que prestam assistência direta ao paciente com mais frequência, seja os grupos que enfrentam um maior risco no contexto profissional, estando mais frequentemente expostos a materiais biológicos (Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004).

No universo dos 702 PS que trabalham no hospital em estudo apenas 237 caracterizam a amostra em estudo, correspondendo a cerca de 45% do total dos RH existentes no hospital. De um modo geral, a maioria dos PS inquiridos têm habilitações literárias muito distintas (9º ano de escolaridade, 12º ano de escolaridade e formação universitária), sendo que a categoria profissional que mais se destaca entre a amostra é, sem dúvida, a de enfermagem (enfermeiros), representando 55,1% da amostra. Além disso, os resultados também demonstram um predomínio da exposição a material biológico em

profissionais do género feminino (N = 64), com idades compreendidas entre os 46 e os 64 anos, e pertencentes à categoria profissional de enfermeiros (N = 57). Observam-se resultados semelhantes no estudo conduzido por Santos Júnior *et al.* (2015). Em Teresina, 84% dos envolvidos eram profissionais do género feminino, bem como no estudo de Spagnuolo *et al.* (2013). Já no estudo de Londrina, em 73,5% dos casos a equipa de enfermagem foi a que apresentou um risco superior de exposição ocupacional a material biológico.

No que diz respeito às faixas etárias dos PS mais observadas, evidencia-se que todas elas estão sujeitas a exposições a material biológico, o que demonstra a necessidade de promover mais formações de hábitos profissionais consolidados pela prática diária, incluindo exercícios sobre o uso frequente e adequado de EPIs e de maiores cuidados em relação aos eventuais riscos capazes de resultar em AT durante todas as etapas de prestação de cuidados (Miranda *et al.*, 2017).

Entre as principais estratégias que permitem minimizar os riscos de exposição ocupacional destacam-se as seguintes: 1) cuidados perante os riscos existentes, alterando a situação de saúde dos profissionais; 2) cuidado na manipulação dos objetos perfurocortantes usados no hospital; 3) manuseamento adequado e cuidados do lixo hospitalar; 4) utilização de EPIs; e 5) a não reencapsulação das agulhas. Contudo, outras estratégias importantes que podem ser implementadas neste contexto remetem para a formação profissional das equipas multiprofissionais, a revisão das técnicas usadas, a elaboração de protocolos, a utilização de instrumentos especializados e a promoção de ambientes de trabalho mais sustentáveis e saudáveis (Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005).

As exposições percutâneas são as mais frequentes entre a amostra do estudo, sobretudo nos membros superiores (mãos), representando 54,5% dos AT resultantes de exposição a material biológico. De facto, as mãos são o local do corpo dos profissionais mais atingidos, devido basicamente ao manuseamento dos materiais hospitalares perfurocortantes. Por isto, a SO reforça a necessidade de vigilância e de capacitações contínuas, bem como a organização relativa à utilização dos vários materiais hospitalares, especialmente dos objetos perfurocortantes (Paz; Santos; Lautert, 2014). Os resultados obtidos na pesquisa efetuada por Spagnuolo *et al.* (2013) são semelhantes, pois os investigadores identificaram que 92,5% das exposições resultaram do uso de materiais perfurocortantes, sendo que o tipo de exposição resultou da função desempenhada pelos PS.

No entanto, a observação direta, ou trabalho de campo, realizada no presente estudo também permitiu constatar empiricamente que para além das atividades profissionais desenvolvidas, das tecnologias utilizadas, dos riscos químicos existentes, da manipulação dos agentes biológicos, dos riscos psicossociais, da sobrecarga de trabalho, das condições estruturais do trabalho, dos riscos ergonômicos e dos procedimentos adotados no trabalho, quase todos os profissionais que prestam cuidados de saúde estão expostos, e às vezes simultaneamente, a vários fatores de risco, comprometendo, portanto, a sua saúde.

Em consonância com Lima (2003), para se prevenir a ocorrência de AT e doenças ligadas ao trabalho é fundamental que os profissionais reconheçam os vários fatores de risco existentes no seu ambiente de trabalho, bem como as eventuais alterações na sua saúde, resultantes da sua exposição a tais fatores de risco. De modo geral, os profissionais identificam os fatores de risco através do reconhecimento do risco ou perigo e da tolerância ou não a tal risco/perigo, sendo que deve agir em congruência também com as estratégias impostas pelo serviço de HST ou de SO.

No que diz respeito às medidas de prevenção anteriores à exposição, e especialmente o uso de EPIs, os profissionais inquiridos referiram utilizar sempre luvas e máscaras durante os procedimentos, ainda que poucos usem avental, botas e óculos de proteção. Relativamente à situação vacinal, poucos profissionais se recordavam se haviam sido previamente imunizados contra a hepatite B nem se tinham qualquer marcador de imunidade. No entanto, alguns dos PS inquiridos já haviam sido submetidos a dosagens de anticorpos anti-VHB, permitindo a identificação prévia dos inquiridos à imunização contra a hepatite B.

Noutros dois estudos foram encontrados resultados inferiores no que diz respeito a esta variável: no estudo de Lima, Kawasaki e Romeiro (2017), 97% dos trabalhadores haviam sido imunizados contra a hepatite B e 74,4% apresentavam o marcador de imunidade; já no estudo de Spagnuolo *et al.* (2013), cerca de 74,3% dos profissionais tinham imunização prévia contra a hepatite B. Uma das principais vantagens de ter taxas superiores de proteção contra a doença é a de que essas medidas de pré-exposição acabam por racionalizar o uso da imunoglobulina anti-hepatite B, uma vez que o trabalhador previamente imunizado não precisa de receber essa imunoglobulina, evitando não só o desconforto relacionado com a ocorrência de AT, mas também os encargos financeiros impostos à instituição, para além de reforçar os benefícios da realização de campanhas vacinais no âmbito hospitalar e para os PS.

Em relação aos AT, neste estudo observou-se um número superior de AT com materiais perfurocortantes e nos PS com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos, o que nos leva a questionar se a experiência profissional pode, de facto, influenciar a ocorrência de AT, visto que a má gestão do stress ou do ambiente de trabalho, causando uma maior pressão, pode resultar em AT. Ou seja, os hábitos de trabalho objetivam adaptar o corpo e aumentar a atenção dos PS aos riscos laborais, o que pode não se verificar nos profissionais mais jovens e com menos anos de experiência profissional (Pinto, 1996).

Estes resultados são idênticos os resultados obtidos por Faria (2008), visto que o investigador concluiu que a maioria dos AT, e no ambiente hospitalar, acontecem com trabalhadores com idades entre os 25 e os 34 anos. Segundo Chan (1998, apud Faria, 2008), este facto deve-se à falta de experiência dos trabalhadores, bem com à sua subestimação perante os riscos inerentes à atividade profissional. Este facto está também em conformidade com a teoria do otimismo irrealista, que preconiza que os outros tendem a ser considerados como menos aptos para lidar com o risco do que nós próprios.

O presente estudo também revelou a predominância de acidentes com materiais perfurocortantes em PS do género feminino, representando 55% do total dos inquiridos, facto que pode ser justificado devido à predominância de trabalhadoras do género feminino no setor da saúde. Alguns resultados semelhantes foram apresentados em estudos realizados em hospitais brasileiros (Vieira; Padilha; Pinheiro, 2011), num hospital no norte da Tailândia (Júlio; Filardi; Marziale, 2014) e num hospital universitário na Sérvia, sendo que o género feminino, e na área da saúde, tem representado uma força de trabalho superior a nível mundial.

Os PS inquiridos no presente estudo são, na sua maioria, efetivos, com experiência profissional superior a 5 anos (45%), sendo que estes valores vão de encontro aos obtidos noutros estudos, tal como é o caso do estudo de Martins (2002), onde se afirma que existe uma falta de formação contínua, bem como de supervisão entre os profissionais na área da saúde. Por sua vez, esta faixa pode também englobar um número superior de profissionais, visto que engloba mais faixas etárias.

No que diz respeito ao mês com maior ocorrência de AT, o que mais se destacou na presente investigação foi o mês de março, com 21% dos registos de AT, podendo estar associado a um maior fluxo de doentes e/ou à maior ocupação de camas na instituição, correspondendo a um dos meses com maior período de chuva, resultando, por sua vez,

no aumento no número de utentes nos hospitais. Quanto ao dia da semana com maior ocorrência de AT, verificou-se que este é, sem dúvida, a segunda-feira (42,9%), valor este que é dissonante dos obtidos noutros estudos, que mencionavam dias de final de semana.

Por sua vez, atentando na ocupação profissional dos PS em estudo, constata-se, através dos dados recolhidos, que os que mais registaram AT foram os enfermeiros (N = 57; 44,3%), resultado este que é semelhante ao obtido no estudo de Martins (2002), visto que o autor refere que 43% dos profissionais acidentados são enfermeiros, tal como ocorre também no estudo desenvolvido por Ruiz, Barbosa e Soler (2004).

No que diz respeito ao turno de ocorrência de AT o período diurno foi o predominante, especialmente a manhã (53,5%), o que se pode dever ao ritmo de trabalho mais intenso, com mais tarefas técnicas a serem executadas neste período e com maior afluência de pessoas aos serviços de diferentes áreas. Assim, todos estes fatores acarretam uma maior movimentação por parte dos PS. Estes dados são semelhantes aos apresentados numa pesquisa realizada em Portugal (Pimenta *et al.*, 2013) e em duas pesquisas realizadas no Brasil (Ann *et al.*, 2008; Auta *et al.*, 2017), bem como nos estudos de Martins (2002) e Faria (2008).

Analisando a ocorrência de AT por local e serviço, constata-se que o serviço de Ginecologia-Obstetrícia é o que apresenta uma percentagem superior de ocorrência (19,6%), o que pode estar associado ao facto de ser um setor onde ocorrem algumas práticas cirúrgicas realizadas com recurso a materiais perfurocortantes, muitas vezes em situações de risco de vida. No entanto, outros estudos apontam para outros serviços, nomeadamente o serviço cirúrgico, que é o que concentra um maior número de exposições (Júlio; Filardi; Marziale, 2014).

Constata-se, também, que existe um número elevado de acidentes causados pelo contacto com substâncias orgânicas, nomeadamente por parte dos trabalhadores que não utilizam os EPIs de um modo adequado. Martins (2002) apresenta a mesma observação no seu estudo, evidenciando que 67,9% dos profissionais expostos a sangue não usavam luvas na altura da ocorrência do acidente. Para o autor, a formação nas escolas, a formação em serviço e a prática profissional atual são dotadas de um vasto conhecimento sobre as doenças transmissíveis no contexto laboral, motivo pelo qual a implementação de boas práticas e da vigilância dos riscos de AT devem ser uma preocupação constante das administrações hospitalares.



Em relação aos agentes causadores de acidentes, constata-se que a picada por agulha é o mais frequente entre os enfermeiros, tal como é referido noutros estudos prévios, sendo que estes AT podem ser evitados ou, pelo menos, minimizados, caso se verifique um uso adequados dos equipamentos e/ou se os PS tiverem cuidado no manuseamento de materiais perfurocortantes. Caso os PS deixem as agulhas desprotegidas em lugares impróprios após a sua utilização, ou inclusive o reencapsulamento da agulha usada, estão a incumprir as regras de prevenção de AT. No entanto, e dadas as situações, a agressividade e a agitação por parte dos pacientes torna necessária uma atenção reforçada por parte dos profissionais, motivo pelo qual as administrações hospitalares se deveriam preocupar com a introdução de novos meios técnicos e equipamentos, almejando proteger os pacientes e os profissionais que prestam os cuidados de saúde.

No que diz respeito à experiência profissional dos PS, constata-se que ocorrem mais AT em PS com mais anos de experiência profissional, devido essencialmente às medidas tomadas após a exposição, pois todos os trabalhadores e pacientes foram testados de acordo com o protocolo da exposição ocupacional a material biológico, mantendo, portanto, a uniformização das condutas destinadas aos cuidados dos profissionais.

Mais concretamente, os casos de exposição a material biológico com paciente-fonte VIH positivo foram acompanhados ambulatoriamente, com retornos e testagens serológicas em 6 semanas, 3, 6 e 12 meses após a exposição, não havendo resultados serológicos reagentes em 4,7% dos casos. De referir que houve a necessidade de quimioprofilaxia contra o VIH, ainda que numa percentagem inferior à registada por Lima, Kawasaki e Romeiro (2017), cujo estudo demonstrou que 8% dos profissionais utilizou a profilaxia. Porém, no estudo de Barbosa *et al.* (2017) foram registadas percentagens superiores, sendo que 76,7% dos trabalhadores expostos utilizou a profilaxia. Por sua vez, no acompanhamento dos casos de exposição a material biológico infetado pelo VHC, os profissionais foram devidamente seguidos, repetindo-se o exame anti-VHC após 45, 90 e 180 dias, com resultados não reagentes, o que demonstra que não houve, de facto, contágio.

É importante mencionar que se verificou uma certa variação sazonal na ocorrência de AT com materiais biológicos entre a amostra em estudo. Ainda que em setembro se tenham verificado mais do que o dobro das exposições acidentais, e comparativamente aos restantes meses, não é possível identificar os motivos para tal discrepância. Finalmente, os dados setoriais demonstram que os principais setores onde ocorrem AT

devido à exposição a material biológico são a unidade de terapia intensiva e o centro cirúrgico.

O estudo permitiu constatar que o fluxo de atendimento dentro do protocolo específico para a exposição ocupacional a material biológico, bem como as campanhas vacinais para imunização contra o VHB, foram medidas nitidamente eficazes na instituição hospitalar em estudo. Todos os profissionais expostos foram acolhidos e acompanhados, fizeram testes serológicos e foram posteriormente atendidos em ambulatório. É vital ressaltar que as campanhas vacinais, nomeadamente de imunização contra o VHB, evitaram o uso desnecessário da imunoglobulina, economizando, portanto, os recursos financeiros do hospital.

Os últimos dados que merecem especial atenção remetem para o facto de apenas 17% das exposições a material biológico terem ocorrido em situações de urgência, o que demonstra que a maioria das exposições ocorreu quando não existia a necessidade de o profissional se expor consideravelmente, pois não tinha de tomar atitudes num curto espaço de tempo. Com base nestes dados, algumas interpretações são possíveis, no sentido de melhor explicar esta constatação: falta de EPIs ou descuido na sua utilização em situações rotineiras, as práticas de risco e a sobrecarga laboral entre os PS. De facto, é muito provável que todas estas causas tenham contribuído, de alguma forma, para a ocorrência dos AT devido a exposição a material biológico.

Por conseguinte, para evitar o descuido na utilização dos EPIs e as práticas de risco, que ameaçam a segurança dos profissionais durante a realização dos vários procedimentos, as campanhas de prevenção podem ser bastante importantes. No entanto, seriam também necessários mais investimentos a nível profissional para que se pudessem evitar eventuais descuidos na utilização dos EPIs, bem como a sobrecarga laboral, o que exigiria, por sua vez, polícias novas destinadas a essa mesma finalidade. Em suma, a investigação de AT é bastante desafiadora, resultando em mais questões do que respostas, motivo pelo qual é fundamental continuar com novas explorações no futuro.

## 7.Considerações finais

O presente estudo contribui para o desenvolvimento do conhecimento a nível da prestação de serviços pelos PS no ambiente hospitalar na Guiné-Bissau, dos maiores fatores de risco inerentes a esse mesmo contexto e do risco de doenças ligadas ao trabalho. De facto, os AT são muito frequentes entre PS, estando diretamente associados ao risco de transmissão de várias infeções, tal como é o caso do VHB, do VHC e do VIH.

De um modo geral, os hospitais, bem como outros estabelecimentos da área da saúde em países subdesenvolvidos, deverão ter um programa de prevenção de acidentes de trabalho através dos serviços de SO, adaptando as características da unidade de saúde de modo a contemplar um conjunto específico de ações a nível da prevenção primária, com o intuito de permitir uma atuação rápida e eficaz em caso de AT, minimizando, assim, as consequências para a saúde dos profissionais.

O presente estudo também permitiu conhecer, e de forma bastante positiva, o perfil das exposições ocupacionais a material biológico em PS do hospital em estudo, bem como os fatores pessoais e profissionais que interferem no risco de acidente. Aquando da realização da pesquisa estiveram presentes apenas 237 PS, representando cerca de 33% dos RH totais do hospital em estudo (N = 702).

Tendo em consideração a diferença das atividades efetuadas no ambiente hospitalar, e sobretudo nos serviços de prestação de cuidados, administração e laboratório, a exposição ocupacional a material biológico decorrente de AT e com objetos perfurocortantes, foi reconhecida e pelos PS que os principais fatores de risco para a ocorrência de AT remetem para o risco biológico, químico, físico e psicossocial. No entanto, neste estudo houve mais referências ao risco biológico por parte dos PS, independentemente do serviço onde trabalham. Além disso, os profissionais com mais experiência profissional apresentam uma maior probabilidade de sofrerem AT, comprometendo a sua saúde e bem-estar físico e psicossocial.

É muito preocupante constatar que existem muitos profissionais que não compreendem nem conseguem avaliar os riscos de AT e de doenças ligadas ao trabalho, estimando-se que 8 em cada 10 considera não existir ou ser baixa a probabilidade de ocorrência de AT ou doença ligada ao trabalho. Assim, pode-se considerar que a falta de estratégias e de programas de segurança e prevenção de riscos no local de trabalho podem ser um fator de risco perigo adicional muito importante para a ocorrência de AT.

De igual modo, outro fator significativo para a ocorrência de AT está relacionado com as condições de trabalho, que quanto melhores forem, menor será a probabilidade de AT. Por conseguinte, todos os dados obtidos no presente estudo são importantes, especialmente para a elaboração de medidas de melhoria das condições de trabalho no HNSM e, consequentemente, para a de prevenção de AT.

Resumidamente, o risco elevado de AT e de adquirir doenças profissionais significa que todos os PS do HNSM apresentam uma grande vulnerabilidade, associada ao baixo nível da organização do posto de trabalho, às más características do ambiente de trabalho e à falta de literacia em HST e em SO na Guiné-Bissau, especialmente no hospital em estudo. Independentemente das áreas de serviço e das atividades desenvolvidas pelos PS, a avaliação e a gestão do risco no local de trabalho devem ser feitas ou adaptadas às necessidades profissionais dos PS, especialmente no que diz respeito ao conteúdo, à carga e organização do ambiente de trabalho de cada um e às características do trabalhador (saúde, capacidade de trabalho em função da idade e género, aptidões e competências).

As constatações da presente investigação podem ser vantajosas a nível prático, nomeadamente na promoção de um local e ambiente de trabalho saudável, que promova, também, um trabalho consistente e sustentável, mantendo todos os profissionais saudáveis, motivados e produtivos, pois deste modo contribui para o aumento de ganhos a nível da saúde e da economia, para além de minimizar a ocorrência de AT, não só no HNSM, mas também em qualquer instituição ou país.

As informações constantes nesta pesquisa devem constituir uma base reflexiva e uma contribuição para o aumento do conhecimento na população guineense em geral, e dos PS do HNSM, nomeadamente em SO, sobre o perfil da exposição a material biológico por parte dos PS, sobre os riscos e medidas preventivas e sobre a utilização da melhor estratégia a nível dos programas de SO. Esperemos que este estudo tenha um contributo significativo, servindo de referência para estudos futuros relacionados com o perfil da exposição a material biológico nos PS, os seus riscos e a prevenção associada aos AT.

## **8. Recomendações e perspectivas futuras**

Após a obtenção de toda a informação identificaram-se tópicos de preocupação da saúde Ocupacional no hospital em estudo, visto que o sistema de trabalho, o perfil das exposições ocupacionais a material biológico, as fracas medidas preventivas e os riscos presentes aumentam a probabilidade de ocorrência de AT.

Dada a complexidade em espelhar os dados reais através da amostra do presente estudo, e no que diz respeito ao real risco de AT no contexto hospitalar, pretende-se que os resultados obtidos sejam a referência para análises e argumentações futuras, complementando esta pesquisa e as suas descobertas.

No entanto, é importante destacar que o investimento em SO é crucial, tanto por parte do governo guineense como por parte das instituições de saúde, designadamente para que se possa ter um clima de trabalho saudável e sustentável, com o intuito de se garantir o bem-estar dos profissionais e também dos doentes. Não há prestação de cuidados efetiva aos doentes se os profissionais de saúde não estiverem saudáveis e em segurança nos seus locais de trabalho.

Neste sentido, e com o intuito de assegurar a eficácia dos investimentos a nível da gestão do risco profissional, é importante promover a formação contínua de todos os profissionais, visando um reconhecimento adequado dos riscos de AT, mas também a capacitação, a responsabilização e a mobilização de todos os PS para melhores práticas e condutas a nível da manutenção da sua saúde e bem-estar.

Apesar de o estudo ser de tipo explorativo, avaliando variáveis relacionadas com o perfil das exposições ocupacionais a material biológico (AT), riscos e medidas preventivas, existem outras variáveis que não foram incluídas na presente investigação, tal como é o caso da experiência da perceção do risco, carga de trabalho, incapacidade, absentismo, entre outras. Após a análise inicial deste estudo em relação ao AT, recomenda-se a realização de pesquisas futuras no sistema de saúde da Guiné-Bissau, com o intuito de se aprofundar mais a temática dos AT.

Em síntese, o presente estudo pretendeu motivar os profissionais a executarem as suas tarefas nas áreas da SO, bem como os investigadores a efetuarem outros estudos comparativos em relação ao perfil das exposições ocupacionais a material biológico (AT), aos riscos e às medidas preventivas.

## 9. Referências bibliográficas

ANN, N. D. [et al.] – Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: National case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. 24: 2 (2003) 86-96.

AUTA, A. [et al.] – Health-care workers' occupational exposures to body fluids in 21 countries in Africa: Systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**. 95: 12 (2017) 831-841F.

BARBOSA, A. S. A. A. [et al.] – Subnotificação de acidente ocupacional com materiais biológicos entre profissionais de Enfermagem em um hospital público. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. 15: 1 (2017) 12-17.

CABETE, D. – Risco, penosidade e insalubridade: Uma realidade na profissão de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2000.

CAETANO, M. – Prefácio. In: SANTOS-LUCAS, J. – SIDA: A sexualidade desprevenida dos portugueses. Lisboa: McGraw-Hill, 1993.

CHIAVENATO, I. – Recursos humanos: O capital humano das organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CUNHA, M. T. [et al.] – Princípios de atuação na exposição ocupacional ao HBV, HCV e HIV. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. 47: 4 (2006) 231-239.

DEMENT, J. M. [et al.] – Blood and body fluid exposure risks among health care workers: Results from the Duke Health and Safety Surveillance System. **American Journal of Industrial Medicine**. 46: 6 (2004) 637-648.

DIRETIVA 2000/54/CE – Parlamento Europeu e do Conselho. (18-09-2000) – Proteção dos trabalhadores contra a exposição a agentes biológicos.

EUROFOUND – Sexto inquérito europeu sobre as condições de trabalho. [Em linha]. 2015. [Consult 31 Jan. 2020]. Disponível em <https://www.eurofound.europa.eu/pt/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-european-working-conditions-survey-resume>

FARIA, A. M. C. – Caracterização e análise dos acidentes de trabalho com profissionais de uma unidade hospitalar. Minho: Escola de Engenharia. Universidade do Minho; 2008.

FORTIN, M. – O processo de investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

FREITAS, L. – Segurança e saúde do trabalho. Lisboa: Edições Sílabo, 2011.

GERBERDING, J. L. [et al.] – Risk of transmitting the Human Immunodeficiency Virus, Cytomegalovirus, and Hepatitis B Virus to health care workers exposed to patients with AIDS and AIDS-related conditions. **The Journal of Infectious Diseases**. 156: 1 (1987) 1-8.

GRAÇA, L. – Hospital Real de Todos os Santos: Da ostentação da caridade ao génio organizativo. **Dirigir – Revista para Chefias**. 32 (1994) 26-31.

IBEKWE, R. C.; IBEZIAKO, N. – Hepatitis B vaccination status among health workers in Enugu, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**. 9: 1 (2006) 7-10.

JULIO, R. S. FILARDI, M. B. S. MARZIALE, M. H. P. – Acidentes de trabalho com material biológico ocorrido em municípios de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 67: 1 (2014) 119-126.

KLATT, E. C. – Pathology of AIDS. Florida: Florida State University College of Medicine, 2002.

KOHN, W. G. [et al.] – Guidelines for infection control in dental health-care settings – 2003. **MMWR Recomm Rep**. 52: RR-17 (2003) 1-61.

LEAVY, P. – Quantitative, qualitative, mixed methods, arts-based, and community-based participatory research approaches. London: The Guilford Press, 2017.

LEI nº 8.213. Diário Oficial da União. Secção 1. (25-07-1991) 14809 – Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e das outras providências.

LEI nº 102/2009. Diário da República. Série I. (10-09-2009) 6167-6192 – Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho.

LEI nº 93/2019. Diário da República. Série I. (04-09-2019) 35-51 – Altera o Código de Trabalho.

LEPLAT, J. – L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes. Toulouse : Octarès Éditions, 2000.

LIMA, G. M. N.; KAWASAKI, G. H.; ROMEIRO, F. G. – Perfil das exposições ocupacionais a material biológico entre profissionais de saúde do Hospital de Base de

Bauru: Medidas preventivas e pós-exposição. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 15: 3 (2017) 194-199.

LIMA, P. – Manual de gestão da prevenção (Curso de Pós-Graduação Segurança e Higiene do Trabalho). Setúbal: Escola Superior de Ciências Empresariais, 2003.

MARTINS, A. C. P.; CUNHA, J. G. S. RAMOS, M. I. A. – A transmissão do VHB, do VHC e do VIH aos profissionais de saúde. Coimbra: Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra; 2013.

MARTINS, I. P. – Educação e educação em ciências. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2002.

MIGUEL, A. – Manual de higiene e segurança no trabalho. Porto: Porto Editora, 2014.

MIGUEL, A. [et al.] – Desenvolvimento e validação de um guião para diagnóstico das condições de segurança e saúde na administração local. Guimarães: Sociedade Portuguesa de Segurança e Saúde Ocupacional, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Manual A B C D E das hepatites virais para cirurgiões dentistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MIRANDA, F. M. D. [et al.] – Profile of Brazilian workers victims of occupational accidents with biological fluids. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 70: 5 (2017) 1061-1068.

NOGUEIRA, A. S. [et al.] – Prevalência e notificação de acidentes de trabalho com exposição a material biológico na odontologia. **Revista Ciência Plural**. 2: 1 (2016) 102-119.

NOGUEIRA, J. A. A. – Prevalência da exposição ocupacional de profissionais de saúde oral portugueses a produtos biológicos. Coimbra: Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra; 2009. Mestrado em Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: da prevenção à terapêutica.

NOWAK, N. L. [et al.] – Fatores de risco para acidentes com materiais perfuro cortantes. **O Mundo da Saúde**. 37: 4 (2013) 419-426.

ORIENTAÇÃO nº 013/2020. Direção-Geral da Saúde. (21-03-2020) – Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19).

PAZ, A. A. SANTOS, C. LAUTERT, L. – Fatores associados aos acidentes de trabalho em instituição hospitalar. **Enfermagem em Foco**. 5: 1/2 (2014) 25-28.



PIMENTA, F. R. [et al.] – Atendimento e seguimento clínico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 47: 1 (2013) 198-204.

PINTO, J. M. – Contributos para uma análise dos acidentes de trabalho na construção civil. **Cadernos de Ciências Sociais**. 15-16 (1996) 87-119.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO nº 5. Diário Oficial da União. (28-09-2017) – Consolidação das normas sobre as ações e os Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA nº 821/91. Diário da República. Série I-B. (12-08-1991) – Estabelece as advertências de nocividade e os teores de nicotina e de alcatrão que devem constar das embalagens dos produtos do tabaco que se destinam a ser comercializados em território nacional.

PORTARIA nº 1036/98. Diário da República. Série I. (15-12-1998) 6835-6843 – Altera a lista dos agentes biológicos classificados para efeitos da prevenção de riscos profissionais.

PORTARIA nº 485. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. (11-11-2005) – Aprova a norma regulamentadora no 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de saúde).

PORTARIA nº 939. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. (18-11-2008) – Dispõe sobre substituição de materiais perfuro cortantes por outros com dispositivo de segurança.

PORTARIA nº 104. Diário Oficial da União. (25-01-2011) – Define as terminologias adotadas em legislação nacional.

PRÜSS-USTÜN, A.; RAPITI, E.; HUTIN, Y. – Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. **American Journal of Industrial Medicine**. 48: 6 (2005) 482-490.

RESOLUÇÃO RDC nº 306. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. (07-12-2004) – Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços.

RODRIGUES, A. [et al.] – Exposição a agentes biológicos. Revista divulgação segurança e saúde no trabalho, nº 12, 2003.

RUIZ, M.; BARBOSA, D.; SOLER, Z. – Acidentes de trabalho: Um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. 11: 4 (2004) 219-224.

SACADURA-LEITE, E. [et al.] – Junior doctors' attitudes and practices related with exposure to organic fluids in a Portuguese hospital. In: CONFERENCE 1<sup>ST</sup> INTERNATIONAL MEETING ON WELLBEING AND PERFORMANCE IN CLINICAL PRACTICE, Greece, March 2014.

SANTOS JÚNIOR, E. P. [et al.] – Acidente de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais e estudantes da área da saúde em hospital de referência. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. 13: 2 (2015) 69-75.

SEPKOWITZ, K. A. – Occupationally acquired infections in health care workers: Part I. **Annals of Intern Medicine**. 125: 10 (1996a) 826-834.

SEPKOWITZ, K. A. – Occupationally acquires infections in health care workers: Part II. **Annals of Intern Medicine**. 125: 11 (1996b) 917-928.

SMITH, A. J. [et al.] – Management of needlestick injuries in general dental practice. **British Dental Journal**. 190 (2001) 645-650.

SPAGNUOLO, M. I. [et al.] – Application of a score system to evaluate the risk of malnutrition in a multiple hospital setting. **Italian Journal of Pediatrics**. 39 (2013) 1-7.

TARANTOLA, A.; ABITEBOUL, D.; RACHLINE, A. – Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: A review of pathogens transmitted in published cases. **American Journal of Infection Control**. 34: 6 (2006) 367-375.

UNAIDS – Saving lives, leaving no one behind. [Em linha]. 2020. [Consult. 31 Jan. 2020]. Disponível em <https://www.unaids.org/en/whoweare/about>

VALLE, S. L.; RANKI, A. – Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome in the workplace. Handbook of occupational dermatology. Germany : Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2000.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. PINHEIRO, R. D. C. – Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 19: 2 (2011) 1-8.

WORMSER, G. P.; JOLINE, C. ; DUNCANSON, F. – Needle-stick injuries during the care of patients with AIDS. **The New England Journal of Medicine**. 310 (1984) 1461-1462.

## **Apêndices**

### **Apêndice I: Inquérito**

#### **Apresentação do inquérito**

Eu, Adelino José de Pina, medico clínico geral, estudante de curso superior de Mestrado em Saúde Ocupacional e com especialidade de Medicina do trabalho, na escola Nacional de Saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa, concretamente no Instituto Dr. Ricardo George, no quadro da minha dissertação para obtenção de grau de Mestre em Saúde Ocupacional e especialista em Medicina de Trabalho, realiza Pesquisa cujo título perfil das Exposições Ocupacionais a Material Biológico entre profissionais de saúde do Hospital Nacional Simão Mendes (Guiné-Bissau) -Riscos e Medidas Preventivas. E com objetivo de conhecer o perfil das exposições Ocupacional a Material Biológico entre profissionais de saúde de Hospital Nacional Simão Mendes que tiveram acidente de trabalho durante o exercício da sua atividade profissional, os contextos, e procedimentos relacionados com acidente, através da recolha de informação, sobre as condições de ambiente de trabalho, as características da atividade que realizam e a exposição aos fatores de riscos capazes de causar acidente de trabalho aos trabalhadores. Com essa informação obtida orientará elaboração das medidas preventivas de perigos no local de trabalho que pode originar acidente de trabalho e de efetuar uma educação sanitária no contexto de saúde ocupacional.

O projeto desta dissertação, foi aprovado pelo comité de ética científica nacional para área de saúde, respeitando-se total sigilo e anonimato de todas as informações a ser recolhidas, sem descurar de confidencialidade de questionário, para todo os inqueridos e inquiridor não devem saber a quem está responder, após da obtenção da informação terá um tratamento global e conjunta sem individualização, obedecendo o critério de anonimato, as informações estará longe de alcance do Hospital Nacional Simão Mendes, e só será alcance do pesquisador as informações e obedecendo o sigilo e confidencialidade como recomenda a norma geral de tratamento de dados.

A população alvo é convidada a participar no estudo de uma forma voluntaria com a possibilidade de desistir da sua participação quando entender ou de não responder, não terá nenhuma penalização, também os participantes não devem preocupar-se das respostas certas ou erradas, porque o mais relevante é conhecer a sua honesta opinião sobre o estudo em causa e o preenchimento terá uma duração de mais ou menos 15 minutos.

Estarei à vossa disposição para possíveis esclarecimentos das dúvidas e segue-se o meu contacto:

Telefone/WhatsApp: +245955213612/+245966856583.

Correio eletrónico: [adelinojosedepina9@gmail.com](mailto:adelinojosedepina9@gmail.com)

### **Termo de consentimento Livre e esclarecido**

Participo nesta pesquisa e fui esclarecido (a) sobre as condições da mesma e que não tenho dúvidas. De acordo com esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa. E tem sido garantido o sigilo, a confidencialidade e anonimização dos dados de acordo com a norma, a participação voluntaria e a possibilidade de a qualquer momento desistir de participar ou de não responder os questionários. Participo-me de forma livre e voluntaria na pesquisa.

1-Sim ( ☐ ).

2-Não ( ☐ ).

### **Questionário**

Perfil das exposições ocupacionais a material biológico em profissionais de saúde do Hospital nacional Simão Mendes.

Autor do estudo: Adelino José de Pina, médico clínico geral, e estudante de curso de Mestrado em Saúde Ocupacional e Especialidade na Medicina de trabalho na Universidade Nova de Lisboa, concretamente no Instituto Ricardo George.

Tema da dissertação: **perfil das exposições ocupacionais a material biológico em profissionais de saúde do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) -Risco e Medidas Preventivas.**

**Obs.** Os questionários foram elaborados com base nos questionários de Viviane de Araújo Gouveia e de Rafaela Zappe Soares, que autorizaram a sua utilização neste estudo.

Por favor, responda as seguintes questões sobre si e a sua experiência profissional marcando com X a sua resposta em cada uma das perguntas seguintes:

Grupo-1: Caracterização de Perfil Sociodemográfico, profissional e sobre acidentes ocupacionais com material Biológico.

**A: perfil sociodemográfico.**

1— Idade: \_\_\_\_ (em anos)

2---Sexo: masculino ( )o, feminino( )1.

3---Raça: Negra ( )o, Branca( )1.

4— Estado civil: Casado/a ( )o Solteiro/a( )1,Divorciado/a( )2,Viúvo/a( )3,Separado/a( )4.

5----Nível de escolaridade: inferior a 9ºano ( )o,12º ano( )1,,Universitário/a( )

**B: Perfil profissional.**

1--Ocupação/Categoria: medico/a( )o, enfermeiro/a( )1,Parteira( )2,Laboratorista( )3,Farmacêutico/a( )4,Instrumenttador/a( )5,Radiologista( )6.

2— Anos de experiencia de trabalho: Menos de 1 ano ( )o,1 a 5 anos( )1,6 a 10 anos( )2,11 a 20 anos( )3,21 a 30 anos( )4,31 a 40 anos( )5,41 a 50 anos( )6.

3-carga Horária de trabalho-----

**C: Acidentes ocupacionais com material biológico.**

1— Teve acidente: Sim ( )o, não ( )1.

1.1-Se sim, quantos acidentes nos últimos 5 anos? -----nº de acidente.

**Responda apenas sobre o último acidente de trabalho com exposição a material biológico que teve.**

2—Local/serviço de acidente: medicina interna ( )o, pediatria( )1,cirurgia( )2,Genocostreticia( )3,Laboratorio( )4,Banco de sangue( )5,Urgencia( )6,Bloco operatório ( )7,ortepedia( )8,farmácia( )9.

3-periodo de ocorrência do acidente de trabalho: hora-----, turno-----  
-----, dia da semana-----mês-----ano-----.

4— Após acidente foi Notificado/a: Sim ( )o, não( )1,Ignorado( )2

5— Tipo de exposição: percutânea ( )o, mucosa( )1,Pele Integra( )2,pele não Integra( )3.

**6—** Material Biológico: Sangue ( )0,Fluido com sangue( )1,outros( )2,Ignorado ( )3.

**7—** Circunstância do acidente:

Administração de medicação subcutânea ( )0.

Administração de medicação Intramuscular ( )1.

Administração de Medicação Intradérmica ( )2.

Administração de medicação Intravenosa ( )3.

Lavagem de material ( )4.

Punção venosa/arterial para coleta de sangue ( )5.

Punção Venosa/arterial não especificada ( )6.

Procedimento Laboratorial ( )7

Procedimento cirúrgico ( )8

Descarte Inadequado de material corto-perfurante ( )9

Descarte Inadequado de material corto-perfurante em saco ou caixa de lixo ( )10.

Manipulação de caixa com material corto-perfurante ( )11

Não consta ( )12

Outros ( )13.Quais são ?-----

**8—** Agente causador do acidente ocupacional com exposição a material Biológico:

Agulha com Lumén ( )0, agulha sem Lumén( )1,Lanceta( )2,Bisturi( )3,Vidros( )4,outros( )5,Quais são -----.

**9—**As medidas preventivas utilizadas na altura do acidente (EPI):: Luvas ( )0, avental( )1,Mascara( )2,óculos( )3,Botas( )4,proteção facial( )5.

**10--**Situação vacinal do acidentado/a em relação ao VHB: Vacinado/a( )0, não vacinado/a( )1,Ignorado( )2,outros( )3.

**D: Exame e o resultado dos exames realizados ao acidentado.**

**1-**Tem feito exame: Sim ( )0, não ( )1,Ignorado( )2.

**2-**Quais são os resultados:

-Todos positivos ( )0, todos Negativos ( )1, Anti-HBs positivo( )2, Anti –HBs Negativo( )3, Anti-VHC positivo( )4, Anti-VHC( )5 Anti-VIH positivo( )6, Anti-VIH Negativo( )7, Não realizado( )8, todos Inconclusivos( )9, Ignorado( )10.

3-Resultados dos serológicos do paciente:

Todos positivos ( )0, todos Negativos( )1, Todos Inconclusivos( )2, VHBsAg positivo( )3, VHBsAg Negativo( )4, VHC positivo( )5, VHC Negativo( )6, VIH positivo( )7, VIH Negativo( )8, Anti-HBs Positivos( )9, Anti-HBs Negativo( )10, Não realizado ( )11, Ignorado( )12.

**E: Conduta e evolução do caso.**

**1**— Conduta no momento do acidente: AZT+ Indinavir ( )0, recusou quimioprofilaxia Indicada( )1, sem Indicação de quimioprofilaxia( )2, outro esquema de ARV( )3, Ignorado( )4.

**2** — Evolução do caso de acidente: Abandono ( )0, alta paciente fonte Negativo( )1, Alta paciente fonte positivo( )2, Alta sem conversão serológica( )3, Ignorado( )4.

*Muito Obrigado.*



## Apêndice II: Declaração de autorização de estudo (coleta de Informações) no Hospital Nacional Simão Mendes



GOVERNO DA  
GUINÉ-BISSAU

REPÚBLICA DA GUINÉ - BISSAU  
MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA SOLIDAREDA E COESÃO SOCIAL  
SECRETARIA DO ESTADO E GESTÃO HOSPITALAR  
HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES  
SERVIÇO RECURSOS HUMANOS

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o **Sr. ADELINO JOSÉ DE PINA**, Médico Clínico Geral, está autorizado a realizar o estudo no hospital segundo a carta de solicitação.

Sem mais o assunto de momento, aceita as nossas cordiais cumprimentos.

Serviço de Recursos Humanos do HNSM em Bissau, 13 de Abril de 2021.



A Directora de RHs,

Znanie M. da Silva

### Apêndice III: Descrição do responsável pelo estudo e da instituição em estudo

#### *Curriculum Vitae.*

#### *Dados pessoais*

|                            |                                                                                                             |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nome</b>                | <i>Adelino José</i>                                                                                         |
| <b>Apelido</b>             | <i>De Pina</i>                                                                                              |
| <b>Filiação</b>            | <i>Augusto José de Pina e de CatchuTchongo</i>                                                              |
| <b>Data de Nascimento</b>  | <i>21 De julho de 1979</i>                                                                                  |
| <b>Local de Nascimento</b> | <i>Região de Biombo, Sector de Prabís, Secção de Cumura</i>                                                 |
| <b>Nacionalidade</b>       | <i>Guineense</i>                                                                                            |
| <b>Residência</b>          | <i>Bissau-Bairro Internacional</i>                                                                          |
| <b>Estado civil</b>        | <i>Casado</i>                                                                                               |
| <b>Etnia</b>               | <i>Balanta</i>                                                                                              |
| <b>Contacto</b>            | <i>955213612/966856583 e <a href="mailto:adelinojosedepina9@gmail.com">adelinojosedepina9@gmail.com</a></i> |

### **Habilitações Literárias**

|                  |                                                                      |
|------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>2014-2015</b> | <i>Licenciatura em medicina na Faculdade Raul Diaz Arguellez</i>     |
| <b>2013-2014</b> | <i>Bacharelato em Bioquímica na Escola Normal Superior Tcheco Té</i> |
| <b>1997-1998</b> | <i>11ºano de escolaridade no Liceu Dr. Agostinho Neto</i>            |
| <b>1995-1996</b> | <i>10ºAno no Liceu Dr. Agostinho Neto</i>                            |
| <b>1993-1994</b> | <i>9ºAno no Liceu Queimo Mané em Mansoa</i>                          |
| <b>1990-1991</b> | <i>6ºAno no Ciclo Indira Cande de Mansoa</i>                         |
| <b>1988-1989</b> | <i>4ºAno na escola de pefine 1 em Cumura.</i>                        |

### **Experiência Profissional**

|                               |                                                                                                                                            |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2019-2021</b>              | <i>Estudante de Mestrado em saúde ocupacional/especialidade de medicina de trabalho na Universidade Nova de Lisboa (Ricardo George)</i>    |
| <b>2016 Até data presente</b> | <i>Diretor Geral de ENS, Médico de Urgência de HNSM e HMP</i>                                                                              |
| <b>2015-2016</b>              | <i>Diretor Clínico de Centro de Saúde de Bandim, Docente Universitário e contratado na Universidade Lusófona, Jean Piaget e Binho Bolo</i> |
| <b>2013-2014</b>              | <i>Docente efetivo e transferido para Samora Moisés Machel</i>                                                                             |

|                  |                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>2011-2012</b> | <i>Docente contratado no Liceu Jardim Titina Sila.</i> |
| <b>2010-2011</b> | <i>Docente contratado no Liceu Samora Machel.</i>      |
| <b>1999-2000</b> | <i>Docente contratado na escola primaria pefine 1</i>  |

### **Conhecimento Informático**

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| <b>Word</b>        | <i>Bom</i>    |
| <b>Excel</b>       | <i>Bom</i>    |
| <b>PowerPoint</b>  | <i>Bom</i>    |
| <b>Internet</b>    | <i>Bom</i>    |
| <b>Open Office</b> | <i>Normal</i> |

### **Conhecimento Linguístico**

| <b>Língua</b>    | <b>Falado</b>   | <b>Escrito</b>  |
|------------------|-----------------|-----------------|
| <i>Português</i> | <i>Bom</i>      | <i>Bom</i>      |
| <i>Espanhol</i>  | <i>Bom</i>      | <i>Bom</i>      |
| <i>Francês</i>   | <i>Razoável</i> | <i>Razoável</i> |
| <i>Inglês</i>    | <i>Razoável</i> | <i>Razoável</i> |
| <i>Crioulo</i>   | <i>Bom</i>      | <i>Bom</i>      |

### ***Características Pessoais***

- 1) *Trabalho sob Pressão*
- 2) *Dinâmica no trabalho*
- 3) *Adaptar quaisquer condições de vida no Interior, a cultura e o funcionamento da organização.*
- 4) *Capacidade de pontualidade e de organização.*
- 5) *Trabalhar em Flexibilidade.*
- 6) *Trabalhar em ambiente multicultural*
- 7) *Capacidade de comunicação e trabalhar em equipa*

### ***Hospital Nacional Simão Mendes.***

É o maior Hospital Público do país sob tutela do Ministério de Saúde Pública com objetivo de garantir a promoção e a prevenção de saúde da população, assim como a prestação de cuidados a população, composto por diferentes Serviços (Medicina, Ginecologia-Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Pediatria, Enfermarias, Bloco Operatório, Laboratório, Serviço de Banco de sangue, Farmácia e outro). E contam com 702 profissionais de saúde distribuídos nas diferentes especialidades.