

**Maria de Fátima dos Santos Ramalho Arrabaço**

**ACIDENTES DE SERVIÇO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE:  
IDENTIFICAÇÃO, REPRESENTAÇÕES E COMPORTAMENTOS  
FACE À EXPOSIÇÃO MICROBIOLÓGICA ACIDENTAL**

**DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

**Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**Lisboa, Fevereiro 2008**

**Maria de Fátima dos Santos Ramalho Arrabaço**

***ACIDENTES DE SERVIÇO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE:  
IDENTIFICAÇÃO, REPRESENTAÇÕES E COMPORTAMENTOS  
FACE À EXPOSIÇÃO MICROBIOLÓGICA ACIDENTAL***



**DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

**Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**Lisboa, Fevereiro 2008**

Este Universo é um Universo de sentimentos.

Se você só acreditar numa coisa intelectualmente,  
mas não tiver um sentimento correspondente por detrás,  
não terá necessariamente poder suficiente para manifestar  
o que quer na sua vida. Tem de o sentir.

Michael Bernard Beckwith

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Ex.ma Senhora Professora Doutora Natália Ramos a orientação deste trabalho.

Gostaria de agradecer à Ex.ma Senhora Enfermeira Directora Ana Soares pela forma como me acolheu e me ajudou a resolver a situação.

Agradeço a todos os profissionais do Serviço de Saúde Ocupacional pelo apoio concedido. Em especial à Sandra, pelo percurso em comum e cujo incentivo esteve sempre presente, à Rosa pela ajuda, à Maria João pela disponibilidade e à Isabel pela atenção com que me trata todos os dias.

À minha amiga Cristina “Tininha”, porque sem ela este trabalho não tinha sido possível concluir.

À minha amiga Maria José Falé por ter sido tolerante nalgumas alturas da minha vida, nem sempre fáceis.

Aos meus amigos do café da manhã por me darem incentivo a continuar.

Agradeço a todos os profissionais do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. /Hospital de S. José o apoio e o contributo para a realização deste trabalho.

Gostaria de agradecer à Equipa Serviço de Saúde Ocupacional pela forma como me acolheu quando iniciei as minhas funções neste serviço e como soube despertar em mim o interesse na investigação dos fenómenos ligados à Promoção da Saúde no Local de Trabalho.

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe por não ter deixado de acreditar e pela transmissão de uma enorme capacidade de luta que a caracteriza, ao meu pai pela sua calma nas alturas de maior exaustão.

À minha filha que desde a sua presença na minha vida é a mentora da minha existência, e cuja ajuda foi preciosa para a conclusão deste trabalho.

## **RESUMO**

Os acidentes de serviço por exposição microbiológica acidental constituem um dos principais riscos de transmissão ocupacional de infecções por contacto com sangue e outros fluidos corporais, os agentes infecciosos mais frequentemente envolvidos são os vírus da hepatite B, C e o vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório, inserido numa abordagem quantitativa e qualitativa.

Teve como objectivo identificar e caracterizar os acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica acidental ocorridos nos profissionais de saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José durante os anos de 2002 a 2006 e conhecer as Representações e os Comportamentos dos profissionais de saúde aquando da ocorrência de uma exposição microbiológica acidental.

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) e que tenham sofrido um acidente de serviço/trabalho com exposição microbiológica acidental do ano de 2002 até Julho do ano de 2007, constituiu-se uma amostra não probabilística utilizando a técnica de amostragem por conveniência, constituída por 20 participantes que se disponibilizaram a participar no estudo após o Consentimento Informado.

Para a realização do estudo optou-se por recorrer a um conjunto de métodos de colheita de dados, privilegiando a análise documental através do questionário epidemiológico de caracterização e análise dos acidentes de serviço e de uma entrevista semi-directiva no âmbito da qual se aplicou um questionário de caracterização sócio-demográfica, apoio social e actividades de tempos livres, aspectos relacionados com a percepção sobre os riscos a que se encontram expostos no ambiente hospitalar e com o circuito de notificação do acidente de serviço/trabalho. Elaborou-se um guião de entrevista semi-directiva de acordo com os objectivos da investigação.

Procedeu-se, posteriormente, à análise dos acidentes de serviço que envolveram exposição microbiológica durante o período em estudo e dos dados sócio-demográficos do questionário aplicado no âmbito da entrevista, através do programa informático package estatístico “*Statistica/Program for Social Sciences-SPSS*” para Windows (versão 12). O tratamento das entrevistas foi efectuado através da análise de conteúdo.

Os resultados obtidos revelaram que os acidentes de serviço ocasionados por material perfuro-cortante entre os profissionais de saúde são frequentes devido ao

número elevado de manipulação destes instrumentos, principalmente de agulhas e apresentam prejuízos aos profissionais e à Instituição.

Estes acidentes podem oferecer riscos à saúde física e mental dos profissionais de saúde, com repercussões psicossociais, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho.

A prevenção dos acidentes de serviço por exposição microbiológica passa essencialmente pela introdução de dispositivos médicos com sistemas de segurança, por práticas de trabalho seguras, e pela formação dos profissionais de saúde.

Palavras chave: Acidentes de Serviço; Representações sociais; Exposição Microbiológica; Saúde Ocupacional; Stress Ocupacional; Suporte Social.

## **ABSTRACT**

Work accidents with accidental microbiological exposure constitute one of the main risks in occupational transmission of infections through contact with blood and other human fluids. The more frequent infectious agents involved are the viruses of the hepatitis B, C and the human immunodeficiency virus (HIV).

This was a descriptive and exploratory study, inserted in a quantitative and qualitative boarding.

The aim of this study was the identification and description of work accidents with microbiological exposure which occurred among health care workers of the Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José from the year 2002 to the year 2006 and the understanding of the Representations and the Behaviours at health professionals during the occurrence of a microbiological accidental exposure.

The participants in this study had been the health care workers (doctors, nurses and diagnosis therapists) that have suffered a work accident with accidental microbiological exposure, from 2002 until July of 2007. It consisted in a non probability sample using the sampling technique of convenience, composed by 20 participants that contribute to the study after Informed Assent.

For the achievement of the study the option was appealing to a set of methods of harvest data, privileging the documentary analysis through the epidemiologic questionnaire for characterization and analysis of work accidents. It was also applied an “half-directive” interview in which it had been made a questionnaire of partner-demographic description, risk exposure perception in hospital environment, and also the perception about notification circuit. An “half-directive” interview guide have been elaborated in accordance with the goals of the inquiry.

The work accidents involving microbiological exposure have been analysed with *"Statistica/Program will be Social Sciences-SPSS"* for Windows (version 12) software.

The interviews management were made through the analysis content. The results revealed that perforate-cutting material related accidents are frequent because of the highest handling of this instruments, mostly associated with the use of needles.

These accidents involve physical and mental health risks with psychosocial repercussions, implying changes in the social, familiar and work relations.

The prevention of the work accidents with microbiological exposure basis essentially in the introduction of medical devices with security systems, implementation of safe work practice and the health care workers education.

Key words: Work accidents; Social representation; Microbiological exposure; Occupational *stress*; Social support.

## **SIGLAS**

**ADN** - Ácido desoxiribonucleico

**Ag HBc** - Antígeno do core do vírus da hepatite B

**Ag HBe** - Antígeno “e” do vírus da hepatite B

**Ag HBs** - Antígeno de superfície do vírus da hepatite B

**ALT** - Alanine aminotransferase

**Anti – HBc** - Anticorpo contra o antígeno do core do vírus da hepatite B

**Anti – HBe** - Anticorpo contra o antígeno “e” do vírus da hepatite B

**Anti – HBs** - Anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B

**ARN** - Ácido ribonucleico

**CDC** - Centers for Disease Control and Prevention.

**CHLC/E.P.E.** - Centro Hospitalar de Lisboa Central – Empresa Pública Empresarial

**EPINet** - Exposure Prevention Information Network

**HSJ** - Hospital de São José

**IGHB** - Imunoglobulina humana anti-hepatite B

**nm** - Nanómetro

**NaSH** - National Surveillance System for Health Care Workers

**NIOSH** - National Institute for Occupational Safety and Health

**SIDA** - Síndrome de imunodeficiência humana adquirida

**SSO** - Serviço de Saúde Ocupacional

**VIH** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**VHB** - Vírus da Hepatite B

**VHC** - Vírus da Hepatite C

**VHD** - Vírus da Hepatite D

**ÍNDICE**

<b>RESUMO</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>SIGLAS</b> .....	9
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21

**PARTE I**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

**CAPÍTULO I**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

<b>1.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b> .....	27
<b>1.1.1. Representações Sociais do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)</b> .....	29

**CAPÍTULO II**

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

<b>2.1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	32
--	----

**CAPÍTULO III**

**SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE DO TRABALHO**

<b>3.1. ENQUADRAMENTO LEGAL DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE DO TRABALHO</b> .....	36
<b>3.2. RISCOS PROFISSIONAIS EM CONTEXTO HOSPITALAR</b> .....	37
<b>3.2.1. Riscos de Natureza Biológica</b> .....	37
<b>3.2.1.1. A hepatite B</b> .....	41
<b>3.2.1.2. A hepatite C</b> .....	45
<b>3.2.1.3. O vírus da imunodeficiência humana (VIH)</b> .....	49
<b>3.2.2. Riscos de Natureza Química</b> .....	53
<b>3.2.2.1. As dermatoses ocupacionais</b> .....	53
<b>3.2.2.2. A alergia ao látex</b> .....	54

<b>3.2.3. Riscos de Natureza Física.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2.3.1. Radiações ionizantes e não ionizantes.....</b>	<b>56</b>
<b>3.2.3.2. Ruído.....</b>	<b>56</b>
<b>3.2.3.3. Gases anestésicos.....</b>	<b>57</b>
<b>3.2.3.4. Iluminação.....</b>	<b>57</b>
<b>3.2.3.5. Conforto térmico.....</b>	<b>57</b>
<b>3.2.3.6. Riscos eléctricos.....</b>	<b>58</b>
<b>3.2.4. Riscos de Natureza Mecânica.....</b>	<b>59</b>
<b>3.2.5. Riscos de Natureza Psicossocial.....</b>	<b>61</b>
<b>3.3. STRESS E MECANISMOS DE COPING.....</b>	<b>64</b>
<b>3.3.1. Stress Ocupacional.....</b>	<b>68</b>
<b>3.4. SUPORTE SOCIAL.....</b>	<b>77</b>

## **CAPÍTULO IV**

### **ACIDENTES DE SERVIÇO/TRABALHO**

<b>4.1. ACIDENTES DE SERVIÇO/TRABALHO.....</b>	<b>81</b>
<b>4.1.1. Enquadramento Legal.....</b>	<b>81</b>
<b>4.1.2. Acidentes de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica.....</b>	<b>83</b>
<b>4.1.3. Prevenção dos Acidentes por Exposição Microbiológica.....</b>	<b>86</b>
<b>4.2. O SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E./HOSPITAL DE S. JOSÉ.....</b>	<b>89</b>
<b>4.2.1. Objectivos da Saúde Ocupacional.....</b>	<b>89</b>
<b>4.2.2. Actividades Desenvolvidas.....</b>	<b>90</b>
<b>4.3. ACÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL NA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO ACIDENTE POR EXPOSIÇÃO MICROBIOLÓGICA.....</b>	<b>92</b>
<b>4.3.1. Descrição do Circuito de Notificação do Acidente de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica.....</b>	<b>92</b>
<b>4.3.2. Descrição dos Procedimentos de Follow-Up Pós-Exposição.....</b>	<b>93</b>
<b>4.3.2.1. No caso do utente fonte ser positivo para a hepatite B (VHB).....</b>	<b>94</b>
<b>4.3.2.1.1. Profilaxia pós-exposição para a hepatite B (VHB).....</b>	<b>94</b>
<b>4.3.2.1.2. Vigilância serológica pós-exposição ao vírus da hepatite B (VHB).....</b>	<b>95</b>
<b>4.3.2.2. No caso do utente fonte ser positivo para a hepatite C (VHC).....</b>	<b>95</b>

<b>4.3.2.2.1.</b> Vigilância serológica pós-exposição ao vírus da hepatite C (VHC).....	<b>95</b>
<b>4.3.2.3.</b> No caso do utente fonte ser positivo para o vírus da imunodeficiência humana (VIH).....	<b>95</b>
<b>4.3.2.3.1.</b> Profilaxia pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana (VIH).....	<b>96</b>
<b>4.3.2.3.2.</b> Regimes terapêuticos recomendados.....	<b>96</b>
<b>4.3.2.3.3.</b> Vigilância serológica pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana (VIH).....	<b>97</b>

## **PARTE II**

### **INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

#### **CAPÍTULO V**

##### **METODOLOGIA**

<b>5.1. METODOLOGIA</b> .....	<b>101</b>
<b>5.2. QUESTÕES E OBJECTIVOS DO ESTUDO</b> .....	<b>103</b>
<b>5.3. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	<b>105</b>
<b>5.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS</b> .....	<b>106</b>
<b>5.4.1.</b> Elaboração do Questionário e Guião da Entrevista.....	<b>106</b>
<b>5.4.2.</b> Validação dos Instrumentos de Colheita de Dados.....	<b>107</b>
<b>5.5. PARTICIPANTES DO ESTUDO</b> .....	<b>109</b>
<b>5.6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>111</b>
<b>5.7. VALIDADE</b> .....	<b>114</b>
<b>5.8. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL ONDE DECORREU A INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>115</b>
<b>5.8.1.</b> O Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E./Hospital de S. José.....	<b>115</b>

#### **CAPÍTULO VI**

##### **RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO**

<b>6.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ACIDENTES DE SERVIÇO/TRABALHO POR EXPOSIÇÃO MICROBIOLÓGICA OCORRIDOS ENTRE 2002 E 2006</b> .....	<b>118</b>
<b>6.1.1.</b> Número de Acidentes de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica Ocorridos nos Anos de 2002 a 2006.....	<b>118</b>

6.1.2. Sexo.....	118
6.1.3. Turno em que Ocorreu o Acidente.....	119
6.1.4. Categoria Profissional.....	120
6.1.5. Mecanismo do Acidente por Exposição Microbiológica.....	121
6.1.6. Tipo de Acidente por Exposição Microbiológica.....	122
6.1.7. Local de Ocorrência do Acidente.....	123
6.1.8. Tarefa que Conduziu ao Acidente.....	123
6.1.9. Tipo de Instrumento Associado ao Acidente.....	125
6.1.10. Equipamento de Protecção Individual Utilizado.....	126
6.1.11. Fluidos Corporais Envolvidos no Acidente por Exposição Microbiológica.....	126
6.1.12. Estado Serológico do Utente Fonte.....	127
6.1.13. Profilaxia Pós-Exposição Microbiológica.....	128
6.1.14. Efeitos Secundários da Profilaxia Pós-Exposição.....	129
6.1.15. Vacinação para a Hepatite B.....	129
6.1.16. Imunidade para a Hepatite B.....	130
<b>6.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>131</b>
6.2.1. Caracterização Sócio-Demográfica.....	131
6.2.1.1. Caracterização em relação ao sexo.....	131
6.2.1.2. Caracterização em relação às habilitações literárias.....	131
6.2.1.3. Nacionalidade.....	132
6.2.1.4. Estado civil.....	132
6.2.1.5. Idade.....	132
6.2.1.6. Filhos.....	133
6.2.1.7. Caracterização das condições habitacionais.....	134
6.2.1.8. Factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica.....	134
6.2.1.9. Tipo de factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica.....	135
6.2.1.10. Categoria profissional.....	135
6.2.1.11. Antiguidade no Hospital.....	136
6.2.1.12. Experiência profissional.....	137
6.2.1.13. Antiguidade no serviço/unidade.....	137
6.2.1.14. Horário de trabalho semanal.....	138
6.2.1.15. Regime de horário.....	138
6.2.1.16. Número de turnos nocturnos por semana.....	139

6.2.1.17. Serviço/unidade onde exerce a actividade.....	140
6.2.1.18. Vínculo à Instituição.....	140
6.2.1.19. Número de utentes no serviço/unidade.....	141
6.2.2. Apoio Social e Actividades de Ocupação de Tempos Livres.....	141
6.2.2.1. Apoio social.....	141
6.2.2.2. Ocupação dos tempos livres.....	142
6.2.3. Circuito do Acidente de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.....	143
6.2.3.1. Conhecimento do circuito de notificação do acidente de serviço/trabalho no CHLC,E.P.E./Hospital de S. José.....	143
6.2.3.2. Procedimentos imediatos a efectuar após a exposição microbiológica acidental.....	143
6.2.3.3. Procedimentos no caso do utente fonte ser positivo para a hepatite B..	144
6.2.3.4. Procedimentos no caso do utente fonte ser positivo para a hepatite C..	145
6.2.3.5. Procedimentos no caso do utente fonte ser positivo para o VIH.....	146
6.2.3.6. Necessidade de frequentar acções de formação sobre a prevenção de acidentes por exposição microbiológica.....	146
6.2.3.7. Riscos a que se encontram expostos no ambiente hospitalar.....	147
<b>6.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA.....</b>	<b>148</b>
<b>6.3.1. Área Temática 1: Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental..</b>	<b>148</b>
6.3.1.1. Procedimentos após a exposição microbiológica acidental.....	149
6.3.1.2. Percepção do risco relacionado com os antecedentes do utente.....	150
6.3.1.3. A exposição microbiológica acidental constituiu uma situação ameaçadora da integridade física/psicológica.....	153
6.3.1.4. A exposição microbiológica acidental conduziu a uma alteração de comportamentos e práticas.....	154
6.3.1.5. Factores que estão na origem dos acidentes por exposição microbiológica acidental.....	155
6.3.1.6. Sentimentos/Emoções imediatos face à exposição microbiológica acidental.....	158
<b>6.3.2. Área Temática 2: Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).....</b>	<b>161</b>
6.3.2.1. Representações sociais dos profissionais da saúde sobre o VIH e perante o risco de seroconversão após a exposição microbiológica acidental....	161
6.3.2.2. Percepção da doença e sentimentos para com o utente com VIH.....	164
6.3.2.3. Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde.....	167
6.3.2.4. Reflexos das representações sociais dos profissionais de saúde na	168

prática de cuidados.....	
6.3.2.5. Comportamentos e medidas preventivas adoptados pelos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental.....	171
<b>6.3.3. Área Temática 3: Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de <i>Stress</i> Ocupacional e os Factores de <i>Stress</i> Ocupacional.....</b>	<b>174</b>
6.3.3.1. Factores intrínsecos ao trabalho.....	175
6.3.3.2. Papel organizacional.....	177
6.3.3.3. Factores de relacionamento interpessoal.....	178
6.3.3.4. Factores relacionados com os recursos humanos, materiais e técnicos.	179
6.3.3.5. Factores relacionados com o utente.....	180
6.3.3.6. Factores relacionados com o ambiente de trabalho.....	182
6.3.3.7. <i>Stress</i> ocupacional e condição emocional após a exposição microbiológica acidental.....	183
<b>6.3.4. Área Temática 4: Redes de Suporte Social e sua Importância para os Profissionais de Saúde.....</b>	<b>186</b>
6.3.4.1. Intervenção das redes de suporte social aquando da exposição microbiológica acidental.....	186
6.3.4.2. Suporte social dos profissionais de saúde e sua importância.....	188
<b>6.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>191</b>
6.4.1. Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental.....	191
6.4.2. Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental.....	199
6.4.3. Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de <i>Stress</i> Ocupacional e os Factores de <i>Stress</i> Ocupacional.....	204
6.4.4. Redes de Suporte Social e a sua Importância para os Profissionais de Saúde.....	208
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>211</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>215</b>
<b>IMAGENS.....</b>	<b>227</b>
<b>LEGISLAÇÃO.....</b>	<b>228</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>240</b>
<b>ANEXO I– PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO C. H. L. C. E.P.E./H. S. JOSÉ PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>241</b>

<b>ANEXO II</b> – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA.....	243
<b>ANEXO III</b> – QUESTIONÁRIO.....	245
<b>ANEXO IV</b> – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	249

## QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Classificação dos agentes biológicos de acordo com o Decreto-Lei n.º 84/97 de 16 de Abril.....	38
<b>Quadro 2</b> - Legislação relacionada com o tema dos acidentes de serviço/trabalho..	82
<b>Quadro 3</b> - Profilaxia pós-exposição ao vírus da hepatite B (VHB).....	94
<b>Quadro 4</b> - Profilaxia pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana (VIH).	96
<b>Quadro 5</b> - Regimes terapêuticos recomendados na profilaxia pós-exposição ao VIH.....	97
<b>Quadro 6</b> - Procedimentos após a exposição microbiológica acidental.....	149
<b>Quadro 7</b> - Percepção do risco relacionado com os antecedentes do utente.....	150
<b>Quadro 8</b> - A exposição microbiológica acidental constituiu uma situação ameaçadora da integridade física/psicológica.....	153
<b>Quadro 9</b> - A exposição microbiológica acidental conduziu a uma alteração de comportamentos e práticas.....	154
<b>Quadro 10</b> - Factores que estão na origem dos acidentes por exposição microbiológica acidental.....	155
<b>Quadro 11</b> - Sentimentos/Emoções imediatos face à exposição microbiológica acidental.....	158
<b>Quadro 12</b> - Representações sociais dos profissionais de saúde sobre o VIH e perante o risco de seroconversão por VIH após a exposição microbiológica acidental.....	161
<b>Quadro 13</b> - Percepção da doença e sentimentos para com o utente com VIH.....	164
<b>Quadro 14</b> - Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde.....	168
<b>Quadro 15</b> - Reflexos das representações sociais dos profissionais de saúde na prática de cuidados.....	169
<b>Quadro 16</b> - Comportamentos e medidas preventivas adoptados pelos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental.....	171
<b>Quadro 17</b> - Factores intrínsecos ao trabalho.....	175
<b>Quadro 18</b> - Papel organizacional.....	177
<b>Quadro 19</b> - Factores de relacionamento interpessoal.....	178
<b>Quadro 20</b> - Factores relacionados com os recursos humanos, materiais e técnicos.....	179

<b>Quadro 21-</b> Factores relacionados com o utente.....	180
<b>Quadro 22-</b> Factores relacionados com o ambiente de trabalho.....	182
<b>Quadro 23-</b> <i>Stress</i> ocupacional e condição emocional após a exposição microbiológica acidental.....	183
<b>Quadro 24-</b> Intervenção das redes de suporte social aquando da exposição microbiológica acidental.....	186
<b>Quadro 25-</b> Suporte social dos profissionais de saúde e sua importância.....	188

## TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Número de acidentes notificados por sexo e no período decorrente entre 2002 a 2006.....	119
<b>Tabela 2-</b> Número de acidentes notificados por turno de trabalho nos anos de 2002 a 2006.....	119
<b>Tabela 3-</b> Categoria profissional dos profissionais acidentados nos anos de 2002 a 2006.....	120
<b>Tabela 4-</b> Tipo de acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	122
<b>Tabela 5-</b> Distribuição dos acidentes por exposição microbiológica segundo o local de ocorrência nos anos de 2002 a 2006.....	123
<b>Tabela 6-</b> Tarefa que conduziu ao acidente.....	124
<b>Tabela 7-</b> Tipo de instrumento associado ao acidente.....	125
<b>Tabela 8-</b> Equipamento de protecção individual utilizado.....	126
<b>Tabela 9-</b> Fluidos corporais envolvidos no acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	127
<b>Tabela 10-</b> Estado serológico do utente fonte.....	128
<b>Tabela 11-</b> Profilaxia pós-exposição microbiológica.....	129
<b>Tabela 12-</b> Distribuição do número de utentes por serviço/unidade.....	141
<b>Tabela 13-</b> Factores de <i>stress</i> ocupacional.....	205

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica acidental notificados entre 2002 e 2006.....	118
<b>Gráfico 2-</b> Profissionais acidentados por sexo.....	119

<b>Gráfico 3-</b> Turno de trabalho dos profissionais acidentados.....	120
<b>Gráfico 4-</b> Número de profissionais acidentados por categoria profissional durante os anos de 2002 a 2006.....	121
<b>Gráfico 5-</b> Mecanismo do acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	121
<b>Gráfico 6-</b> Tipo de acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	122
<b>Gráfico 7-</b> Local de ocorrência do acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	123
<b>Gráfico 8-</b> Tarefa que conduziu ao acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	124
<b>Gráfico 9-</b> Tipo de instrumento associado ao acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	125
<b>Gráfico 10-</b> Equipamento de protecção individual utilizado aquando da exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	126
<b>Gráfico 11-</b> Fluidos corporais envolvidos no acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006.....	127
<b>Gráfico 12-</b> Estado serológico do utente fonte.....	128
<b>Gráfico 13-</b> Efeitos secundários da profilaxia pós-exposição.....	129
<b>Gráfico 14-</b> Vacinação para a hepatite B nos profissionais acidentados nos anos de 2002 a 2006.....	130
<b>Gráfico 15-</b> Imunidade para a hepatite B nos profissionais acidentados nos anos de 2002 a 2006.....	130
<b>Gráfico 16-</b> Caracterização dos participantes em relação ao sexo.....	131
<b>Gráfico 17-</b> Caracterização dos participantes em relação às habilitações literárias.....	132
<b>Gráfico 18-</b> Distribuição dos participantes segundo o estado civil.....	132
<b>Gráfico 19-</b> Distribuição dos participantes segundo a idade.....	133
<b>Gráfico 20-</b> Distribuição dos filhos por participante.....	133
<b>Gráfico 21-</b> Distribuição do número de filhos dos participantes.....	134
<b>Gráfico 22-</b> Caracterização das condições habitacionais.....	134
<b>Gráfico 23-</b> Caracterização dos factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica.....	135
<b>Gráfico 24-</b> Tipo de factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica.....	135
<b>Gráfico 25-</b> Distribuição dos participantes por categoria profissional.....	136
<b>Gráfico 26-</b> Distribuição dos participantes por antiguidade no Hospital.....	136
<b>Gráfico 27-</b> Distribuição dos participantes por experiência profissional.....	137
<b>Gráfico 28-</b> Distribuição dos participantes quanto à antiguidade no serviço/unidade.....	137

<b>Gráfico 29-</b> Distribuição do número de horas de trabalho semanais por categoria profissional.....	138
<b>Gráfico 30-</b> Distribuição do regime de horário por categoria profissional.....	139
<b>Gráfico 31-</b> Distribuição do número de turnos nocturnos semanais.....	139
<b>Gráfico 32-</b> Distribuição dos participantes por serviço/unidade.....	140
<b>Gráfico 33-</b> Distribuição dos participantes por vínculo à Instituição.....	140
<b>Gráfico 34-</b> Distribuição do apoio social dos participantes.....	142
<b>Gráfico 35-</b> Ocupação dos tempos livres dos participantes.....	142
<b>Gráfico 36-</b> Conhecimento do circuito do acidente de serviço/trabalho.....	143
<b>Gráfico 37-</b> Distribuição do conhecimento dos procedimentos imediatos a efectuar por categoria profissional.....	144
<b>Gráfico 38-</b> Conhecimento dos procedimentos no caso do utente fonte ser VHB positivo.....	144
<b>Gráfico 39-</b> Distribuição do conhecimento dos procedimentos por categoria profissional.....	145
<b>Gráfico 40-</b> Conhecimento dos procedimentos no caso do utente fonte ser VHC positivo.....	145
<b>Gráfico 41-</b> Conhecimento dos procedimentos no caso do utente ser VIH positivo.....	146
<b>Gráfico 42-</b> Distribuição das necessidades de formação sobre o tema.....	147
<b>Gráfico 43-</b> Riscos a que se encontram expostos os participantes.....	147

## FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Mecanismos associados às lesões por picada de agulhas.....	40
<b>Figura 2-</b> Representação do vírus da hepatite B.....	41
<b>Figura 3-</b> Distribuição geográfica da infecção crónica pelo vírus da hepatite B (VHB) no mundo (2005).....	43
<b>Figura 4-</b> Representação do vírus da hepatite C (VHC).....	45
<b>Figura 5-</b> Distribuição geográfica da prevalência da hepatite C (VHC) no mundo (2003).....	47
<b>Figura 6-</b> Representação do vírus da imunodeficiência humana (VIH).....	50
<b>Figura 7-</b> Distribuição geográfica da prevalência do vírus da imunodeficiência humana (VIH) no mundo (2005).....	51
<b>Figura 8-</b> Síndrome Geral de Adaptação de Selye.....	65

<b>Figura 9-</b> Luvas de nitrilo.....	<b>87</b>
<b>Figura 10-</b> Óculos de protecção e máscara cirúrgica.....	<b>87</b>
<b>Figura 11-</b> Respirador de partículas e barrete de protecção.....	<b>87</b>
<b>Figura 12-</b> Contentor de material perfuro-cortante.....	<b>88</b>

## **INTRODUÇÃO**

Os profissionais de saúde encontram-se expostos a uma infinidade de riscos no seu ambiente de trabalho. Existem vários autores que caracterizam os acidentes de serviço por exposição microbiológica em termos epidemiológicos, mas só alguns apontam para os factores subjacentes à sua ocorrência, bem como sobre as vivências dos profissionais de saúde após o facto e quais os mecanismos que utilizam para ultrapassar a situação especialmente se o utente fonte for serologicamente positivo para a Hepatite B, Hepatite C ou para o Vírus de Imunodeficiência Humana, o VIH.

Apesar de serem conhecidas as Precauções *Standard* emanadas pelo *Center for Disease Control and Prevention- CDC* em 1996 e ser ministrada formação nesta área a médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde durante a sua formação inicial, continuam a ocorrer acidentes de trabalho em consequência do contacto com materiais contaminados e por lesão percutânea.

É unânime o reconhecimento para os profissionais de saúde da importância da utilização dos equipamentos de protecção individual na protecção da sua saúde e na abordagem de todos os utentes, independentemente da sua patologia.

No entanto, surgem algumas questões relacionadas com a sua não utilização, frequentemente é verbalizado o desconforto do utente pelo facto do profissional utilizar luvas, constituindo um obstáculo à relação e à comunicação entre o profissional e o utente, podendo ser considerado discriminatório e pouco humanizante.

O desenvolvimento das competências em saúde nas últimas décadas decorrente do avanço científico, tem orientado os profissionais de saúde para o conhecimento e aquisição de técnicas, incidindo na melhoria da assistência, numa perspectiva organicista e reparadora, localizada nos aspectos meramente biológicos e negligenciando os factores comportamentais e psicossociais, que podem provocar alterações graves na qualidade de vida do indivíduo e das famílias.

Talvez por isso, estes profissionais têm relutância em aceitar as suas vulnerabilidades e situações de doença. Quantas vezes já ouvimos dizer “*eu sou imune aos vírus*” ou “*eu não preciso de fazer a vacina da hepatite B, porque os vírus não querem nada comigo*” ou ainda “*se tivesse de contrair VIH já tinha contraído, com tantos acidentes com picada que já tive*”. É sempre difícil ao prestador de cuidados passar para a situação de receptor ou objecto de cuidados, o que resulta numa manifesta

dificuldade na sua adesão às medidas de protecção. Para que estas sejam efectivas é imprescindível a análise e redução do risco bem como a validação da intervenção feita.

Segundo o *National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH* (2000) calcula-se que ocorrem anualmente entre 600 000 a 800 000 lesões por picada acidental apesar de que metade destas não são notificadas pelos profissionais de saúde, constituindo um sério perigo para a saúde destes. É de extrema importância a notificação dos acidentes de forma a que seja proporcionado um tratamento adequado a cada exposição.

Ao ocorrer um acidente de trabalho por exposição acidental, existem custos associados que não podem ser menosprezados e que se diferenciam em custos directos, indirectos e intangíveis.

Salienta-se os custos intangíveis por serem aqueles que não são directamente contabilizáveis em termos monetários, e que são a dor, o desconforto e as alterações psicológicas e comportamentais como a agressividade, ansiedade, depressão, baixa auto-estima, alterações do sono, consumos excessivos (álcool, tabaco e drogas), conduzindo a situações de *stress* e *burnout*, com implicações directas na actividade de trabalho e nas relações sociais e familiares, levando a baixa produtividade, absentismo, dificuldade em se relacionar com os colegas no local de trabalho, necessidade de acompanhamento psicológico e recolocação do posto de trabalho, podendo levar ao abandono da instituição e ruptura familiar.

O risco de picada acidental está directamente relacionado com a categoria profissional de cada um. Deste modo, os dados recolhidos pelo *Exposure Prevention Information Network- EPINet* (1998), num total de 3180 casos, indica que os enfermeiros são quem mais notifica as ocorrências, com 44% do total dos casos. Provavelmente, este aspecto deve-se ao facto de ser o grupo profissional mais numeroso e de realizar maior número de procedimentos que envolvem agulhas e objectos cortantes. (*International Health Care Worker Safety Center*, 1998).

Após seis anos de experiência profissional nesta área surgiu a necessidade de reflectir sobre a ocorrência e prevalência dos acidentes por exposição microbiológica e nas suas consequências para o profissional e para a Instituição.

Um dos grandes objectivos de um processo de investigação é com certeza a obtenção de novos conhecimentos, novos saberes e respostas às interrogações, no entanto, em saúde a investigação deve sempre contemplar um objectivo principal que é

a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde ao utente e família, esperando que no final deste processo se consiga antever ou vislumbrar.

Os aspectos anteriores conduzem à formulação das questões de investigação:

*“Qual o Número e Tipo de Acidentes de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica Ocorridos no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José no período de 2002 a 2006.”*

*“Qual o Impacto dos Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental nas Representações e Comportamentos dos Profissionais de Saúde Relativamente aos Riscos Inerentes a este Tipo de Acidente.”*

A intervenção ao nível de Saúde Ocupacional tem a preocupação da Prevenção e Promoção da Saúde no local de trabalho dos profissionais do Hospital de São José, a sua acção aplica-se a todos os grupos profissionais, independentemente do seu vínculo à Instituição, abrangendo cerca de 2587 pessoas pertencentes a diferentes grupos profissionais.

Desta forma este estudo pretende caracterizar os acidentes de serviço por exposição microbiológica que ocorreram neste hospital, no período entre 2002 e de 2006, após o que se efectuaram entrevistas a um grupo de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) que sofreram acidentes de serviço/trabalho com exposição microbiológica acidental no período compreendido entre 2002 e Julho de 2007.

No sentido de situar, tanto quanto possível o tema em estudo, de forma a produzir uma análise, reflexão e interpretação da problemática em estudo efectuou-se uma revisão bibliográfica considerada adequada à temática.

Este estudo é desenvolvido em seis capítulos, divididos em duas partes distintas que correspondem às fases de uma investigação. A Parte I, corresponde ao enquadramento teórico e engloba quatro capítulos e a Parte II corresponde à investigação empírica e é constituída pelos últimos dois capítulos.

No Capítulo I e com base na pesquisa bibliográfica efectuada foi abordado o tema das representações sociais e a sua compreensão salientando-se as representações sociais sobre o vírus da imunodeficiência humana (VIH)/síndrome de imunodeficiência humana adquirida (SIDA).

No Capítulo II abordou-se o tema da comunicação em saúde e da forma como esta pode influenciar a relação de cuidados.

No Capítulo III e com base na actividade desenvolvida enquadrou-se as actividades dos serviços de saúde ocupacional no contexto legislativo português, passando pela enumeração dos riscos mais frequentes em contexto hospitalar e como a saúde dos profissionais de saúde pode ser afectada pela sua exposição a estes. Abordou-se o conceito de *stress*, com referência ao *stress* ocupacional e aos factores de *stress* ocupacional e à importância do suporte social.

No Capítulo IV efectuou-se o enquadramento legislativo dos acidentes de serviço/trabalho ao nível da legislação existente. Deu-se especial relevo à exposição a agentes biológicos patogénicos como o vírus da hepatite B, C e ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) que são os vírus mais preocupantes numa exposição microbiológica acidental. Descreveu-se pormenorizadamente os circuitos de notificação e acompanhamento do acidente de serviço/trabalho por exposição microbiológica acidental no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José.

Seguiu-se a Parte II que compreendeu as etapas da investigação e apresentação dos resultados da investigação.

No Capítulo V, é apresentado o tipo de metodologia utilizada neste estudo e que envolveram os objectivos e questões, a justificação e a relevância, os participantes e os instrumentos de recolha de dados utilizados na investigação, e finalmente a caracterização da Instituição onde o estudo foi desenvolvido.

No Capítulo VI, são apresentados os resultados da investigação a nível quantitativo e qualitativo respectivamente através da análise descritiva dos acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica acidental ocorridos no período entre 2002 e 2006 e do questionário sócio-demográfico aplicado durante a entrevista cuja análise de dados se efectuou através do programa informático “*Statistica/Program for Social Sciences-SPSS*” para Windows (versão 12). A análise de conteúdo foi efectuada através das entrevistas realizadas. Por fim é apresentada a discussão dos resultados obtidos, a conclusão do estudo, a bibliografia, o glossário e os anexos.

## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I**

### **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

## **1.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

A Teoria das Representações Sociais teve a sua origem em algumas das ideias elaboradas e formuladas pela primeira vez por Serge Moscovici em 1961, tendo posteriormente Doise (1986) e Jodelet (1989) dado um contributo importante na investigação e construção da mesma.

Moscovici (2003) baseia a sua teoria no conceito de representações colectivas de Durkheim, que consistiam na generalidade das crenças, mitos, imagens, idioma, direito, religião e tradições. Dado o carácter abrangente do conceito corria-se o risco deste se tornar demasiado estático. Desta forma Moscovici (2003:49) refere que “(...) *no sentido clássico, as representações colectivas se constituem em um instrumento exploratório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião, etc.) para nós são fenómenos que necessitam ser descritos e explicados.*” Define que o objecto do estudo das representações estaria relacionado com as representações sociais das sociedades actuais e menos com as das sociedades primitivas, passando a utilizar o termo “social” em detrimento do “colectivo” utilizado até então por Durkheim.

Moscovici (2003:60) suporta a sua teorização em dois processos básicos que são a ancoragem e a objectivação. A ancoragem é o processo ao qual se dá sentido ao objecto a compreender, que tenta “(...) *ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar.*”

No que se refere à objectivação, permite conhecer a estrutura do objecto ou seja, de acordo com Moscovici (2003:61), o intuito será “(...) *objectivá-los, isto é, transformar algo abstracto em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico.*” isto é, converter algo não familiar numa realidade percebida e apreendida pelo outro. Novamente Moscovici (2003:71) define que objectivar “(...) *é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância.*”

Da mesma forma, Vala (2006) refere que a uma representação social é atribuído um significado, permitindo a ancoragem da acção dando sentido aos comportamentos, aos factos sociais, aos acontecimentos, às pessoas e grupos, sendo ainda atribuído um código que por sua vez vai ser interpretado de forma a que tudo o que é desconhecido, ou não familiar ancore, constituindo a instrumentalização social do objecto representado, traduz-se na segunda modalidade do processo de ancoragem.

Ancorar para Moscovici (2003:61) é definido como “(...) *classificar e dar nome a alguma coisa.*” considerando estes dois aspectos do processo de ancoragem das representações.

Segundo Moscovici (1961) cit. por Doise, Clemence, Lorenzi-Cioldi (1992) os estudos realizados sobre as representações sociais parecem demonstrar uma estreita relação entre estas e a memória social ou colectiva, podemos assim considerar que a memória do passado é transmitida pelos elementos de determinado grupo através das relações e vivências dos seus elementos.

Determinada representação social encontra-se geralmente ligada ao passado de um grupo ou colectividade, contudo vai integrando as histórias de vida do colectivo na memória individual. Não sendo produzidas alterações porque as representações sociais têm influência no comportamento do indivíduo que faz parte deste grupo.

É este processo de mudança que segundo Moscovici (2003) é realmente importante, a capacidade do indivíduo interiorizar o pensamento do colectivo perante a influência das representações sociais do grupo. De forma que as representações sociais constituem um conjunto de ideias, imagens e metáforas que se podem interligar entre si formando uma rede fluida e móvel, muito mais dinâmica do que uma teoria.

Apesar de todas as influências e mudanças que ocorrem hoje em dia, muitas delas por influência directa dos meios de comunicação, que tendem a unificar e a massificar a realidade, surge a necessidade por parte dos grupos de redefinirem a compreensão dessa realidade no sentido de as partilhar novamente tornando-se num processo dinâmico.

Para Moscovici (2003:41) as “*Pessoas e grupos criam representações no decurso da comunicação e da cooperação. Representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem.*”

É essencial o estudo destes fenómenos para que possam ser decifrados. Tal como refere Moscovici (2003:49) as representações “*São fenómenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum.*”

Segundo Coutinho, Nóbrega & Catão (2003:55) “*Por serem as representações sociais formas de pensamento que se enraízam no inconsciente e regidas pelo processo*

*primário torna-se fundamental o uso de técnicas especiais que permitam a captação dessas representações.”*

O acesso às novas tecnologias de informação e de comunicação é uma garantia indispensável à inovação e criatividade dos indivíduos levando a um maior processamento da realidade tornando as representações um espelho onde são reflectidas as imagens, não podem ser vistas como estáticas mas em constante movimento.

Para Moscovi (2003) o carácter das representações sociais de um grupo revela-se de uma forma mais acentuada quando este se encontra num momento de crise e sujeito a mudança, uma vez que os indivíduos se tornam mais espontâneos, as imagens e as memórias colectivas são exacerbadas e os comportamentos apresentam maior espontaneidade.

### **1.1.1. Representações Sociais do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)**

A representação social do VIH/SIDA continua ligada ao universo do outro, sendo vista como resultado de um comportamento sexual ou por outro lado relacionada com os comportamentos dos usuários de drogas.

No entanto, como consequência da evolução que a infecção tem tido ao longo dos anos, actualmente a representação é um problema da sociedade e de que ninguém está livre de o contrair. O padrão habitual do indivíduo infectado, como sendo do sexo masculino e homossexual foi sendo transferido para o padrão feminino, heterossexual e podendo apresentar uma qualquer idade, sendo mais frequentemente em mulheres com idade superior aos 60 anos e geralmente infectadas através de relações sexuais com os próprios maridos, infectados em relações sexuais extraconjugais.

O síndrome de imunodeficiência humana adquirida (SIDA) acaba por ser uma doença com um grande impacto na saúde das populações, bem como com um grande impacto social.

A vulnerabilidade dos profissionais de saúde ao VIH após um acidente por exposição microbiológica, a sua percepção, os seus comportamentos e as suas vivências após a exposição permite compreender a forma como representam o vírus.

A discriminação a nível do trabalho está habitualmente ligada aos jovens, idosos, ao sexo, raça, religião e aos portadores do vírus da imunodeficiência humana. Dados de um relatório da Organização Internacional do Trabalho sobre a igualdade no trabalho e enfrentar os desafios (2007:50) revela que cerca de 40 milhões de pessoas vivem actualmente com VIH/SIDA no mundo inteiro e *“Trinta e seis milhões de pessoas no*

*... mundo inteiro, ou 90 por cento dos portadores de VIH/SIDA, estão envolvidos em algum tipo de actividade económica e a maioria deles tem idades entre os 15 e os 49 anos – o grupo mais produtivo da força de trabalho. Três milhões de pessoas em idade activa morrem todos os anos devido ao VIH/SIDA; as perdas cifram-se já em cerca de 28 milhões de trabalhadores mortos em 2005 e, se as tendências actuais se mantiverem, 48 milhões e 74 milhões de trabalhadores perderão a vida em 2010 e em 2015, respectivamente.”*

Actualmente também os profissionais de saúde passaram de meros espectadores, a actores neste contexto da doença e por conseguinte encontram-se expostos e vulneráveis a um potencial risco de contaminação pelo vírus diariamente.

## **CAPÍTULO II**

### **COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

## **2.1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

Comunicação é o acto ou efeito de comunicar, fazer saber, tornar comum, participar, a mensagem transmitida pelo emissor deve ser compreendida pelo receptor.

A comunicação é uma parte de tudo o que fazemos na vida e está envolvida em todos os ramos do conhecimento humano. É um processo que exige um transmissor, uma mensagem e um receptor. O receptor recebe a mensagem percebe-a dentro da sua experiência vivencial, isto é, o seu passado e presente. Podemos concluir que comunicar é tão natural e necessário como respirar.

Os técnicos de saúde ao prestarem cuidados devem ser flexíveis de forma a alternarem os papéis de emissor com o de receptor e vice-versa consoante as necessidades.

Wazlawick (1984) refere que o indivíduo que aceita a realidade como uma construção, torna-se mais indulgente para com o outro, sentindo-se responsável pelas suas decisões, acções e também pela realidade criada por conjecturas auto-confirmatórias, o que o leva a julgar os outros com algum cuidado.

A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde é a base do relacionamento dos técnicos de saúde com o utente sendo essencial na identificação dos problemas, necessidades e no planeamento das acções e intervenções em saúde.

Estes deverão ter sempre presente que esta comunicação pode ser verbal e não verbal, a comunicação transcende a linguagem, sendo o olhar o que mais evidência quando se quer ou não comunicar. O estabelecimento de uma comunicação adequada implica que o actor principal no processo de comunicação ao emitir uma mensagem deve preocupar-se se o receptor a compreende e se existe feed-back. Parte da comunicação estabelecida pelos técnicos de saúde é apelidada de comunicação terapêutica e tem como alvo o utente, devendo haver uma adequação entre a comunicação verbal e a comunicação não verbal.

No entanto em saúde há várias formas de comunicar, mesmo sem palavras ela existe, um gesto, um olhar, uma palavra, até uma forma de estar. Sendo a linguagem não verbal, ainda mais reveladora dos sentimentos do utente e podendo complementar as suas palavras.

O modo como os indivíduos conduzem os seus corpos também transmite mensagens não verbais que podem ser espontâneas ou não. Logo a forma como o

profissional se posiciona, também transmite mensagens não verbais ao outro que as percebe de forma positiva ou negativa.

Também Ramos (2007:152) refere que *“Na comunicação, as manifestações emocionais são importantes e numerosas tendo como suportes privilegiados a voz, as mímicas faciais, os gestos, as posturas corporais e as manifestações neurovegetativas.”* A interacção na relação é baseada na comunicação, sendo a recepção da mensagem, o aspecto mais crítico do processo. O desenvolvimento de esforços pode melhorar a qualidade e a precisão da comunicação através do saber escutar de forma concentrada e crítica os aspectos da mensagem que lhes são transmitidos.

Ao desenvolver saberes e competências na área da comunicação, o indivíduo aprende a alternar o papel de emissor com o de receptor e assim estar atento ao conteúdo das mensagens que são transmitidas desenvolvendo aquilo a que se chama a escuta atenta.

Nos últimos anos tem havido um progressivo reconhecimento dos direitos individuais entre os quais o direito à saúde e à informação, apesar disso nalgumas situações, o utente tem de empreender uma autêntica “caça” à informação utilizando para isso os técnicos de saúde no sentido de conseguir o máximo de informações sobre a sua situação clínica.

Segundo Ramos (2007:154) nas práticas dos profissionais de saúde *“(…) predomina a ausência de informação ao doente sobre a sua situação clínica, diagnóstico, tratamento, prognóstico, defendendo estes que o fornecimento de informação pode causar efeitos negativos no doente, tais como, diminuição da adesão ao tratamento, aumento da ansiedade e das queixas sobre os efeitos secundários do tratamento.”*

Por outro lado há indivíduos que utilizam estratégias de fuga às informações que lhe são prestadas, geralmente em situações ambíguas ou de doença grave, utilizando a informação prestada da forma que pensa ser a mais adequada e retendo apenas o que lhe interessa nesse dado momento.

O aumento da capacidade de escutar os outros poderá fomentar o relacionamento interpessoal e consequentemente a comunicação no seio da equipa multidisciplinar. A forma como a informação é transmitida pode afectar a maneira como é ouvida e percebida. Talvez, por isso, é que alguns técnicos são melhores comunicadores do que os outros, com repercussões, na forma como a sua mensagem é interiorizada e

valorizada pelo receptor. Uma das condições imprescindíveis para uma comunicação eficaz é a utilização de uma mesma linguagem.

Segundo Ramos (2007:150) a comunicação “(...) constitui um conceito integrador, o qual permite redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as instituições, entre a sociedade e a cultura.”

No decurso de uma relação de ajuda a empatia é uma característica fundamental a desenvolver pelos técnicos de saúde devendo respeitar os momentos de silêncio do utente, gerindo-os de forma terapêutica permitindo a reflexão e a ponderação. A empatia requer um equilíbrio interior e sensibilidade para interagir com o outro compreendendo-o e preservando as suas escolhas.

Aos técnicos de saúde é imprescindível sentirem a necessidade de se deixarem conduzir para o outro lado, tentando experimentar os mesmos sentimentos e emoções do utente. Ao demonstrarem o respeito pelo outro, partilhando as suas emoções e empenhando-se no contacto e no estabelecimento da relação com o utente adoptam uma atitude de congruência. Para Ramos (2007:155) a atitude de congruência implica “(...) a adequação entre o que o indivíduo sente, a consciência que tem dos seus sentimentos e a maneira como se exprime.”

Cada indivíduo é um ser único, com vivências, sentimentos, pelo que respeitá-lo será aceitá-lo com os seus hábitos de vida, crenças e valores, não fazendo juízos de valores nem julgando-o pelas suas opiniões e formas de agir, privilegiando o estabelecimento de um sistema de informação com o objectivo de viabilizar o processo de comunicação entre os membros da equipa de saúde multidisciplinar/utente e família.

A articulação de recursos humanos, rentabilidade e qualidade, são fundamentais a uma gestão eficaz, assumindo posição fulcral a vertente da comunicação. No entanto a criação de mecanismos de avaliação adequados é essencial de modo a que a mensagem emitida não seja alterada ou demasiado filtrada pelos receptores, constituindo uma barreira efectiva à comunicação.

**CAPÍTULO III**  
**SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE DO**  
**TRABALHO**

### **3.1. ENQUADRAMENTO LEGAL DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE DO TRABALHO**

Em Portugal, a saúde no trabalho é um direito consagrado na Lei. A designação de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho decorre da Directiva n.º 89/391/CEE em que há uma manifesta preocupação em dotar a União Europeia de uma plataforma de prevenção dos riscos profissionais comum nestes países.

No entanto, esta Directiva só foi transposta para o direito interno português a 14 de Novembro de 1991 tendo sido aprovado o Decreto-Lei n.º 441/91 que contém os princípios que visam promover a segurança, higiene e saúde no trabalho para todos os trabalhadores. Só posteriormente, em 1994, com o Decreto-Lei n.º 26/94 de 1 de Fevereiro (rectificado pela Lei n.º 7/95, de 29 de Março), foi estabelecido o regime de organização e funcionamento dos serviços de segurança, higiene e saúde do trabalho, tendo sido definidas as formas de aplicação à Administração Pública no ano seguinte, com o Decreto-Lei n.º 191/95 de 28 de Julho, o qual veio a ser revogado em 17 de Novembro de 1999 através do Decreto-Lei 488.

É frequente e principalmente no sector empresarial a separação técnica, conceptual e prática da Segurança e Higiene do Trabalho e da Medicina do Trabalho. Esta distinção técnica e conceptual é normal, no entanto a aplicabilidade na prática de actuação destes dois serviços essenciais, não é fácil e nem sempre produz uma adequada articulação e concretização de objectivos que deverão ser comuns. Em contexto hospitalar a designação de Saúde Ocupacional é utilizada de forma integrada abrangendo as componentes de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho.

Segundo Freitas (2004) a saúde no trabalho tem como objectivo incentivar e manter o bem estar físico, psíquico e social dos trabalhadores em todas as actividades e profissões, prevenindo os riscos em matéria de saúde e segurança, protegendo-os dos possíveis danos para a saúde e o posto de trabalho deverá ser adequado às aptidões físicas e psicológicas do trabalhador.

## **3.2. RISCOS PROFISSIONAIS EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Nos serviços prestadores de cuidados de saúde, em especial nos hospitais, coexistem vários factores de risco que são passíveis de resultar em acidentes de trabalho ou doenças profissionais. Podemos classificar os factores de risco a que os profissionais se encontram expostos nas seguintes categorias: Riscos de Natureza Biológica, Riscos de Natureza Química; Riscos de Natureza Física, Riscos de Natureza Mecânica e Riscos de Natureza Psicossocial.

Freitas (2004:308) define risco profissional como a *“Possibilidade de que um trabalhador sofra um dano provocado pelo trabalho. Para quantificar um risco valorizam-se conjuntamente a probabilidade de ocorrência do dano e a sua gravidade.”*

O meio hospitalar é caracterizado por uma vasta diversidade de actividades, algumas de natureza diferenciada em termos técnicos e humanos e outras de natureza administrativa, assim a avaliação dos riscos terá de ser efectuada de acordo com a actividade, o posto de trabalho e a natureza da exposição a que o trabalhador se encontra exposto. Para Ramos a noção de risco (2004:119) *“(…) implica a possibilidade de sofrer uma perda ou um dano, a possibilidade de ser submetido a um perigo ou exposto a uma ferida com consequências na adaptação e em patologias futuras.”*

De acordo com Pestana (2003) o facto dos trabalhadores pretenderem a reforma 5 a 10 anos mais cedo do que anteriormente encontra-se relacionado com a exposição a riscos físicos e psíquicos no seu ambiente de trabalho. Como refere Pestana (2003:15) *“(…) pode também significar o fim de um quotidiano marcado pela sujeição contínua a riscos físicos e psíquicos excessivos,(…)”* Para alguns a reforma surge assim como um afastamento dos riscos a que se encontram expostos nos seus locais de trabalho e como uma tentativa de manterem e recuperarem a saúde.

### **3.2.1. Riscos de Natureza Biológica**

O ambiente hospitalar é geralmente complexo, com um elevado número de riscos ocupacionais, decorrendo da actividade dos vários profissionais, da prestação directa de cuidados e do contacto com materiais contaminados com sangue e outros fluidos corporais.

Os riscos de natureza biológica constituem o clássico grupo de factores de risco de origem profissional em hospitais e demais serviços de saúde onde os agentes

biológicos se apresentam como um importante factor de risco nas referidas instituições e particularmente em laboratórios de microbiologia. Consideram-se agentes biológicos os vírus, as bactérias, os fungos e os parasitas.

De acordo com o Decreto-Lei n. 84/97 de 16 de Abril no artigo 4, os agentes biológicos são classificados em quatro grupos por ordem crescente de risco de exposição e infecciosidade e seguem os critérios de patogenicidade, virulência, modo de transmissão, endemicidade, existência ou disponibilidade de medidas profiláticas e tratamento eficaz.

**Quadro 1- Classificação dos agentes biológicos de acordo com o Decreto-Lei n.º 84/97 de 16 de Abril**

<b>Classificação dos Agentes Biológicos</b> Decreto-Lei n. 84/97 de 16 de Abril, artigo 4.			
<b>Grupo</b>	<b>Risco para os Trabalhadores</b>	<b>Risco de Propagação na Comunidade</b>	<b>Meios de Profilaxia ou Tratamento</b>
Agente biológico do Grupo 1	Agente biológico cuja probabilidade de causar doenças no ser humano é baixa.	Não existe risco de propagação.	Não existe necessidade.
Agente biológico do Grupo 2	Agente biológico que pode causar doenças no ser humano e constituir um perigo para os trabalhadores.	É escassa a probabilidade de se propagar na colectividade	Existem, em regra, meios eficazes de profilaxia ou tratamento.
Agente biológico do Grupo 3	Agente biológico que pode causar doenças graves no ser humano e constituir um risco grave para os trabalhadores.	Susceptível de se propagar na colectividade.	Existem os meios eficazes de profilaxia ou de tratamento.
Agente biológico do Grupo 4	Agente biológico que causa doenças graves no ser humano e constitui um risco grave para os trabalhadores.	Susceptível de apresentar um elevado nível de propagação na colectividade.	Não existem, em regra, meios eficazes de profilaxia ou de tratamento.
O agente biológico que não puder ser rigorosamente classificado num dos grupos definidos no número anterior deve ser classificado no grupo mais elevado em que pode ser incluído.			

Os trabalhadores da saúde encontram-se expostos diariamente no seu ambiente de trabalho a uma multiplicidade de microorganismos patogénicos que podem originar uma diversidade de infecções podendo constituir uma ameaça à sua saúde. As três infecções mais usualmente transmitidas através da exposição microbiológica ao sangue e a outros fluidos corporais são as causadas pelo vírus da hepatite B (VHB), o vírus da hepatite C (VHC) e o vírus da imunodeficiência humana (VIH), causador do Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA).

Considera-se assim que os agentes biológicos patogénicos de maior preocupação e gravidade em meio hospitalar são actualmente, os vírus da hepatite B e C, e o vírus da imunodeficiência humana, o VIH.

A exposição acidental ao sangue e fluidos corporais pode ocorrer através de picadas de agulhas, cortes com instrumentos afiados e cortantes ou através da exposição cutânea e das mucosas, nomeadamente a nível dos olhos, nariz, boca e pele não intacta.

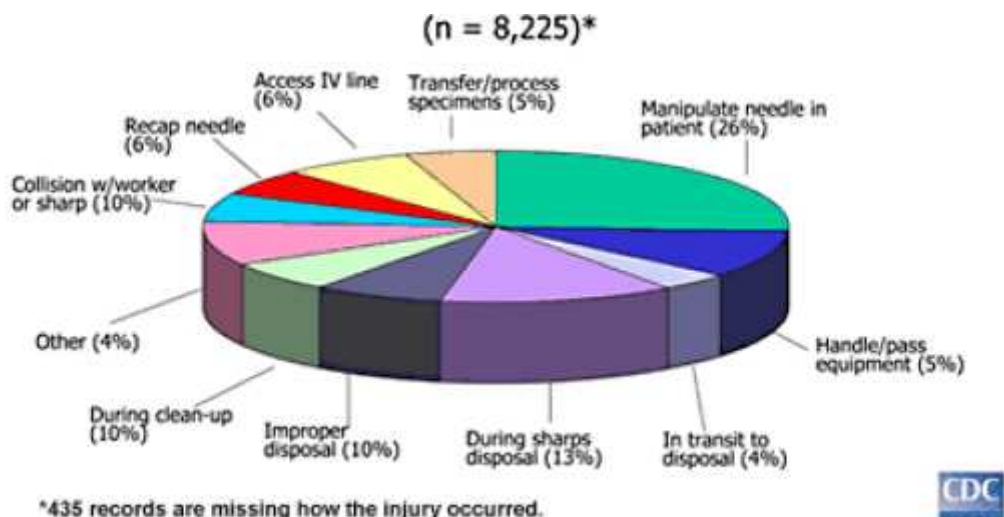
A *World Health Organization* refere no *World Health Report* (2002) que actualmente existem cerca de 35 milhões de trabalhadores da saúde no mundo, em que cerca de três milhões sofrem exposições percutâneas com sangue infectado todos os anos. Destes, 2 milhões são por exposição ao vírus VHB, 0,9 milhões ao vírus VHC e 170 000 ao VIH, destas exposições, resultam cerca de 15 000 infecções por VHC, 70 000 infecções por VHB e 500 infecções por VIH.

Mais de 90% destas infecções ocorre em países desenvolvidos, globalmente cerca de 40% representam infecções pelo vírus da hepatite B e C e 2,5% a infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) nos trabalhadores da saúde e são atribuídas a exposições ocupacionais com agulhas.

A prevenção da exposição e protecção dos profissionais envolve essencialmente a avaliação criteriosa dos riscos a que se encontram expostos, efectuada através da análise e caracterização da actividade, da natureza dos agentes biológicos envolvidos, do tipo de instalações, dos equipamentos de protecção individual e das práticas de trabalho seguras.

Segundo o *National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH* (2000), existem algumas práticas de trabalho nas actividades ligadas à saúde que envolvem maior risco e que são o reencapsulamento de agulhas, a transferência de fluidos corporais de um recipiente para outro e o facto de não se eliminarem convenientemente as agulhas e objectos cortantes nos recipientes próprios (contentores de cortantes).

Figura 1- Mecanismos associadas às lesões por picadas de agulhas



O *Center for Disease Control and Prevention* (2004) refere a existência de inúmeros mecanismos possíveis de lesão. Durante o período de 6/95 a 12/01 na informação do *NaSH* sobre lesões com agulhas de lúmen interno e num estudo que compreendeu 8.225 picadas de agulhas, cerca de 26% ocorreram durante a sua utilização no utente, 19% por eliminação inadequada, 13% durante a eliminação do objecto cortante, 10% na colisão do trabalhador ou do objecto cortante, 10% durante a limpeza, 6% por reencapsulamento, 5% no processo de transferência de amostras e 4% no trajecto para eliminar o objecto (em 435 dos incidentes não foi registado o mecanismo da lesão).

Se considerarmos as circunstâncias da eliminação do objecto (eliminação inadequada, durante a eliminação, no trajecto para eliminar o objecto) verificamos que corresponde a cerca de 36% do total dos acidentes.

As vias de transmissão da infecção poderão ser por contacto directo, através do contacto com o contagiante (indivíduo infectado, colonizado ou hospedeiro) ou por contacto indirecto através de instrumentos ou objectos cortantes contaminados. O risco de infecção após um contacto com sangue contaminado pode variar em função do agente patogénico envolvido, o tipo de contacto, a quantidade de sangue envolvida no contacto e o número de vírus em presença no sangue.

O nível de risco biológico, ou seja o risco de infecção de um profissional de saúde depende do agente biológico envolvido, da patogenicidade, da virulência, do modo de transmissão e das medidas profilácticas e tratamento pós-exposição eficaz.

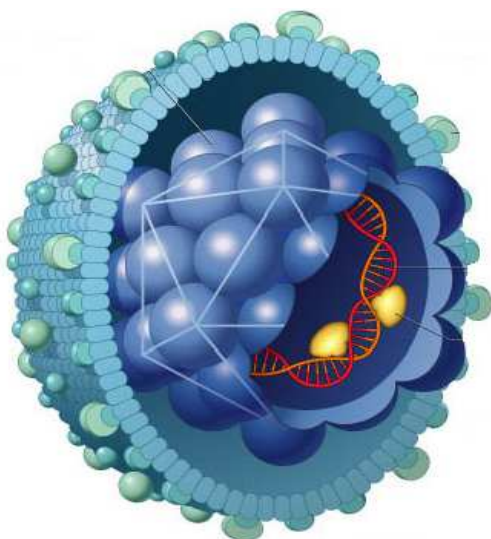
O risco de contrair a infecção depende ainda do tipo de dispositivo médico e da quantidade de sangue a que o profissional foi exposto, de acordo com o *International Healthcare Worker Safety Center* (2001) após a ocorrência de acidente com lesão percutânea com sangue infectado, o risco de infecção apresenta os valores de 0,25% a 0,4% para o vírus de imunodeficiência humana (VIH), subindo para 0,4% a 1,8% para a hepatite C (VHC) e de 6% a 30% no caso da hepatite B (VHB).

Decorreram cerca de vinte anos após o primeiro caso de transmissão ocupacional do vírus da imunodeficiência humana após picada acidental, considera-se actualmente que as infecções transmitidas através do sangue potencialmente perigosas para a vida dos profissionais de saúde são o VHB, o VHC e o VIH, apesar deste risco ter diminuído ao longo dos anos devido às medidas preventivas introduzidas.

### **3.2.1.1. A hepatite B**

O vírus da hepatite B (VHB) pertence à família dos hepadnavirus. O virião é constituído por uma estrutura interna, o core e uma estrutura externa, o antigénio de superfície.

**Figura 2- Representação do vírus da hepatite B (VHB)**



**Fonte: Perkins -website (2002)**

No interior do core podemos encontrar o genoma do vírus e a enzima DNA polimerase/transcriptase reversa. O invólucro exterior é composto por proteínas, glicoproteínas e lipídios. Para além destes, existem outras partículas víricas não

infecciosas de pequeno diâmetro e outras de forma tubular constituídas pelo antígeno de superfície.

A transmissão do vírus da hepatite B pode ser vertical ou horizontal, sendo a primeira entendida como a passagem directamente do vírus da mãe para o filho na altura do parto.

A transmissão horizontal ocorre pelo contacto com fluidos orgânicos potencialmente infectados com o VHB e que são: o sangue, o sêmen, as secreções vaginais, o líquido cefaloraquidiano, o líquido sinovial, o líquido pleural, o líquido peritoneal, pericárdico e amniótico. Existem outros fluidos orgânicos considerados não infectantes como as fezes, urina, suor, lágrimas, vômito e saliva, desde que não contenham sangue, pois apesar de conterem partículas do antígeno HBs (AgHBs), as partículas víricas infecciosas são em quantidade diminuta o que limita a sua infecciosidade.

A importância da correcta interpretação dos marcadores serológicos da hepatite B reside no facto de permitir avaliar a evolução clínica da doença:

- Um resultado positivo na determinação do antígeno de superfície (AgHBs) poderá ser um indicador de infecção aguda ou crónica pelo VHB. A persistência do antígeno HBs por mais de seis meses determina geralmente a passagem à cronicidade.
- No caso de ocorrer nível de anticorpos contra o antígeno de superfície (anti-HBs), e se este for  $\geq 10\text{mUI/ml}$  pode indicar a existência de imunidade adquirida pós vacinação ou naturalmente.
- A determinação da presença ou não de anticorpos contra o antígeno do core (anti-HBc) dir-nos-à se houve exposição prévia do indivíduo ao vírus VHB.
- O antígeno HBe (AgHBe) é um marcador de infecciosidade e o seu aparecimento poderá indicar uma possível infecção pelo VHB num estágio de replicação viral.
- A presença de anticorpos contra o antígeno “e” (anti-HBe) significa a diminuição da replicação viral “vírus primitivo” ou, se os níveis do DNA-VHB forem elevados, a presença de um vírus mutante do pré-core.
- A presença do anti-HBs e do anti-HBc é considerado marcador de imunidade adquirida; a imunidade adquirida através da vacina é revelada pelo anti-HBs isolado.

A hepatite B evolui para a cura no adulto jovem saudável em 95-99% das situações em seis meses e a vigilância da evolução serológica deve ser efectuada, de uma forma correcta.

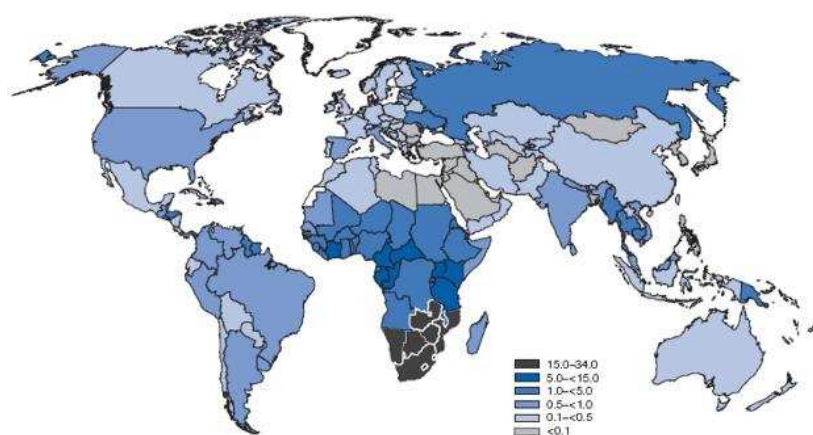
Relativamente às hepatites crónicas, o diagnóstico das hepatites B e C pode ser efectuado após avaliações de rotina em indivíduos sem sintomatologia, pelo que será necessário a sua investigação por forma a saber se estamos perante uma hepatite crónica ou de um portador “inactivo”.

Consideram-se portadores inactivos do VHB, os indivíduos sem actividade necroinflamatória do fígado, nem evidência de replicação vírica, e com transaminases normais ou pouco alteradas em avaliações sucessivas e a da carga viral do DNA-VHB no soro, logo sem indicação terapêutica.

Por outro lado, é necessário ter em atenção que existem fenómenos de reactivação viral, os quais podem levar à passagem de portador inactivo para hepatite crónica, pelo que deve ser mantida a vigilância analítica.

Intimamente ligada à hepatite B encontra-se a hepatite D provocada por um vírus defectivo o vírus da hepatite Delta (VHD), que necessita do vírus da hepatite B para se multiplicar, podendo causar infecção em simultâneo com a hepatite B (co-infecção) ou infectar indivíduos com hepatite crónica B (super-infecção).

**Figura 3- Distribuição geográfica da infecção crónica pelo vírus da hepatite B no mundo (2005)**



**Fonte: Center for Disease Control and Prevention (2006)**

A prevalência do vírus da hepatite B (VHB) varia consoante as regiões e os países, na figura 3 Portugal encontra-se numa zona de endemicidade intermédia no respeitante à hepatite B.

O risco de transmissão do vírus da hepatite B está relacionado com o grau de contacto com o sangue e fluidos corporais no local de trabalho e igualmente com o

estado de infecciosidade da hepatite B (AgHBe, DNA-VHB), bem como da endemicidade na população, ou seja, se ocorrer uma exposição a probabilidade de infecção é tanto maior quanto maior for a endemicidade na população da região.

Em estudos efectuados com profissionais de saúde os acidentes ocorridos com agulhas contaminadas com sangue contendo o vírus da hepatite B, o risco de desenvolver sintomatologia clínica de hepatite B será a seguinte: se o antígeno HBs e o antígeno HBe forem ambos positivos de 22% a 31% e o risco de desenvolver uma seroconversão é de 37% a 62%. Em comparação o risco de desenvolver hepatite com o antígeno HBs positivo e antígeno HBe negativo é de 1% a 6% e o risco de seroconversão é de 23% a 37%. (*Center for Disease Control and Prevention- CDC, 2001*)

Um dos factores de maior importância na prevenção da transmissão da hepatite B surgiu em 1963 com a descoberta do antígeno Austrália, a identificação do vírus da hepatite B e finalmente a criação da primeira vacina.

Em Portugal, a vacinação iniciou-se em 1990 tendo como indicação os indivíduos considerados de alto risco, grupo onde estavam incluídos os profissionais de saúde. Em 1994 foi incluída no Programa Nacional de Vacinação para os adolescentes com idades compreendidas entre os dez e treze anos. Em 2000 a administração da vacina foi alargada e administrada a todos os recém nascidos. A vacina para a hepatite B é considerada segura e com uma eficácia estimada em 95% a 99%.

A eficácia da vacina na doença vírica como o caso da hepatite B é não só proteger o indivíduo da doença mas também a possibilidade real de evitar as possíveis complicações e sequelas da própria doença.

Todo o indivíduo cuja actividade envolva o contacto com sangue potencialmente contaminado, fluidos corporais e objectos ou materiais contaminados deverão ser vacinados para a hepatite B e apresentar o nível de anticorpos anti-Hbs  $\geq 10$  UI/L, o que confere nível de imunidade efectiva.

A realização de testes serológicos pré-vacinais não se encontra recomendada nos profissionais de saúde pelo *Center for Disease Control and Prevention- CDC (2001)*. No entanto no hospital onde foi efectuado o estudo verificaram-se dois factos: 1- grande parte dos profissionais que iniciavam a sua actividade já tinham completado o esquema vacinal; 2- alguns já tinham trabalhado noutras instituições de saúde e provavelmente tinham tido contacto com o vírus e adquirido anticorpos por esta via, pelo que se achou conveniente efectuar-se serologias pré-vacinais nestes casos.

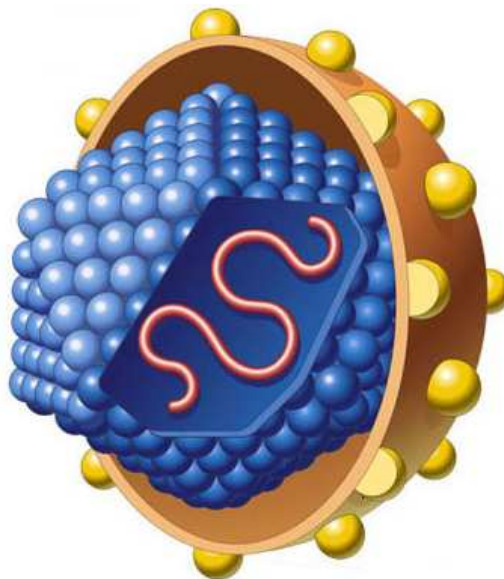
Numa exposição ocupacional, a prevenção da co-infecção VHB/VHD poderá eventualmente ser evitada através da profilaxia pré ou pós-exposição à hepatite B, ou seja, através da vacina da hepatite B, porque a replicação do VHD está sujeita à replicação do VHB.

### **3.2.1.2. A hepatite C**

A hepatite C é a inflamação do fígado causada pelo vírus da hepatite C (VHC), transmitido através do contacto com sangue e outros fluidos contaminados. Esta inflamação ocorre na maioria das pessoas que é contaminada pelo vírus, podendo levar a cirrose hepática e cancro do fígado.

Apesar do vírus da hepatite C ter sido identificado em 1989, o seu aparecimento surge nos anos 70 e encontra-se ligado ao aumento do número de transfusões de sangue e à toxicod dependência com a utilização de drogas injectáveis. Em Portugal, apenas 20 a 30% dos indivíduos infectados estão identificados, estimando-se que muitos outros se encontrem contaminados sem o saberem.

**Figura 4- Representação do vírus da hepatite C (VHC)**



**Fonte: Perkins (2001) website**

A hepatite C é causada por um vírus, o VHC, da família *Flaviviridae*, género Hepacivírus, tipo ácido ribonucleico (ARN) de cadeia única. O virião do VHC é uma partícula esférica de 30-65 nm de diâmetro constituída por um invólucro no interior do qual está o genoma viral.

Existem seis genótipos do vírus da hepatite C, e mais de 90 subtipos. O Relatório de Consenso sobre hepatite C (1999) refere que em Portugal, 70% dos indivíduos infectados são do genótipo 1, com predomínio do subtipo 1b sobre o 1a.

Para o diagnóstico da hepatite C são actualmente utilizados testes serológicos de detecção da presença de anticorpos anti-VHC, os chamados testes imuno-enzimáticos de terceira geração, que nos dão uma fiabilidade de cerca de 97% na detecção do anti-VHC nos indivíduos infectados.

No entanto é prática corrente a utilização de outro teste suplementar, mais específico através do método RIBA (recombinant immunoblot assay).

Em alguns casos, o anti-VHC indeterminado pode significar um falso positivo pelo que será primordial a pesquisa do ácido nucleico do VHC, que será efectuada através do ARN do vírus por técnica de amplificação genómica. Esta detecção pode ser feita no soro ou no plasma cerca de 1 a 2 semanas após a infecção e várias semanas antes da alteração das transaminases (alaninaminotransferase-ALT e a aspartatoaminotransferase -AST). A quantidade de partículas víricas em circulação, é expressa em UI/ml e cópias/ml. A replicação viral dá-se essencialmente a nível do hepatócito e sistema retículo-endotelial.

Na sequência de uma infecção, as serologias tornam-se positivas entre quatro a oito semanas. A transmissão da hepatite C faz-se essencialmente através do contacto com sangue e hemoderivados contaminados com o vírus (VHC). Os indivíduos com maior risco de serem contaminados com o vírus são os toxicodependentes, os hemodializados e os profissionais de saúde na sequência de um acidente que envolva material perfuro cortante contaminado. Segundo Augusto & Lobato (2003) a prevalência do VHC nos indivíduos toxicodependentes é de 70 a 85%, a via materna de 4 a 7%, a picada acidental de 0 a 10%, a via sexual é inferior a 6% e antes de 1992, cerca de 90% das hepatites pós-transfusionais foram causadas pelo VHC.

O risco de transmissão do vírus VHC através da via sexual é diminuto, podendo ocorrer nas relações sexuais pela transmissão através do sangue durante o período menstrual, herpes e lesões genitais. Existem ainda situações como as tatuagens, os piercings, tratamentos dentários, actos cirúrgicos, acupuntura e outras que envolvam material não descartável, que não tenha sido esterilizado ou reutilizado. O risco é eliminado se for usado material descartável.

O tratamento da infecção aguda pelo vírus da hepatite C tem bom prognóstico. No entanto, uma vez que a infecção aguda é na maior parte dos casos assintomática

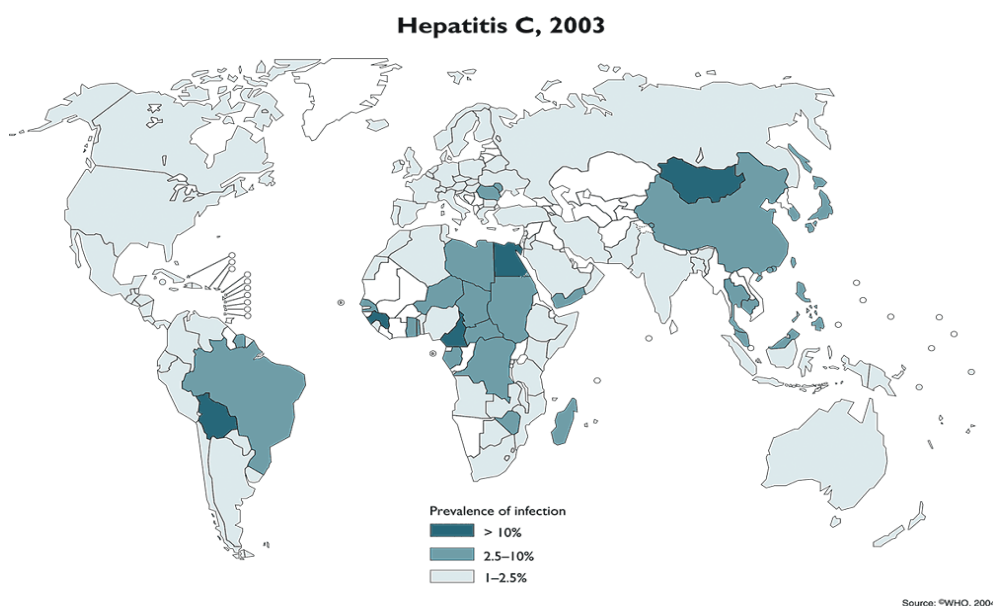
torna-se difícil o seu diagnóstico nesta fase e portanto o seu tratamento. Ao se eliminar precocemente o vírus contribui-se para prevenir possíveis sequelas e complicações.

A hepatite C, contrariamente à hepatite B, evolui em cerca de 55% a 85% dos casos para a cronicidade. As complicações resultantes da cronicidade da inflamação do fígado surgem após um longo período de evolução silenciosa, podendo ter como consequência uma hepatite crónica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular ou hepatoma.

Segundo o Portal de Saúde Pública (2005) cerca de 70% dos indivíduos infectados com o VHC evolui frequentemente para a forma crónica, sendo que cerca de 20% destes, desenvolve cirrose após 20 anos da infecção, e 1 a 5% das situações evolui para carcinoma hepático cerca de 10 anos depois. Contudo, parece haver em Portugal uma taxa de subnotificação da infecção pelo VHC, bem como de dados estatísticos.

Uma das formas de transmissão da hepatite C anterior aos anos 90 era a pós-transfusional, contudo após o aperfeiçoamento de testes serológicos específicos na detecção do vírus reduziu-se esta incidência tornando-a praticamente nula. Segundo Freitas (2003) calcula-se que cerca de 40 000 infecções possam ser evitadas anualmente nos Estados Unidos, tornando-se imprescindíveis no diagnóstico de indivíduos infectados pelo VHC e nos casos em que se desconhecia a origem das hepatites crónicas, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular atribuindo-se a causas autoimunes e que hoje em dia se inicia precocemente o tratamento, tornando reversíveis algumas situações.

**Figura 5- Distribuição geográfica da prevalência da hepatite C no mundo (2003)**



**Fonte: World Health Organization (2004)**

A figura 5 refere-se à distribuição geográfica da hepatite C no mundo. Augusto & Lobato (2003) referem que em Portugal os dados epidemiológicos sobre a hepatite C estimam para uma prevalência na população em geral de 1,5%, existem cerca de 100.000 a 150 000 de indivíduos infectados, no entanto não é totalmente conhecida a realidade portuguesa, a incidência da hepatite C é superior no sexo masculino (relação homem/mulher de 4/1) e nos grupos etários dos 15 aos 24 e 25 aos 34 anos.

O vírus VHC sofre alterações e mutações, tornando muito complexa a sua identificação pelo sistema imunitário do hospedeiro assim como o desenvolvimento de imunoprofilaxia passiva e vacina eficaz.

Algumas vezes surgem resultados falsos positivos sendo mais comum em portadores de doenças auto imunes com auto-anticorpos circulantes, além de indivíduos que tiveram hepatite C aguda cuja infecção curou espontaneamente mas que mantêm a serologia positiva por várias semanas. Por outro lado, o exame também pode ser falso negativo em pacientes com sistema imunológico comprometido. Nem todos os casos têm indicação terapêutica e esta não é 100% eficaz.

O risco de transmissão ocupacional, de acordo com o *Center for Disease Control and Prevention- CDC* (2001:6) “Comparativamente com o VHB, o VHC não é transmitido tão eficazmente através de exposições ocupacionais ao sangue. A incidência da seroconversão do VHC após exposição acidental percutânea com sangue infectado com o vírus é de cerca de 1,8%. A transmissão através da exposição a membranas ou mucosas é rara e praticamente nula no caso de pele intacta ou não intacta, a forma mais viável de contágio é através de uma lesão percutânea nomeadamente no caso de agulhas ocas ou com lúmen interno.”

No caso de ocorrer uma seroconversão para a hepatite C, num profissional de saúde pode-se recorrer ao tratamento com o interferão (medicamento utilizado no tratamento da hepatite C) de forma a diminuir ou a eliminar o vírus. No entanto e apesar da maior parte dos países seguirem as indicações do *Center for Disease Control and Prevention* no caso das exposições ocupacionais tanto na vigilância pós-exposição, bem como no que diz respeito à disponibilização de profilaxia pós-exposição, estas nem sempre são consensuais.

Segundo Alvarado-Ramy (2001), durante uma conferência internacional realizou-se uma sessão denominada de “*Reality Check*” em que foram abordados alguns temas controversos sobre exposição ocupacional ao vírus da hepatite C com o intuito de gerar discussão sobre as práticas; relativamente à questão da profilaxia pós-

exposição que segundo as *guidelines* internacionais não está recomendada, cerca de 2% dos participantes consideraram que após uma exposição com sangue contaminado com o vírus deverá ser efectuada a profilaxia pós-exposição com o interferão e a ribavirina. A maioria cerca de 89% da audiência concorda que deve ser efectuada o follow-up periódico através do teste ao anticorpo anti-VHC aos profissionais que sejam negativos na linha basal. Cerca de dois terços (66%) expressou a sua preferência em efectuar a análise alanine aminotransferase (ALT) e anticorpo anti-VHC aos 3 e aos 6 meses e 20% gostariam que estes se efectuassem aos seis meses, 14% indicaram que deveriam efectuar o ARN do VHC e ALT às 4 e 6 semanas depois da exposição.

Também durante esta conferência e relativamente às medidas de prevenção da transmissão após um contacto com o vírus, a maioria dos participantes recomendam aos profissionais de saúde o uso de preservativo nas relações sexuais, a abstinência em doar sangue, órgãos e sémen ou engravidar até que a infecção por VHC esteja posta de parte. Todavia não indicaram a data em que as pessoas expostas devem adiar uma gravidez, a amamentação ou continuar a usar precauções durante as relações sexuais.

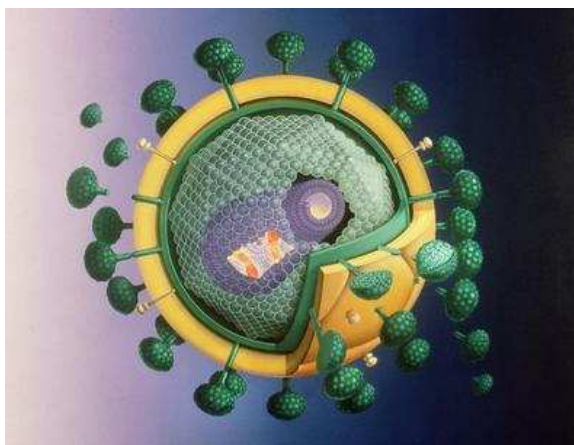
### **3.2.1.3. O vírus da imunodeficiência humana (VIH)**

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é um vírus linfotrópico com afinidade preferencial para os linfócitos T CD4+ que são os responsáveis, em parte, pelo controlo do sistema imunológico, sendo o agente responsável pela ocorrência do SIDA (síndrome da imunodeficiência humana adquirida). O VIH pertence à família dos retrovírus e ao género lentivírus.

Foi isolado pela primeira vez em 1983 pelos pesquisadores Robert Gallo, nos Estados Unidos da América, e Luc Montagnier, em França sendo que, em 1986, um comité internacional recomendou o termo vírus da imunodeficiência humana (VIH ) para denominá-lo. Foram identificados dois tipos de vírus: o VIH<sub>1</sub> e o VIH<sub>2</sub>.

De um modo geral, para se reproduzir, o VIH penetra no linfócito T auxiliado por uma proteína denominada CD4 que se encontra a rodear a célula, abrindo a passagem para o vírus, permitindo a sua replicação, destruindo o linfócito e libertando os vírus formados de novo. Como muitas das células são destruídas, o sistema imunitário desequilibra-se e enfraquece, deixando o organismo sem possibilidade de reconhecer o agente agressor. Mesmo após 10 anos da infecção e do aparecimento dos anticorpos neutralizantes, o VIH causa imunodeficiência, matando biliões de células T.

**Figura 6- Representação do vírus da imunodeficiência humana (VIH)**



**Fonte: Understanding HIV (2007)**

De acordo com o *Center for Disease Control and Prevention- CDC* (2001) o risco de transmissão do VIH após exposição percutânea com sangue infectado é de cerca de 0,3% e de 0,09% no caso de uma exposição mucocutânea.

Segundo uma Comunicação da Comissão das Comunidades Europeias ao Conselho e ao Parlamento Europeu, relativa à luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos 2006-2009 (2005:1) refere que “*A Comissão está alarmada com a pouca atenção dedicada à prevenção, que continua a ser a pedra angular de todas as demais actividades no âmbito de uma abordagem global do VIH/SIDA. Sem uma promoção vigorosa de medidas de prevenção primária, a saber, educação, utilização de preservativos e medidas de redução dos riscos (por exemplo, troca de agulhas e seringas), não é possível alcançar nenhuma das outras metas fixadas (nomeadamente, a erradicação da transmissão mãe-filho ou o acesso universal ao tratamento). As outras áreas de acção que é necessário reforçar são as relativas às questões de direitos humanos, à vigilância e às acções dirigidas a grupos vulneráveis específicos.*”

No respeitante ao SIDA (síndrome de imunodeficiência humana adquirida), este é caracterizado por um conjunto de manifestações clínicas subjacentes à penetração no organismo do vírus do VIH, desde a sua penetração no organismo até à instalação da doença o indivíduo atravessa diferentes estádios clínicos. Actualmente são três os estádios da doença e que se passam a definir:

Portador assintomático ou seropositivo, é o estadio em que o indivíduo ao ter tido contacto com o vírus e apesar de possuir anticorpos detectáveis no sangue, ainda não apresenta sintomatologia, pode vir a desenvolver ou não a doença. Na fase inicial da

infecção podem surgir alguns sintomas inespecíficos facilmente confundíveis com um síndrome gripal.

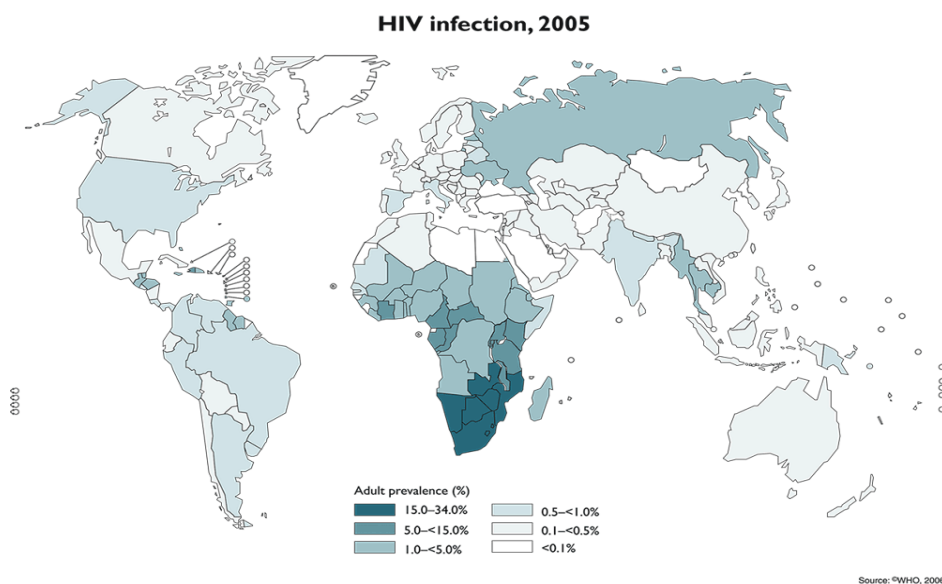
A 2ª fase é o estadio em que o indivíduo já apresenta sintomas como adenopatias generalizadas, fadiga, febre, diarreias crónicas, emagrecimento e suores nocturnos. Nesta fase as infecções surgem repetidamente, no entanto nem sempre são de imediato relacionadas com a infecção pelo vírus do VIH.

A 3ª fase é aquela em que a doença já se instalou, a imunodepressão, as infecções oportunistas graves e os tumores. As infecções mais usuais são as pulmonares, a tuberculose multiresistente e o Sarcoma de Kaposi, há poucos anos atrás uma vez manifestada a doença, haveria uma esperança de vida de cerca de dois anos, no entanto com os avanços na investigação desta doença surgiram terapêuticas antiretrovirais de última geração que alteraram este panorama bem como a expectativa de vida.

O período que medeia o momento do contágio até à seropositividade pode ser de cerca de 8 semanas.

Aquando da descoberta da infecção, os casos de sida pertenciam a dois grupos de risco e que eram os homossexuais e os toxicod dependentes, posteriormente surgiram os hemofílicos, os indivíduos que foram sujeitos a transfusões de sangue e os profissionais de saúde através das exposições ocupacionais.

**Figura 7- Distribuição geográfica da prevalência do VIH no mundo (2005)**



**Fonte: World Health Organization (2006)**

Na figura 7, é apresentada a distribuição geográfica do VIH no mundo, a prevalência da infecção pelo VIH constitui uma importante fonte de informação, segundo a Agência Europeia de Informação sobre Droga no seu Relatório Anual (2005) sobre a evolução do fenómeno da droga na Europa, e o aparecimento de doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de drogas, explica que nos Estados Membros da União Europeia, os casos de VIH que foram diagnosticados recentemente mantiveram-se baixos nos últimos anos com excepção para Portugal que revelou um índice de 88 casos por milhão de habitantes em 2003, no entanto a comunicação de dados a nível europeu só foi implementada em Portugal a partir de 2000.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010 na caracterização da situação epidemiológica da infecção pelo VIH e SIDA em Portugal explica que cerca de  $\frac{3}{4}$  da mortalidade por SIDA situa-se em indivíduos na faixa etária entre os 25 e os 44 anos e ocorrem mais mortes em homens do que em mulheres embora esta diferença tenha vindo a diminuir. A transmissão do VIH está a aumentar nas relações heterossexuais e tem vindo a diminuir ou com menor influência a sua transmissão nos usuários de drogas injectáveis.

Foi publicado pelo *National Institute for Occupational Safety and Health-NIOSH* (1999) num estudo que tem por base os resultados de mais de 20 estudos a nível mundial a fim de calcular a taxa de transmissão do VIH em profissionais de saúde após a ocorrência de uma lesão percutânea, em cerca de 6 498 exposições, registaram-se 21 infecções, equivalendo a uma taxa de transmissão de 0,3% por lesão. Aumentando este risco quando há uma grande quantidade de sangue envolvido, se o instrumento tem sangue visível, quando o procedimento envolve uma artéria ou veia ou se a lesão é profunda.

O risco de contrair uma infecção pelo VIH é deveras dramático e assustador para o profissional. Jagger (2007:1) refere que em 1997, foram identificados um total de 94 casos documentados e cerca de 170 casos possíveis de infecção ocupacional por VIH no mundo. Após a introdução da profilaxia pós-exposição e da zidovudina após a exposição ao sangue infectado com o vírus do VIH, a redução do risco de seroconversão é cerca de 80%.

A descrição de casos de infecção por VIH em profissionais de saúde até Dezembro de 2000, segundo Olivares & Segarra (2003) os casos documentados e confirmados de aquisição da infecção pela via ocupacional foram 105, dos quais 34 na

União Europeia (32,38%), 56 nos Estados Unidos (56,38%) e 15 no resto do mundo. No entanto existem cerca de 222 casos possíveis ou associados de exposição ocupacional.

Segundo o *Center for Disease Control and Prevention- CDC* (2002) como referido anteriormente em Dezembro de 2001, das exposições ocupacionais ao VIH que ocorreram nos Estados Unidos resultaram em 57 casos documentados de seroconversão em profissionais de saúde. Dada a gravidade da infecção e das implicações a nível pessoal, social e profissional dos profissionais, sugerem-se algumas estratégias de prevenção que incluem: o uso de barreiras quando se prevê o contacto com sangue ou outros fluidos corporais (luvas e ou óculos protectores), lavagem das mãos e outras áreas corporais imediatamente após o contacto com sangue e outros fluidos corporais, e a manipulação cuidadosa de instrumentos cortantes durante e após o seu uso.

### **3.2.2. Riscos de Natureza Química**

Para além dos riscos de natureza microbiológica, os profissionais de saúde em contexto hospitalar estão sujeitos a uma multiplicidade de factores de risco químico onde se incluem os desinfectantes, esterilizantes, solventes, farmacos, como por exemplo os antineoplásicos e os antibióticos, gases anestésicos, vapores e aerossóis e partículas associados à utilização de agentes químicos, substâncias e preparações perigosas. A Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho- AESST (2003) categorizou as proteínas de látex de borracha natural como alérgenos respiratórios de origem natural na FACTS 39 e FACTS 40 (agentes sensibilizadores da pele). O formaldeído, níquel, glutaraldeído, antibióticos foram igualmente categorizados pela AESST como agentes sensibilizadores da pele. O formaldeído está classificado como agente carcinogénico no ser humano desde 2004 pela *International Agency for Research on Cancer (IARC)*.

#### **3.2.2.1. As dermatoses ocupacionais**

As dermatoses ocupacionais são hoje em dia uma consequência da exposição dos trabalhadores ao contacto com químicos na sua actividade laboral. Consideram-se dermatoses as alterações ao nível da pele e das mucosas que podem estar associadas ou agravadas ao trabalho.

A dermatite de contacto é um exemplo de uma dermatose e consiste num processo de inflamação da pele que tem como causas os agentes que actuam directa ou

indirectamente na pele, provocando a sensibilização ao contacto com a pele. É a forma mais frequente de dermatose ocupacional.

Os factores predisponentes na ocorrência das dermatoses podem ser os factores indirectos tais como a idade, sexo, hábitos e estilos de vida, antecedentes pessoais, factores ambientais (temperatura e humidade) e os de vulnerabilidade pessoal e como factores directos são os relacionados com os presentes no ambiente de trabalho que actuam directamente sensibilizando ou agravando uma situação preexistente.

Como exemplo desta situação temos a alergia ao látex que pode ter como primeira manifestação a ocorrência de uma dermatite de contacto.

### **3.2.2.2. A alergia ao látex**

A alergia ao látex de borracha natural é uma patologia relacionada com o contacto com os alergenos. Os profissionais de saúde têm maior probabilidade de ficarem sensibilizados devido ao contacto constante com o látex no ambiente de trabalho.

A introdução e adopção de medidas preventivas podem limitar a ocorrência de doenças profissionais como a Alergia ao Látex de Borracha Natural (LBN). Desde a descoberta do vírus da imunodeficiência humana (VIH) em 1986, a utilização de luvas de látex com pó duplicou, uma vez que se tornou a medida de protecção individual mais eficaz na prevenção da infecção pelo VIH, hepatite B e C.

Allmers, Schmengler & Skudlik (2002:320) referem que *“O número de luvas com pó de látex de borracha natural compradas pelos hospitais de “cuidados agudos” na Alemanha, para utilização em cenários cirúrgicos e para realização de exames, diminuiu drasticamente desde 1996, após um aumento massivo que teve início em 1986.”*

A elevada prevalência deste tipo de alergia em profissionais de saúde parece resultar do contacto frequente com as proteínas do látex presentes nas luvas e em outros produtos, bem como da sua inalação e contacto com a pele.

Considera-se como grupos de risco, os profissionais de saúde incluindo médicos, paramédicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e técnicos de laboratório.

Na sua maioria são indivíduos com uma elevada exposição às proteínas do látex, já que, a quantidade do alergeno a que estão expostos, associado à via de exposição e à predisposição individual influencia a sensibilização e o aparecimento de sintomatologia.

A eliminação ou controle desta situação passa essencialmente pela Prevenção Primária com a introdução de luvas de látex sem pó, com baixo teor de proteínas, diminuindo o risco da ocorrência de sintomas cutâneos e respiratórios como as dermatites de contacto, a rinoconjuntivite e a asma ocupacional.

Segundo Allmers, Schmengler & Skudlik (2002) a redução de luvas com pó no ambiente hospitalar conduziram a um decréscimo da incidência de alergia ao látex, não tendo ocorrido nenhum novo caso de sensibilização em trabalhadores da saúde num ambiente isento de pó.

A acção incide na definição clara e objectiva de procedimentos na aquisição de luvas e outros dispositivos médicos, na formação e educação dos profissionais, no despiste de casos suspeitos e respectivo diagnóstico precoce e notificação obrigatória, promovendo a saúde no local de trabalho.

Para além do referido, a divulgação de como actuar face ao desenvolvimento de sintomatologia relacionada com esta alergia e como esta é condicionante de saúde e bem-estar prejudicando o desempenho da actividade profissional em segurança é fundamental.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho- OIT (2005:11) *“As substâncias perigosas matam cerca de 438.000 trabalhadores anualmente, e calcula-se que 10% de todos os cancros da pele sejam atribuíveis à exposição a substâncias perigosas no local de trabalho.”*

A percepção de que existem elevados custos a nível pessoal e profissional, condicionando a qualidade de vida é essencial por forma a ser ponderado o custo/benefício nas políticas de aquisição de materiais isentos de látex, uma vez que diminuirá a sensibilização de novos profissionais, o absentismo, a diminuição das compensações e a manutenção do profissional no mesmo local de trabalho.

### **3.2.3. Riscos de Natureza Física**

Os riscos de natureza física constituem uma preocupação no desempenho diário dos profissionais de saúde, uma vez que se encontram expostos a uma grande variedade de riscos físicos, nomeadamente radiações ionizantes e não ionizantes, ruído, gases anestésicos, vibrações, ambiente térmico (calor e frio extremos) e riscos eléctricos.

Segundo a Portaria n.º 987/93 os locais de trabalho devem ser construídos de forma a assegurar condições de estabilidade, resistência, e salubridade de forma a

garantir a segurança compatível com os riscos e características da actividade aí exercida.

### **3.2.3.1. Radiações ionizantes e não ionizantes**

As radiações podem ser classificadas em ionizantes como, por exemplo, os raios x e os raios gama e radiações não ionizantes como por exemplo os infravermelhos, ondas de radio, microondas e ultra violetas.

As radiações ionizantes podem estar presentes em grande parte dos locais aonde são prestados cuidados de saúde, aquando da prestação directa de cuidados, intra-operatório e realização de exames complementares de diagnóstico como os rx, a mamografia, a tomografia axial computadorizada, angiografia e cateterização cardíaca. A utilização de equipamentos de protecção individual por parte dos profissionais é sempre recomendado, pese embora o facto da sua utilização nem sempre possibilitar a eliminação do risco total, pois existe sempre uma ínfima probabilidade de este ocorrer.

Algumas das situações de doença relacionadas com a exposição às radiações ionizantes que poderão ocorrer são: as radiodermites, anemia trombocitopenica, leucemia, queratites, conjuntivites e cataratas. É de salientar que algumas destas doenças poderão ocorrer após vários anos de exposição a este factor de risco e mesmo após o afastamento do risco. Estamos a falar de períodos de tempo de cerca de 20 a 30 anos, daí a necessidade de serem guardados os registos da avaliação e vigilância da saúde efectuadas, bem como da história ocupacional destes profissionais para se poder comprovar que determinada doença é resultado da exposição, através do estabelecimento de umnexo de causalidade podendo desta forma ser considerada como doença profissional.

### **3.2.3.2. Ruído**

Algumas unidades ou serviços de saúde são considerados como ambientes hostis e geradores de altos índices de *stress* para os utentes e para os profissionais, associados às fontes de ruído existentes, que podem ser os alarmes dos equipamentos, dos monitores cardíacos, dos ventiladores e seringas infusoras, principalmente em unidades de cuidados intensivos. A exposição ao ruído por parte dos profissionais pode provocar em algumas circunstâncias o *stress*, a perda de concentração, fadiga, hipertensão arterial, alterações do padrão do sono e o aparecimento de insónias.

### **3.2.3.3. Gases anestésicos**

A exposição aos gases anestésicos é outro dos riscos a que se encontram expostos os profissionais de saúde. A vigilância e a monitorização da saúde individual dos profissionais que se encontram a desempenhar as suas actividades em locais onde é conhecido o risco de exposição a gases anestésicos deverá conduzir à identificação de factores de vulnerabilidade pessoal, avaliação do risco real de exposição e efeitos agudos aquando de uma exposição acidental a baixas doses, cumulativas, efeitos carcinogénicos, mutagénicos, teratogénicos e realização de indicadores biológicos de exposição. A vigilância da saúde deverá ser efectuada nestes casos, no início da actividade, periodicamente e sempre que existir alguma mudança nas práticas, no local de trabalho.

### **3.2.3.4. Iluminação**

A iluminação é um factor de relevo na rentabilidade e na segurança do trabalho. Relativamente à iluminação dos postos e locais de trabalho deve preferencialmente ser através da luz natural, se não for possível deverá existir iluminação artificial complementar ou exclusiva.

Cerca de 80% dos estímulos sensoriais são de natureza óptica. Os olhos desempenham um papel fundamental no controlo dos movimentos e actividades do trabalhador. Sem uma iluminação adequada os gestos são menos precisos e o risco de acidente aumenta.

Apesar do olho humano ter grande capacidade de adaptação à iluminação, quanto melhor for a iluminação menor será a tensão psicológica do trabalhador e, por conseguinte, menor propensão para o acidente.

A inobservância duma adequada iluminação do posto de trabalho resulta, normalmente, em consequências mais ou menos gravosas, tais como:

- Alterações visuais;
- Menor produtividade;
- Aumento do número de acidentes de trabalho.

### **3.2.3.5. Conforto térmico**

O ambiente térmico que é percebido nos locais de trabalho, incluindo as suas características, gerais e particulares, é um factor de notável importância, dado que

intervém de forma directa na saúde e no bem estar do indivíduo, e na realização das actividades, com conseqüente tradução na qualidade final do trabalho.

O ser humano necessita de manter a sua temperatura interna corporal dentro de um limite estrito ( $37\pm 0,8^{\circ}\text{C}$ ). Qualquer variação neste equilíbrio poderá ter conseqüências graves, que no limite poderão conduzir à morte.

O ambiente térmico está definido como um conjunto de variáveis térmicas presentes no local de trabalho e que tem influência directa no organismo do trabalhador. Existem situações onde se verifica um estado de equilíbrio térmico entre o organismo e o meio ambiente, que em conjunto com a percepção individual do trabalhador contribuem para o denominado estado de conforto térmico.

A perda e conservação de calor corporal é controlada por diversos mecanismos fisiológicos que actuam de forma distinta, nomeadamente quando se constata ganho de calor, decorrente da exposição a um ambiente quente.

As perturbações provocadas por situações de exposição a níveis elevados de temperatura podem dar origem a:

- Alterações sistémicas: golpe de calor, desidratação, défice de sais, cãibras, sudação insuficiente.
- Alterações cutâneas: erupção cutânea, prurido, sensação de queimadura.
- Alterações psíquicas: desconcentração, irritabilidade, letargia, *stress*.

Uma ventilação dos locais de trabalho adequada visa garantir a renovação do ar da instalação, corrigindo parâmetros como a temperatura e a humidade relativa do ar. É igualmente uma mais valia no que concerne à melhoria da qualidade do ar, uma vez que é possível proceder à remoção de contaminantes e poluentes.

### **3.2.3.6. Riscos eléctricos**

A electricidade estática é outro dos riscos ocupacionais a que os profissionais de saúde estão expostos, e que decorre de um fenómeno associado à acumulação de cargas eléctricas em qualquer material condutor, semiconductor ou isolante.

A justificação para a ocorrência deste tipo de choques é o ar seco (com baixo teor de humidade relativa), o qual é isolador, não deixando que as descargas eléctricas se façam de forma contínua. Os choques causados pela electricidade estática - carga eléctrica, positiva ou negativa, que todos os materiais e pessoas possuem - são habituais e resultam do contacto entre cargas diferentes.

O aparecimento de electricidade estática em unidades de saúde deve-se, em grande parte, à presença de inúmeros equipamentos eléctricos e a uma deficiente condução dessas cargas à terra.

Por outro lado, a acumulação de cargas eléctricas no nosso corpo dá-se devido ao atrito com o chão e aquando da utilização sapatos isoladores, por exemplo com solas sintéticas, como acontece com os socos utilizados em inúmeros serviços assistenciais e blocos cirúrgicos.

### **3.2.4. Riscos de Natureza Mecânica**

A actual tendência para o aumento de doenças crónicas e um consequente aumento dos níveis de dependência associados às condições de vida e aos problemas de natureza orgânica e psicológica conduzem a uma permanente preocupação e reflexão por parte dos profissionais de saúde que se confrontam com estas questões na sua prática diária.

Segundo um estudo da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2000), as perturbações músculo-esqueléticas constituem um problema sério e prejudicial à saúde dos trabalhadores afectando mais de 40 milhões de trabalhadores da União Europeia.

Para Paul (2004:12) *“Tudo parece influenciar o percurso e torna-se difícil perceber quando começamos a envelhecer”*, mas parece-nos igualmente verdade que as alterações biológicas do envelhecimento predis põem ao aparecimento de certas lesões, que associadas aos hábitos de vida, podem contribuir para o desenvolvimento de doenças de carácter degenerativo.

Existem factores predisponentes ao aparecimento de lesões músculo-esqueléticas no âmbito da actividade laboral e que interferem com a qualidade de vida do trabalhador e condicionam fortemente o seu melhor desempenho. As causas encontradas estão relacionadas com a concepção dos sistemas de trabalho.

De acordo com Uva & Faria (1992:5) *“Os riscos para a saúde relacionados com o trabalho variam, naturalmente, consoante o tipo de actividade profissional mas dependem, acima de tudo, das condições em que se verifica o desempenho dessa mesma actividade.”*

No sector da saúde, é sempre questionável a quantificação dos movimentos por tempo de trabalho, uma vez que intervêm uma série de outros factores externos difíceis de quantificar tais como: o transporte manual de cargas, características da pessoa (peso

e grau de dependência), o número de mobilizações (posicionamentos e levantes) e situações não programadas, em que a exigência e penosidade da tarefa são imediatas. Isto é, traduzem-se em três tipos de constrangimentos: os de ordem temporal, os organizacionais e os espaciais.

De acordo com Munõz-Gómez (2003) a dor lombar crónica apresenta uma prevalência anual de 15-20% e é uma das causas mais frequentes de limitação da actividade antes dos 45 anos, sendo responsável na Europa por cerca de 10 a 15% de dias de trabalho perdidos (baixas).

As lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) são hoje em dia um sério problema mundial, tanto do ponto de vista da saúde, como social e económico. Existem, no entanto, discrepâncias sobre o que é considerado por cada país como doença profissional e sobre o que se entende por lesão músculo-esquelética relacionada com o trabalho pelo que a sua inclusão nas listas de doenças profissionais varia, não havendo a possibilidade de se conhecer a dimensão do problema e consequentemente as implicações do trabalho sobre a saúde na população em idade activa.

Em Portugal, existem poucos registos relativamente ao número de doenças profissionais. A responsabilidade a nível estatístico é do Instituto de Gestão e Informática da Segurança Social, sendo anteriormente do Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos Profissionais (CNPCRP) que neste momento se encontra apenas responsável pela qualificação das doenças profissionais.

A definição de doença profissional encontra-se consignada no Decreto-Lei 503/99 de 20 de Novembro 1999, artigo 3 referindo como doença profissional a lesão corporal, perturbação funcional ou doença que seja consequência necessária e directa com a actividade exercida e não represente normal desgaste do organismo e cujas lesões resultam da prolongada e repetida exposição a um determinado agente agressor existente no local de trabalho. A sua percepção ocorre, após algum tempo de exposição.

As lesões músculo-esqueléticas classificadas como doenças profissionais estão regulamentadas no Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro. Apesar de regulamentadas nem sempre a sua notificação é real, parecendo existir ainda subnotificação das mesmas.

Geralmente a maior dificuldade quando se trata de profissionais de saúde, consiste em provar que a perturbação funcional ou lesão é consequência directa da actividade exercida e não do normal desgaste do organismo.

As medidas de prevenção englobam a vigilância da saúde para perigos específicos e a utilização de equipamentos e métodos de trabalho mais seguros com o intuito de evitar a sua génese. Para Serranheira & Uva (2000:44) “*Os aspectos essenciais para o desenvolvimento das LMELT são: (1) uma actividade realizada fundamentalmente por gestos que impliquem a necessidade de adopção de posições angulares extremas dos membros; (2) esforços excessivos e (3) elevada repetitividade. As lesões resultam, conseqüentemente, de um desequilíbrio entre as solicitações biomecânicas e as capacidades funcionais do trabalhador, uma vez que os intervalos de recuperação necessários são insuficientes, ou inexistentes.*” ou seja, são vários os factores de risco que estão na origem e que podem ocasionar as patologias músculo-esqueléticas de hipersolicitação, nas quais o trabalho é um factor determinante.

Com o aparecimento das lesões e da conseqüente incapacidade física o indivíduo que se encontre em situação de idade e tempo mínimo de trabalho, começa por ponderar a necessidade e intenção de requerer a reforma como direito que lhe assiste. Assim, a aquisição da reforma, muitas vezes, passa pela incapacidade física para além do tempo de exercício profissional e da idade que o funcionário detenha, com a intenção de uma melhor qualidade de vida.

A *World Health Organization* (1993) reuniu em 1991 um grupo de peritos no sentido de se estudar o envelhecimento e a capacidade para o trabalho, foi definido como trabalhador em envelhecimento e na perspectiva da saúde ocupacional, o indivíduo com mais de 45 anos, idade a partir da qual acontece um decréscimo de algumas capacidades funcionais gerando a necessidade de adopção de medidas para melhorar a capacidade para o trabalho.

Com o envelhecimento surgem alterações físicas, cognitivas e sensoriais, no entanto, não se podem generalizar pois dependem de factores individuais, como o tipo de ocupação e a exigência do trabalho.

### **3.2.5. Riscos de Natureza Psicossocial**

A natureza do trabalho em meio hospitalar e o contacto constante com situações de *stress*, o sofrimento humano e a morte, a insatisfação profissional, a percepção negativa do trabalho desenvolvido, a sobrecarga de trabalho em termos físicos e psicológicos e a multiplicidade de tarefas conduzem frequentemente a situações de exaustão graves.

Para os profissionais de saúde, torna-se sempre difícil aceitar a morte do outro, sentindo-se responsáveis pela vida do utente. A constante necessidade de rápidas tomadas de decisão cujas repercussões podem ditar a diferença entre a vida e a morte de um ser humano, podem originar reacções diferentes dos profissionais perante a morte e a perda mas todas elas com grande impacto sobre a saúde mental do profissional e sobre a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e às suas famílias.

A medicina curativa encara a doença como um objecto de investigação, estudada no hospital e consequentemente conduz a uma separação do utente e da sua família. A morte que antes ocorria em casa no seio da família passa agora a ocorrer no hospital. Assiste-se à simplificação dos rituais, a família é afastada ou afasta-se ela própria do momento em que o ente querido parte, passando esta responsabilidade para os profissionais de saúde.

Dado o avanço tecnológico e do suporte de apoio à vida, é esperado o seu prolongamento, podendo haver uma falsa sensação de que se pode adiar e contornar a morte, o que nem sempre acontece, em determinados locais de trabalho este confronto é muito frequente e repetido o que leva a que os profissionais experimentem sentimentos de ruptura com a vida e de temor da sua própria morte.

O elevado grau de responsabilidade inerente à profissão, as mudanças de turno com efeitos directos no ritmo biológico dos profissionais e a obrigatoriedade de se manterem em actividade até serem rendidos o que implica por vezes o prolongamento desse turno, não admite o direito ao erro e é susceptível de conduzir a situações de doença destes profissionais.

Assim a relação entre a capacidade de trabalho, velhice e qualidade de vida depende dos factores que podem afetar a capacidade para o trabalho, daí a importância de promover a saúde e a qualidade de vida no trabalho por forma a minimizar os efeitos dos factores ambientais e psicossociais. Estas medidas passam pelo treino e formação dos profissionais.

Numa Comunicação emanada pela Comissão das Comunidades Europeias (2002) cujo tema era a definição de uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança entre 2002-2006. Enfatiza-se a necessidade de facilitar a aplicação da legislação em vigor em matéria de saúde e segurança no trabalho de forma a criar um ambiente de trabalho seguro e saudável e refere algumas preocupações relativamente *“As transformações da organização do trabalho (obrigação de resultados e maior flexibilidade) têm uma incidência profunda nos problemas de saúde no trabalho e, em*

*termos mais gerais, no bem-estar dos trabalhadores. Constata-se que doenças como o stress, a depressão, a violência, o assédio e a intimidação no trabalho são cada vez mais frequentes, representando já em 1999, 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho. As estratégias de prevenção destes novos riscos sociais deverão também integrar a incidência das dependências - em particular as relacionadas com o consumo de álcool e medicamentos - na taxa de sinistralidade.”*

### 3.3. STRESS E MECANISMOS DE COPING

A definição de *stress* nem sempre tem sido consensual, ao termo *stress* associa-se algo negativo e prejudicial mas na realidade este termo significa coisas diferentes para indivíduos diferentes. De acordo com Ramos (2004:273) “*O stress poderá ter um impacto negativo na saúde física e mental dos indivíduos, estando na origem de uma grande variedade de problemas psicológicos, psicossomáticos e físicos.*” Na realidade após a ocorrência de um grave acidente de viação ou uma morte súbita por enfarte agudo do miocárdio é frequente ouvirmos familiares e amigos verbalizarem que o indivíduo “*andava muito stressado*” daí o termo de *stress* vulgarmente associado a situações negativas.

O conceito de *stress* tem sido definido de formas diferentes ao longo dos anos e têm-se construído várias teorias sobre o *stress*. O termo *stress* poderá ser definido como o estado em que o indivíduo se encontra e é considerado como a resposta a um estímulo chamado de *stressor* ou seja a algo que é causado pelo meio exterior.

O termo *stress* não significa apenas a pressão exercida sobre o organismo vivo pelo meio ambiente em que está inserido, mas também a resposta do organismo a essa pressão.

A teoria do *stress* formulada por Selye em 1936, que define o *stress* como uma resposta inespecífica do organismo às exigências que lhe são feitas, apesar de ser uma definição geral ainda se mantém actual. O *stress* não é obrigatoriamente decorrente de uma situação negativa pois para além de situações de *distress* (provocadas por estímulos negativos) existem as situações de *eustress* (desencadeadas por estímulos positivos).

Acentua-se portanto o facto de que, qual for a situação de *stress* boa ou má, o organismo reagirá com um mecanismo idêntico, as estimulações nervosas, as secreções hormonais, ou seja, o denominado Síndrome Geral de Adaptação. A face visível deste síndrome é a aceleração do ritmo cardíaco e respiratório.

Segundo o síndrome geral de adaptação de Selye (1974), este processo é composto de três fases, a primeira ou fase inicial denominada de estado de alarme é descrita como sendo aquela imediatamente após a exposição do indivíduo à situação stressante, a segunda a fase de resistência envolve o *coping* e as tentativas de inverter a fase de alarme. A terceira fase é a chamada fase de exaustão e caracteriza-se por ser aquela em que o indivíduo repetidamente exposto a uma situação de *stress* ou agente

*stressor*, apresenta uma falha dos seus mecanismos de adaptação e o organismo entra em falência e não consegue resistir.

**Figura 8- Síndrome Geral de Adaptação de Selye**



Existem de facto indicadores que nos permitem afirmar a existência de uma relação entre o *stress* e o aparecimento de inúmeras patologias ou mesmo situações de morte súbita. Para Ramos (2004:273) “A associação *stress*-doença adequa-se a uma diversidade de situações desde acidentes de vários tipos, doenças crónicas, doenças respiratórias, depressão e outras perturbações psiquiátricas.” O *stress* não é um fenómeno social novo mas permite ao ser humano adaptar-se ao meio ambiente envolvente. Nas últimas décadas o que foi mudando foi a origem do *stress*, ou seja os factores que contribuem e induzem o *stress*.

Segundo Serra (2005) existem situações ou factores indutores de *stress* e que podem ser classificadas em determinadas classes e que são os acontecimentos traumáticos, os acontecimentos significativos ao longo da vida, as situações crónicas indutoras de *stress*, os micro e macro indutores de *stress*, os acontecimentos desejados que não ocorrem e os traumas ocorridos no estadio de desenvolvimento.

Ou seja antigamente o *stress* era provocado por factores físicos, como a fome, o frio, a necessidade de auto-defesa, actualmente a agressão mais frequente é a psicológica apesar dos anteriores se manterem.

A distinção entre o *stress* positivo e o negativo é que o *stress* positivo ou *eustress* é tudo o que dá prazer, como a satisfação por um trabalho agradável, tornando-se uma fonte de bem estar e de equilíbrio. O *stress* negativo ou *distress* é tudo aquilo que é desagradável, um mau ambiente de trabalho ou o luto podem conduzir ao aparecimento de desequilíbrio e doenças psicossomáticas.

A ocorrência de uma exposição microbiológica acidental cujo contagiante é portador do vírus do VIH poderá ser incluída na classe dos acontecimentos traumáticos uma vez que corresponde a uma ameaça eminente à vida e segundo Serra (2005:20) estes acontecimentos “(...) *correspondem a uma ameaça para a vida ou segurança de uma pessoa, (...). Ultrapassam em intensidade as experiências comuns.*” A forma como cada um lida com as situações potencialmente stressoras depende de aspectos relacionados com as características pessoais, factores de vulnerabilidade pessoais, experiências do seu passado e características da sua personalidade, todos estes factores influenciam a reacção ao *stress*.

O *stress* agudo reflecte uma agressão violenta e breve provoca uma reacção do organismo rápida e intensa que pode ser de curta duração, senão for resolvida provocará alterações dramáticas.

É o caso do *stress* pós-traumático que se pode manifestar algum tempo depois do incidente ocorrer. O indivíduo revive constantemente a situação traumatizante, sob a forma de pesadelos, manifestando uma introversão que perpetua o efeito experimentado na altura do episódio traumático.

A mudança no estado de saúde por uma doença progressiva ou debilitante, uma doença que poderá ser uma ameaça à vida devido à sua gravidade e condicionar alterações no seu ambiente podem ser percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras da sua segurança.

Ogden (1999:63) refere que “(...) *o modo como o indivíduo dá sentido à doença (a sua representação da doença) e como lida com ela (as suas estratégias de coping) se relacionam com o seu nível de funcionamento (a mediação dos resultados).*”, deste modo, a forma como o indivíduo vive e sente a doença ou a incapacidade é determinada por um conjunto de factores que o determinam.

Dependendo das características pessoais e do grau de ansiedade vivenciada, esta poderá ter uma graduação de leve, moderada ou grave e ser causadora de pânico. A ansiedade pode levar assim, a alterações no comportamento e dificuldades na concentração.

O estado da arte de viver nem sempre é fácil e simples como deveria ser para todos nós, no nosso dia a dia interferem imensos factores, somos sujeitos a diversos agentes e pressões aos quais não conseguimos dar resposta nem sabemos lidar com eles e assim entrarmos em situações de *stress*.

Por vezes os profissionais de saúde embrenham-se de tal maneira nos seus estudos, nos seus utentes, no êxito das suas carreiras que negligenciam aquilo que tem mais valor para eles, que é a sua própria vida. Só quando ocorre um acontecimento que os faz parar e reflectir no que tem sido o seu percurso, naquilo que já passou, nas pessoas que conheceram e perderam, quando olham para trás percebem que não existe retorno.

Tudo isto porque são assumidas demasiadas responsabilidades, tendo o trabalho ocupado grande parte da nossa vida provocando o aumento da tensão nervosa, o nervosismo permanente sendo que a ansiedade aumenta. Nesta fase começam a manifestar-se outras perturbações associadas ao *stress* e com alterações orgânicas como a hipertensão arterial e as perturbações do sono.

Consequentemente as fontes de *stress* nem sempre são fáceis de distinguir e por sua vez o diagnóstico também, uma vez que as manifestações orgânicas do *stress* são facilmente confundíveis. As fontes de *stress* podem ser de três categorias: as intrínsecas ao trabalho que englobam as condições de trabalho, as referentes às características do próprio indivíduo e que têm a ver com os níveis de ansiedade, recursos individuais e estratégias de *coping* e as extrínsecas ao trabalho que envolvem os problemas familiares e financeiros.

Folkman et al. (1986) cit. por Ramos (2004:269) define *coping* como “*Os esforços cognitivos e comportamentais de um indivíduo para gerir (reduzir, minimizar, controlar ou tolerar) as exigências internas e externas de interacção entre o indivíduo e o ambiente, as quais são avaliadas como excessivas ou ultrapassando os recursos do indivíduo.*”

Ao se falar de estratégias de *coping*, será a percepção que o indivíduo tem de uma situação de ameaça, desafio ou de perigo, que o fará delinear as sua estratégias.

Moos & Schaefer cit. por Ogden (2005) refere que quando confrontado com uma situação de doença o indivíduo responde com três processos que constituem o processo de *coping* e que se passam a enumerar:

A primeira é a avaliação cognitiva, nesta fase considerada de desequilíbrio provocada pelo início da doença, nesta altura o indivíduo avalia a gravidade e o

significado do diagnóstico, nesta fase terão influência as vivências e as informações anteriores.

A segunda fase é a das tarefas adaptativas e que consiste num conjunto de sete tarefas adaptativas, divididas em três relacionadas com a doença e quatro para com as tarefas no geral. As primeiras consistem em lidar com a dor, a incapacidade e outra sintomatologia, lidar com o ambiente hospitalar e alguns procedimentos invasivos, e desenvolver e manter relações com os técnicos de saúde; As segundas consistem na preservação de um equilíbrio emocional razoável, preservar a auto-imagem, manter o relacionamento familiar e com os amigos e a preparação para um futuro incerto.

Não se pode viver com excesso de *stress* mas também não se pode viver sem ele, este é um dos dilemas da sociedade actual, portanto há que encontrar estratégias para conviver com ele, enfrentando-o. Para se adaptar ao *stress* o indivíduo aprende a mobilizar as suas aptidões e recursos pessoais em conjunto com os recursos sociais para diminuir as emoções negativas.

As estratégias focalizadas no problema, segundo Serra (2005) são geralmente utilizadas quando o *stress* sentido pelo indivíduo é pouco intenso e facilmente resolvido. No entanto o *stress* sentido é diferente de indivíduo para indivíduo, daí as estratégias também serem diferentes para ultrapassar o *stress*. Estas, segundo a opinião deste autor são as estratégias ideais na resolução das dificuldades, pois têm benefícios psicológicos e menor predisposição para a depressão.

Segundo Serra (2005:26) as estratégias centradas “(...) no controlo das emoções não têm como objectivo o confronto directo e a resolução do problema. Contudo, algumas vezes podem ser úteis.”. Nos casos em que o *stress* é sentido como grave, existe a convicção por parte dos indivíduos que não existe solução para o problema, encontram-se orientados para as emoções, pelo que irão utilizar estratégias essencialmente focalizadas nestas, como por exemplo (prática de exercício físico, falar com um amigo, viajar, fumar e consumir álcool ou drogas).

### **3.3.1. Stress Ocupacional**

O *stress* ocupacional é interpretado a maior parte das vezes como sendo algo estritamente relacionado com a actividade laboral, no entanto quando perguntamos aos trabalhadores o que eles consideram ser *stress* ocupacional nem sempre obtemos respostas concretas. As fontes de *stress* no trabalho são variadas podendo ter um poder cumulativo e depender das exigências físicas e mentais do seu posto de trabalho.

Os profissionais de saúde estão habituados a cuidar de utentes em diversas situações com maior ou menor gravidade, mas quando hipoteticamente essa situação se apresenta mais real como é que eles reagem a isso? Quais os sentimentos que são vivenciados quando necessitam de ser cuidados? Nos últimos anos têm sido vários os estudos relacionados com o *stress* e a organização do trabalho e na medida em que o trabalho pode induzir a situações de *stress*.

Para Hernández, Pereira, Jiménez & González (2003:227) o *burnout* é visto numa perspectiva psicossocial como “(...) o resultado de um contexto laboral desfavorável, de características individuais, do tipo de enfrentamento utilizado, assim como da relação entre estes elementos.”

A promoção da saúde e do bem-estar no trabalho tem efectivamente repercussões na saúde dos trabalhadores. O facto do indivíduo se sentir motivado e satisfeito no trabalho influencia a rentabilidade e diminui o absentismo. Segundo a Declaração do Luxemburgo (1997) a Promoção da Saúde no Local de Trabalho “(...) é uma estratégia nova e integrada que visa prevenir a doença no trabalho (incluindo as doenças profissionais, a má gestão do stress, os acidentes e outras lesões e as doenças relacionadas com o trabalho) e contribuir para desenvolver o potencial de saúde e o bem-estar da população trabalhadora.”

Os factores de *stress* ocupacional estão relacionados com situações de trabalho que geram tensão ou *stress*. O *burnout* surge quando é quebrado o equilíbrio entre o indivíduo e o seu ambiente de trabalho. No mesmo contexto de trabalho considerado como stressante, a percepção deste é diferente consoante o indivíduo, isto é, o *stress* é percebido de modo diferente por cada indivíduo, no entanto alguns factores identificados são comuns a um grande número de indivíduos e potenciadores de *stress*.

Segundo Hernández, Pereira, Jiménez & González (2003:252) o *burnout* no ambiente de trabalho tem de se “(...) combater eficientemente o burnout desde o ponto de vista organizacional, um primeiro passo fundamental consiste em identificar adequadamente quais das variáveis podem estar contribuindo ao problema.”

A partir deste conceito, estes factores encontram-se ligados ao conteúdo do próprio trabalho e nomeadamente com exigências quantitativas como a sobrecarga de trabalho, o aumento da produtividade e a pressão temporal, com as exigências qualitativas em termos de precisão, a qualidade do trabalho, e o manter-se vigilante, as características da actividade como a monotonia, a ausência de autonomia, a repetição de tarefas e os riscos inerentes à execução da tarefa.

Chambel (2005:107) define o contexto organizacional como sendo o “(...) contexto social e cada colaborador está em permanente interação com os outros colaboradores. Esta situação influencia a experiência de stress vivida naquele contexto, desenvolvendo-se muitas vezes percepções, interpretações e respostas colectivas aos stressores da organização.”

A sobrecarga de trabalho é uma fonte frequente de *stress* em termos quantitativos e qualitativos, isto é, considera-se a sobrecarga quantitativa o excesso de actividades ou tarefas em determinado período de tempo e a sobrecarga qualitativa a relacionada com exigências para as quais o trabalhador não tem conhecimentos e competências. Por antagonismo poucas tarefas ou um tipo de trabalho pouco diferenciado pode conduzir ao *stress*.

Depois vêm os factores ligados à organização do trabalho como a ausência de controle sobre a planificação das tarefas, a imprecisão de determinadas ordens a cumprir, a contradição das exigências do posto de trabalho, quer dizer, produzir mais e aumentar a qualidade o que nem sempre é possível, a inadaptação dos horários de trabalho ao ritmo biológico, à vida social e familiar, a introdução de novos modelos de organização sem a participação e envolvimento dos profissionais, e a instabilidade dos contratos de trabalho.

Frequentemente os profissionais de saúde efectuam trabalho por turnos e trabalho nocturno e são referenciados como tendo maior propensão para a ocorrência de acidentes, de alterações de saúde devido ao *stress* provocado.

Um estudo efectuado por Martins & Martins (1999:544) em enfermeiros quanto à satisfação e estratégias de *coping* em relação ao horário de trabalho e à vida social e doméstica teve como recomendações “(...) antes de iniciarem o trabalho por turnos e, especialmente, nos primeiros meses de exercício da função, os sujeitos sejam submetidos a formação sobre como lidar com o respectivo sistema de horário de trabalho. Assim, nestas acções deverão ser abordados aspectos relacionados com as estratégias para lidar com os ritmos circadianos, com o sono e com a situação doméstica e familiar.”

O sono nocturno é um sono mais reparador do que o diurno, assim nos indivíduos que trabalham durante a noite têm durante o dia períodos de sono mais curtos do que durante a noite, em cerca de duas ou três horas.

Salienta-se que durante o dia o sono é mais superficial do que à noite, consequentemente uma vez que existe uma maior actividade durante o dia com a

existência de ruídos mais acentuados levam a que se acorde mais facilmente e não se descanse o suficiente.

Esta situação provoca um aumento da sonolência durante o turno de trabalho colocando a vida do trabalhador e dos colegas em perigo, em contexto hospitalar pode afectar a capacidade de concentração, ocasionando erros que eventualmente fazem perigar a vida dos utentes. O trabalho por turnos constitui um sério problema de saúde no trabalho, estando na origem de inúmeros acidentes de trabalho, perturbações de humor e do sono e do absentismo.

Ainda no estudo de Martins & Martins (1999:544) é sugerido “(...) a livre escolha do horário de trabalho por parte dos enfermeiros como uma boa estratégia por parte das organizações hospitalares no que respeita à não insatisfação dos mesmos.”

Os hospitais mantêm-se em funcionamento as 24 horas do dia, daí a necessidade de horários por turnos. Em Portugal o horário dos profissionais de saúde varia normalmente entre as 35 e as 42 horas semanais, existindo algumas excepções como as urgências, onde os turnos podem ser de 12 horas ou de 24 horas consecutivas.

Estas alterações do ritmo circadiano do sono obrigam o organismo humano a constantes esforços de adaptação levando ao desgaste e à fadiga, o que associado a níveis de alerta acrescidos poderão resultar em disfunções psíquicas de alguma gravidade.

A Directiva 2003/88/CE relativa à organização do tempo de trabalho refere que “Os trabalhadores nocturnos devem beneficiar de um nível de protecção em matéria de saúde e de segurança adequado à natureza do trabalho que exercem. Antes da sua colocação num trabalho nocturno e, seguidamente, a intervalos regulares, devem beneficiar de um exame gratuito destinado a avaliar o respectivo estado de saúde. Se não forem considerados aptos, devem ser transferidos, sempre que possível, para um trabalho diurno. As entidades patronais que organizem o trabalho segundo um certo ritmo devem ter em conta o princípio geral da adaptação do trabalho ao homem, com vista, nomeadamente, a atenuar o trabalho monótono e cadenciado.”

Outra das consequências do trabalho por turnos é o afastamento social, quer isto dizer, normalmente o círculo de amigos tem um trabalho cujo horário é diurno, mas em contexto hospitalar poucos são os profissionais que não trabalham por turnos. Os eventos sociais, as reuniões familiares acontecem muitas vezes ao fim de semana e à noite, sendo frequente nestas alturas estarem a trabalhar ou inclusive a dormir.

Consideram-se ainda os riscos associados ao posto de trabalho como os riscos físicos, a má concepção do posto de trabalho, o ambiente de trabalho em que o ambiente térmico (calor ou frio extremo) são *stressores* e por último os factores relacionados com a actividade sócio-económica e competitividade da organização.

Para que um grupo humano funcione, tem que ter objectivos bem definidos, meios de acção bem estabelecidos, mecanismos de compensação e correcção das actividades desenvolvidas, comunicação e relações interpessoais que lhe dêem uma coexistência pacífica e dinâmica.

Uma equipa de saúde inclui diversos grupos profissionais que trabalham todos para o mesmo fim, que é o de assistir as necessidades do indivíduo são ou doente, de modo a assegurar-lhe ou a restituir-lhe o seu equilíbrio homeostático, a sua saúde.

A palavra “equipa” designa um grupo de pessoas trabalhando em conjunto, colaborando e partilhando os direitos e responsabilidades. Isto implica, também, que tenham um fim comum, e que cada uma delas conheça, aceite e seja susceptível de desempenhar o seu papel particular na equipa. Daí ser muito importante na saúde que estas equipas estejam motivadas e com satisfação no trabalho, porque as funções de todos os grupos profissionais estão de tal modo ligadas entre si, que é difícil, se não mesmo impossível, dizer-se que este ou aquele é mais importante sem desvalorizarmos a importância dos outros.

O trabalho de equipa, é portanto uma actividade coordenada que caracteriza um grupo estreitamente unido, facilitando a tomada de decisões rápidas, comuns, rentabilizando o tempo na prestação de cuidados e resultando na alta qualidade dos mesmos. O objectivo do trabalho de equipa, é o de tornar a acção mais eficaz, por meio de uma repartição de trabalho mais equilibrada, de uma utilização racional dos profissionais, assim como pela uniformização de técnicas usadas. Quando algo se altera neste equilíbrio pode conduzir invariavelmente a situações de *stress*.

O ambiente vivido no seio de uma equipa e dos vários grupos de uma organização de saúde depende invariavelmente do grau de motivação dos profissionais que fazem parte dela.

O *stress* é um inimigo camuflado, que durante os primeiros estadios não se dá por ele, só posteriormente quando nos rodeia por completo e quando surgem outros problemas é que nos apercebemos o quanto nefasto é. De facto, o *stress* individualmente não é uma doença, mas sim um meio para o seu aparecimento. As doenças como a hipertensão arterial, o enfarte agudo do miocárdio e as perturbações da saúde mental

têm sido consideradas como directamente ligadas ao *stress* psicológico e social bem como a determinadas condições de trabalho.

A Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2002:1) refere que *“As actividades de promoção da saúde no local de trabalho deverão ser encorajadas paralelamente a um equilíbrio saudável da vida de trabalho.”*

Consideram-se duas espécies de *stress*: o *stress* considerado como útil e o *stress* nocivo. Nas profissões ligadas à saúde é imprescindível que existam determinados níveis de *stress* para que os indivíduos se encontrem em determinado nível de alerta de forma a responderem adequadamente a situações de emergência, no entanto se estes níveis se mantiverem por muito tempo ou forem ultrapassados, a capacidade de resposta deixa de existir intervindo de forma negativa na sua capacidade de trabalho.

Lazarus & Folkman (1984) cit. por Ramos (2004:267) referem que *“O stress é uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, a qual é avaliada e considerada pelo indivíduo como algo que sobrecarrega ou ultrapassa os seus recursos e prejudica o seu bem-estar.”*

Numa organização de saúde o comportamento dos profissionais é motivado por um conjunto de necessidades variáveis e em constante evolução. Este conjunto de necessidades é encarado como um estado intrínseco que faz com que o indivíduo deseje e procure atingir os seus objectivos e resultados.

Para Lazarus (1966) cit. por Chambel (2005:106) o *stress* é considerado como o *“(...) resultado dos processos de apreciação e avaliação que interferem na interacção entre stressores e o indivíduo, pode ser integrada neste grupo.”*

A forma como cada indivíduo percebe ou sente que tudo aquilo que recebe, como as condições de trabalho, a segurança, o dinheiro, o conforto e o bem estar, a amizade, as oportunidades de formação, a autonomia, o reconhecimento e o apreço dos clientes, está de acordo e é justo com o que esperava obter. Está portanto ligada à motivação para o trabalho.

A motivação resulta sempre duma interacção entre o indivíduo e determinada situação. Um indivíduo pode ter níveis diferentes de motivação que variam ao longo do tempo, podendo estar mais motivado em determinado momento e menos noutra. A motivação decorre da interacção de três elementos: o objectivo, o esforço e a necessidade.

Ramos (2001) explica que a percepção dos indivíduos sobre o ambiente de trabalho é determinante no aparecimento de sintomas de *stress*. A participação activa

dos indivíduos na resolução, redução ou minimização dos processos de *stress*, assim como as respostas ao *stress* por parte de cada indivíduo dependem das características individuais e dos relacionamentos interpessoais de cada um, onde se inclui o suporte social.

Ao nível individual o *stress* pode conduzir a problemas de saúde e ao nível organizacional a quebras na produtividade. Worthington, Ross & Bergeron (2006) apresenta num estudo recente o caso de dois profissionais de saúde que desenvolveram *stress* pós-traumático após uma exposição acidental ao VIH, ambos foram de imediato observados e aconselhados, tendo iniciado terapêutica tripla antiretroviral durante quatro semanas, ambos se mantinham serologicamente negativos ao fim de 24 meses. Apesar de nenhum deles ter antecedentes de problemas psicológicos anteriores à exposição desenvolveram sintomatologia de depressão persistente, ansiedade, insónia, e pesadelos nocturnos, o regresso ao trabalho nas unidades precipitou em ambos ataques de pânico. De acordo com peritos foi-lhe diagnosticado *stress* pós-traumático após a exposição acidental continuando em acompanhamento psiquiátrico.

Encontram-se descritos vários casos semelhantes, no entanto é necessário que se efectuem estudos longitudinais uma vez que o estudo deste tipo de exposições acidentais decorre ainda há pouco tempo, daí não se conhecer a verdadeira dimensão do problema. O *stress* ocupacional no indivíduo tem vários tipos de consequências, estas comportam geralmente as subjectivas, de comportamento, cognitivas, fisiológicas e organizacionais.

O *stress* e o *burnout* relacionado com o trabalho é definido pela Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2002:1) como sendo “*O stress relacionado com o trabalho, faz-se sentir quando as exigências colocadas pelo ambiente de trabalho excedem a capacidade dos trabalhadores para as suportarem (ou controlarem)*”

Ao nível das organizações existem indicadores que podem ajudar a traduzir os níveis de *stress* e *burnout* que se baseiam em observações e em dados estatísticos sobre a mobilidade de pessoal, a formação, os acidentes de trabalho, as doenças profissionais e o absentismo.

Por Organização e de acordo com Ferreira (2006:1) entende-se “*(...) um sistema inserido num meio social mais vasto, que em cada momento tem que ser capaz de encontrar o posicionamento na divisão social do trabalho e formas de motivar os colaboradores para essa tarefa.*”

O diagnóstico de *stress* e *burnout* no trabalho tem como objectivo deter informação sobre o tipo de stressores, os seus efeitos nos indivíduos e organização, os factores de vulnerabilidade e de protecção existentes. Esta informação detalhada permite delinear estratégias de intervenção ao nível da organização compreendendo as especificidades e dos contextos aonde ocorre o *stress* e o *burnout*, programando o tipo de intervenção mais adequada e a respectiva avaliação.

Greenberg (1987) cit. por Martins (2003:244) refere que “*O síndrome de burnout inclui elementos objectivos e subjectivos, psicológicos e psicossomáticos, como depressão, queixas físicas, absentismo e tendência para o isolamento.*”

Os principais sintomas de *burnout* e que surgem quando foram alcançados níveis de *stress* em que não existe retorno e são a exaustão emocional, com uma sensação de esgotamento emocional e incapacidade de resposta às solicitações, o sentimento nutrido pelo indivíduo é o de pouco haver para oferecer devido à percepção da ausência de recursos emocionais. Em consequência, podem surgir sentimentos de frustração quando os indivíduos sentem que não conseguem ser tão responsáveis pelos outros como costumavam ser anteriormente.

As causas de *stress* nos médicos e apontadas por Frasquilho (2005:440) são o facto de “*Lidar com o sofrimento e a morte dos doentes é em si um importante factor de stress, tal como lidar com a dependência do doente que se coloca nas mãos do médico e também o seu contrário – o desafio da não adesão, tal como o é o contacto com os familiares que exigem do médico o impossível.*”

Reflectindo sobre o *burnout*, encontraram-se alguns significados como o desgaste, dispersão, perda de energia e inoperatividade. Surge assim, como um fenómeno destrutivo, prevalecente em situações de desgaste físico e psíquico. Pode ser o culminar de situações de *stress* profissional permanente levando a uma diminuição da resistência à doença, aumento do pessimismo, insatisfação e absentismo no trabalho.

Martins (2003) explica que os sintomas de *stress*, podem ser de origem psicológica ou psicossomática. Os de ordem psicológica incluem a ansiedade, o nervosismo, a tensão, depressão, a ideação suicida; os psicossomáticos podem incluir as dores abdominais, no peito, alterações do ritmo cardíaco, náuseas, dores de cabeça e fadiga crónica (*Burnout*).

Outro dos sintomas mais frequentes é o da despersonalização, havendo o desenvolvimento de atitudes negativas, de indiferença ou insensibilidade face aos outros e às actividades desempenhadas.

À falta de realização pessoal, associa-se o sentimento de incompetência e insucesso. Este aspecto relaciona-se com processos de auto-avaliação e provoca a diminuição de expectativas pessoais, levando, por vezes à rejeição de si mesmo e dos objectivos pessoais, bem como a sentimentos de fracasso e baixa auto-estima.

O papel das chefias e da Organização é o de privilegiar a flexibilidade, a adaptabilidade, a responsabilização e a coordenação das acções em função de determinados fins e objectivos, nas ocasiões em que há o surgimento de obstáculos imprevisíveis.

Daí a necessidade do incremento de uma cultura de apoio que facilite um conjunto de soluções integradas em função das dificuldades. A elaboração de programas de formação inicial para os profissionais que iniciam a sua actividade e a formação continua aos profissionais mais antigos.

A promoção do espírito de equipa, ou seja, a partilha de objectivos comuns, de modo a encorajar e a estimular o desenvolvimento de aptidões e competências profissionais.

Por fim é desejável a implementação de sistemas de participação na tomada de decisão, de modo a restabelecer e aumentar os fluxos de informação na organização.

### **3.4. SUPORTE SOCIAL**

O suporte social e as redes de suporte social são extremamente importantes, hoje em dia na prevenção e desenvolvimento de doenças, na transposição de determinadas situações complexas assumindo um papel preponderante na recuperação do indivíduo.

No sector da saúde as situações de acidentes por exposição microbiológica, em que existe uma forte possibilidade de contrair uma doença infecto-contagiosa que pode perigar a vida, a existência de um suporte social percebido pode ser um factor atenuante de *stress*, bem como o de uma rede de apoio por parte de colegas e amigos pode ajudar a minorar as consequências do *stress* ocasionado pela exposição.

A importância da criação de ambientes favoráveis é recomendada na Carta de Ottawa (1986:4) *“O trabalho e os tempos livres deveriam ser uma fonte de saúde para as populações. A maneira como a sociedade organiza o trabalho deveria ajudar a criar uma sociedade de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.”* A prestação de cuidados em ambiente seguro para o utente e para os profissionais tem um impacto positivo na saúde dos indivíduos, segundo Ogden (1999) cit. por Ramos (2004) o termo apoio social poderá ser coincidente com o de suporte social e é utilizado para designar os cuidados, o consolo, o suporte, a estima e a ajuda dos outros e sentida pelo indivíduo.

Lin et al. (1986) cit. por Nunes (2005) define o apoio social como sendo as ajudas instrumentais e/ou expressivas, reais ou percebidas, fornecidas pela comunidade, redes sociais e amigos íntimos.

A presença de uma rede de apoio social é um indicativo de saúde física e mental, frequentemente o suporte social é fornecido pelos familiares, amigos e colegas e ainda formalmente pelos serviços sociais e associações de solidariedade social. Segundo a conceptualização de apoio social descrito por Vaux (1988) cit. por Nunes (2005:138) é constituído por três elementos conceptuais, inter relacionados num processo de transacções entre o sujeito e o ambiente *“Os recursos da rede de apoio, as condutas de apoio (material e emocional) e as avaliações de apoio (valorizações subjectivas dos recursos da rede e das condutas). Este autor salienta factores pessoais (traços de personalidade, recursos pessoais e competências) e factores de contexto social (stressores, família, papéis sociais e comunidade), em que estes factores se relacionam entre si, influenciando os recursos da rede, as condutas de apoio e as avaliações.”* constituindo um modelo ecológico de apoio social na opinião de Nunes.

Pensa-se que o facto do indivíduo ter a percepção da existência de uma rede ou de poder recorrer a ajuda social no caso de ser necessário, é um factor importante de estabilidade e de bem estar psicológico, reduzindo o isolamento e aumentando a satisfação, funcionando como factores de estabilidade de forma a proteger o indivíduo em situações de *stress* e na prevenção da doença mental.

Actualmente existem alguns modelos teóricos sobre apoio social, um destes considerado como interessante e estando de acordo com o objecto em estudo é o modelo de Cohen (1988) cit. por Nunes (2005) que classifica o apoio social baseado nos efeitos deste nos processos de saúde e doença, de acordo com três categorias que se passam a enunciar:

Os primeiros que são os modelos genéricos assentes no pressuposto de que o apoio social se relaciona com algumas doenças e influenciando-as através dos padrões de comportamento (dieta, álcool e tabaco) agravando o risco de sofrer doenças, ou através das respostas do organismo aos transtornos provocados pelos anteriores padrões de comportamento.

Os segundos são os modelos centrados no *stress* e nestes a influência do apoio social interage com os transtornos através dos processos biológicos e comportamentais que condicionam dois tipos de efeitos, denominados de directos e protectores.

Os terceiros são os modelos de processo psicossocial descritos pela mediação da relação do apoio social e a saúde. Neste modelo são especificados os processos biológicos implicados na relação entre o apoio social e a saúde, avaliando em separado os efeitos directos e os protectores.

No presente, consideram-se redes de suporte social, as relações de um indivíduo com os membros da sua família, os vizinhos, os amigos, e os seus colegas de trabalho, todos aqueles que eventualmente se poderão tornar um apoio real e efectivo em determinada altura das suas vidas. Segundo Dunst et al. (1997) cit. por Ramos (2004:137) distinguem-se dois tipos de agentes proporcionadores de suporte social:

*“O suporte social formal que inclui os técnicos e os serviços (sociais, hospitalares, educativos, administrativos), os quais são organizados para proporcionarem apoio formal e assistência (sanitária, educativa, social, administrativa, jurídica, etc.);*

*O suporte social informal, onde se incluem os amigos, vizinhos, familiares, os grupos sociais (clubes e associações, igreja, grupos de apoio) que proporcionam apoio emocional, suporte na vida diária e nas dificuldades quotidianas.”*

Nesta perspectiva a qualidade das redes de suporte social, a disponibilidade destas e a interligação existente entre elas influênciam directamente a forma como o indivíduo as percebe.

## **CAPÍTULO IV**

### **ACIDENTES DE SERVIÇO/TRABALHO**

## **4.1. ACIDENTES DE SERVIÇO/TRABALHO**

### **4.1.1. Enquadramento Legal**

Os Acidentes de Serviço e as Doenças Profissionais têm a nível da Legislação Nacional um bom suporte legal, encontrando-se definidos os conceitos de Acidente de Serviço bem como a respectiva reparação dos danos.

O Decreto-Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro é uma lei quadro que aprova o regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais e abrange todos os trabalhadores por conta de outrem.

Em 11 de Maio é publicado o Decreto-Lei n.º 159/99 que de acordo com o Decreto-Lei n.º 100/97 é obrigatório a existência de um seguro para trabalhadores independentes que garanta as prestações previstas.

Posteriormente, por haver a necessidade de clarificação do regime legal dos acidentes de serviço e doenças profissionais na Administração Pública é publicado o Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de Novembro que estabelece o regime jurídico dos acidentes ocorridos ao serviço da Administração Pública, uma vez que a última publicação era de 1965 que se encontrava perfeitamente ultrapassada e desenquadrada das novas exigências.

No entanto nos últimos anos assistimos à publicação da Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto que aprova o Código do Trabalho e a Lei n.º 35/2004 de 29 de Julho que regulamenta o Código do Trabalho, aonde é definido o regime a aplicar a nível dos trabalhadores em regime de contrato de trabalho.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de Novembro o conceito de acidente de trabalho é considerado como *“O acontecimento não intencional e inesperado que se verifique no local e no tempo de trabalho. Acidente que se verifique no local de trabalho e produza directa ou indirectamente: Lesão corporal, perturbação funcional, doença e que cause: Morte, ou redução da capacidade de trabalho ou de ganho.”* no capítulo II, secção I, no artigo 7 a qualificação do acidente em serviço é *“(…) todo o que ocorre nas circunstâncias em que se verifica o acidente de trabalho, nos termos do regime geral, incluindo o ocorrido no trajecto de ida e de regresso para e do local de trabalho.”*

O Decreto-lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto e que aprova o Código do Trabalho no artigo 284 define o acidente de trabalho como *“(…) o sinistro, entendido como acontecimento súbito e imprevisto, sofrido pelo trabalhador que se verifique no local e*

no tempo de trabalho.” e no seu artigo 285 alarga este conceito ao acidente que ocorra no trajecto de ida e de regresso do local de trabalho.

**Quadro 2- Legislação relacionada com o tema dos acidentes de serviço/trabalho**

DECRETO-LEI	ANO	CONTEÚDO
Decreto-Lei 84/1997	16 Abril de 1997	Estabelece as regras de protecção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos durante o trabalho
Decreto-Lei 100/97	13 Setembro de 1997	Aprova o regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais
Decreto-Lei 503/99	20 Novembro de 1999	Este diploma estabelece o regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais ocorridos ao serviço da Administração Pública
Decreto-Lei 99/2003	27 Agosto de 2003	Aprova o Código do trabalho
Decreto-Lei 35/2004	29 Julho de 2004	Regulamenta o Código do Trabalho

A Directiva quadro 2000/54/CE relativa aos riscos específicos perante agentes biológicos cujo objectivo é estabelecer as prescrições mínimas especiais destinadas a garantir um melhor nível de segurança e de saúde dos trabalhadores expostos a agentes biológicos durante o trabalho.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 84/97 de 16 de Abril e que estabelece as regras de protecção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos durante o trabalho e que transpõe para o direito interno as Directivas n.º 90/88/CEE, do Conselho de 26 de Novembro, e 93/88/CEE, do Conselho de 12 de Outubro e da Directiva n.º 95/30/CE da Comissão de 30 de Junho de 1995.

Neste Decreto-Lei, no seu artigo 3 é definido o conceito de agentes biológicos como sendo “*Os microorganismos, incluindo os geneticamente modificados, as culturas celulares e os endoparasitas humanos susceptíveis de provocar infecções, alergias ou intoxicações.*” E define como microorganismo “*Qualquer entidade microbiológica, celular ou não celular, dotada de capacidade de reprodução ou de transferência do material genético.*”

No artigo 4, estabelece ainda a classificação dos agentes biológicos em quatro grupos de acordo com o seu nível de infecciosidade.

No ponto 2 são referidas as actividades aonde os trabalhadores poderão estar expostos aos agentes biológicos sendo que os serviços hospitalares e os laboratórios clínicos e de diagnóstico estão incluídos como locais de risco para a saúde dos

respectivos trabalhadores, e assim a avaliação de riscos servirá para se elaborar um protocolo de vigilância de saúde dos trabalhadores de acordo com o grau de risco de exposição a que se encontram expostos na sua actividade.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho- OIT (2007), num Relatório emanado no Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho estimava que em 2005, cerca de 2,2 milhões de pessoas a nível mundial morriam por ano em consequência de acidentes e doenças profissionais representando um aumento de cerca de dez por cento em relação às estimativas anteriores. De acordo com o mesmo relatório cerca de 270 milhões de trabalhadores são afectados por lesões graves não mortais e 160 milhões sofrem de doenças de curta ou de longa duração em virtude de factores relacionados com a actividade profissional. Sendo que o custo total destes acidentes e doenças representam cerca de quatro por cento do produto interno bruto mundial, representando elevados custos económicos e humanos.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho- OIT (2005:11) *“Por dia, em todo o mundo, morre uma média de 5000 pessoas, vítimas de doenças e acidentes relacionados com o trabalho, correspondendo a um total de 2 a 2,3 milhões de mortes relacionadas com o trabalho. Deste número, cerca de 350.000 corresponde a acidentes mortais e 1,7 a 2 milhões a doenças mortais. Além disso, anualmente, os trabalhadores sofrem cerca de 270 milhões de acidentes laborais que originam ausências ao trabalho superiores a 3 dias, e cerca de 160 milhões de doenças não mortais.”*

#### **4.1.2. Acidentes de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica**

Os profissionais de saúde em virtude da sua actividade encontram-se diariamente expostos a uma multiplicidade de agentes patogénicos nomeadamente aos VHB, VHC, VIH e a diferentes tipos de exposição. No nosso estudo para uma melhor compreensão adoptamos a definição de exposição do *Centers for Disease Control and Prevention- CDC* (2001) que passamos a apresentar:

- Exposição por lesão percutânea- considera-se a lesão provocada por objectos e instrumentos cortantes ou perfurantes tais como as agulhas, lâminas de bisturi contaminados com sangue ou outro fluido corporal;
- Exposição mucocutânea- é a exposição em membranas mucosas e pele não intacta, quando existe projecção de sangue, fluidos corporais ou tecidos potencialmente infectados.

Após uma exposição ocupacional o risco de contrair uma infecção depende do agente patogénico envolvido, da condição imunológica do trabalhador exposto, da gravidade da lesão e da disponibilização de profilaxia adequada no mais curto espaço de tempo.

O potencial risco de transmissão do VHB, VHC e do VIH depende dos fluidos corporais envolvidos, da região exposta e da gravidade da lesão. Os fluidos corporais poderão ser o sangue, fluidos contendo sangue visível ou outro potencialmente infectado como é o caso do sémen, secreções vaginais, líquido sinovial, cerebrospinal, pleural, peritoneal, pericárdio ou líquido amniótico ou outro tecido potencialmente infectado.

A gravidade da exposição depende também se o acidente ocorreu por exposição percutânea, por picada de agulha, ou outro objecto perfuro cortante ou se a exposição foi a nível mucocutâneo e pele não intacta.

Na presente investigação os agentes microbiológicos a estudar serão os vírus da hepatite B (VHB), o vírus da hepatite C (VHC) e o vírus da imunodeficiência humana (VIH), pois são aqueles que mais frequentemente estão envolvidas nas exposições microbiológicas acidentais.

A avaliação do risco conduz necessariamente à definição de um programa de prevenção da exposição microbiológica, incluindo as medidas de prevenção colectivas, os factores organizacionais, a concepção dos locais e equipamentos de trabalho. Por vezes, devido a vários constrangimentos em termos estruturais dos diferentes locais de trabalho é fundamental dar prioridade às medidas de prevenção individuais incentivando a prática das precauções standard que incluem a lavagem das mãos e os equipamentos de protecção individual como as luvas e os respiradores.

O ambiente de trabalho em contexto hospitalar, é um meio propício e facilitador da transmissão de microorganismos e de risco de infecção para o utente e para o prestador de cuidados. Sabe-se, hoje em dia que um dos factores desencadeante das infecções nosocomiais é causado pela não lavagem das mãos pelos profissionais de saúde, com consequências gravosas para os utentes e profissionais, conduzindo a um maior número de dias de internamento, maior consumo de cuidados de saúde, maior gasto de dinheiro em medicamentos e podendo conduzir à morte do utente com consequências a nível pessoal e familiar.

Apesar deste facto ser conhecido dos profissionais, nem sempre a lavagem das mãos é prática regular, existindo alguns factores que interferem nesta prática e que

passam pela reconcepção dos locais de trabalho, com a disponibilização de lavatórios em número suficiente e em locais de fácil acesso aquando da prestação de cuidados de saúde.

Segundo o *International Healthcare Worker Safety Center* (2001:1) “As consequências da Exposição Ocupacional aos agentes patogénicos transmissíveis por via sanguínea não são apenas as infecções. Todos os anos, milhares de profissionais de saúde são submetidos a uma pressão psicológica durante meses, até receberem a notificação dos resultados serológicos. Outras consequências pessoais podem incluir o adiamento de gravidez, a alteração de práticas sexuais, os efeitos secundários de medicamentos profilácticos, a infecção, a incapacidade crónica, a perda de emprego, transplante hepático e morte prematura.”

Segundo dados do *International Healthcare Worker Safety Center* (2001) sabe-se que entre 1% a 2% dos pacientes estão infectados com VIH (é por isso que 1% a 2% de picadas de agulha estão contaminadas com o VIH) e entre 18 a 35 novas infecções ocupacionais por VIH ocorrem por lesão percutânea em cada ano, e cerca de 2 a 4 casos de infecção resultam de exposição a membranas mucosas e pele não intacta.

A prevenção da infecção pelos profissionais de saúde é parte integrante na prevenção das infecções nosocomiais. A elaboração de normas e protocolos para as evitar deve contemplar igualmente as medidas de protecção aos profissionais, os agentes biológicos envolvidos aquando da prestação dos cuidados de saúde com diferentes níveis de infecciosidade pelo que o risco e as vias de transmissão são consequentemente diferentes.

É essencial que na presença de determinado agente biológico sejam conhecidos os dados epidemiológicos incluindo a sua prevalência na população em geral e na população hospitalar, e ainda a taxa de infecção pós-exposição.

O *International Healthcare Worker Safety Center* (2007) divulgou um estudo realizado por Perry, Parker & Jagger, segundo o programa de vigilância traçado pelo *EPINet* e realizado em 2004, refere que neste ano ocorreram 1, 155 lesões percutâneas, no global corresponde a 26.69 por 100 camas ocupadas. Também em 2004 foram reportadas 354 exposições ao sangue e a fluidos corporais correspondendo a 8.18 por 100 camas ocupadas.

### **4.1.3. Prevenção dos Acidentes por Exposição Microbiológica**

A prevenção da exposição ao sangue e fluidos corporais é a principal medida de prevenção da transmissão de agentes biológicos em contexto ocupacional.

Preferencialmente a protecção a adoptar deveria ser a protecção colectiva na prevenção dos riscos profissionais, que consiste na prevenção do risco na fonte, isto é, nos componentes materiais do trabalho e meio envolvente cuja protecção e eficácia é considerável face ao trabalhador que se encontre exposto. Nas situações em que tal não seja possível terá de ser adoptada a protecção individual.

Nas últimas décadas a utilização de luvas nos serviços de saúde tem sofrido um aumento considerável frequentemente atribuído à definição e aplicação das Precauções Universais emanadas pelo *Center for Disease Control and Prevention- CDC* em 1986 devido à descoberta do vírus da imunodeficiência humana e das hepatites virais (B e C).

Posteriormente em 1997 foram emanadas as Precauções Standard que vieram actualizar as anteriormente publicadas pelo *Center for Disease Control and Prevention- CDC* e são recomendações que visam a prevenção e redução do contacto com todos os fluidos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e membranas mucosas de todos os utentes e não somente ao sangue como anteriormente estava descrito. Estas medidas envolvem as medidas de prevenção em relação aos equipamentos a utilizar, à manipulação de instrumentos perfuro-cortantes e à prestação de cuidados aos utentes.

O uso de barreiras de protecção é recomendado no contacto com os utentes ou materiais potencialmente contaminados (luvas, máscara com viseira, respirador de partículas, óculos de protecção).

Estas precauções envolvem a exposição percutânea (picada e corte) e a exposição mucocutânea (mucosas e pele não intacta), a desinfectação e esterilização de instrumentos cirúrgicos e materiais.

Os equipamentos de protecção individual (EPI) têm um papel preponderante na prevenção das exposições microbiológicas pelo que a sua disponibilidade e adequação é essencial. Estes equipamentos destinam-se a proteger a integridade física do profissional.

Para os profissionais de saúde, as luvas representam uma barreira eficaz na sua protecção perante o risco de contaminação através do sangue e fluidos corporais.

**Figura 9- Luvas de Nitrilo**



**Fonte: Etamerica (web site)**

Luvas – Poderão ser feitas de variados materiais, pelo que a sua escolha terá de ser adequada ao tipo de risco, da adequabilidade à tarefa a desempenhar, o tamanho deve ser adequado ao profissional que a irá utilizar. Os materiais mais frequentemente utilizados na prevenção do contacto com fluidos corporais são as de látex e nitrilo, devido às suas características.

O uso de luvas reduz de forma significativa a probabilidade de contaminação através de uma exposição ocupacional. Todavia a utilização de materiais como o látex e o pó utilizado nas luvas podem conduzir a situações de reacções cutâneas e outro tipo reacções alérgicas ao látex levando à morte por choque anafilático.

**Figura 10- Óculos de protecção e máscara cirúrgica**



**Fonte: 3 M (web site ) 2007**

Óculos de protecção e máscara cirúrgica– Indicados para a realização de procedimentos em que possa ocorrer uma possível exposição mucocutânea.

Batas e gorros– Importantes em cirurgia e no contacto com material biológico, as características dependem do risco.

**Figura 11- Respirador de partículas e barrete de protecção**



**Fonte: 3 M (web site ) 2007**

Respiradores de partículas- Equipamento de protecção individual essencial na prevenção da exposição de agentes microbiológicos por via aérea.

Num estudo efectuado sobre risco biológico em profissionais por Segarra, Pérez, Aceitero & Ortín (2003) em relação à disponibilidade de material de protecção 88,2% dos profissionais dispõe sempre deste tipo de material e 9,8% às vezes. No caso dos contentores para material perfuro cortante é referido que 98,4% dispõe de contentores e em 96,2% dos casos, estes estão acessíveis.

Os acidentes decorrem habitualmente da manipulação de grande parte de instrumentos perfuro cortantes potencialmente contaminados com sangue e fluidos corporais, considera-se que algumas destas situações poderiam ser evitadas com a utilização adequada dos equipamentos de protecção disponíveis e de recipientes para material perfuro cortante.

**Figura 12- Contentor de material perfuro-cortante**



Contentor de material perfuro-cortante- Utilizados para a eliminação de todo o tipo de material perfuro cortante.

**Fonte: (Web site)**

Actualmente a prevenção das exposições passa não só pelas medidas de prevenção mas também por medidas de controle de engenharia, isto é, pelo desenvolvimento de tecnologia aplicada a métodos alternativos como a concepção de instrumentos ou dispositivos médicos de segurança. Existe assim um esforço concertado na elaboração de dispositivos que sejam uma alternativa viável à utilização de agulhas e outros objectos perfuro cortantes.

## **4.2. O SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E./HOSPITAL DE S.JOSÉ**

O Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., Hospital de São José obteve a sua aprovação em 1994 por parte do Conselho de Administração. Após um levantamento e classificação dos riscos, definiram-se objectivos e prioridades, iniciando-se a implementação das acções por programas na área da prevenção e vigilância da saúde e bem estar dos profissionais de saúde.

### **4.2.1. Objectivos da Saúde Ocupacional**

Os objectivos da Saúde Ocupacional fundamentam-se nas recomendações da Conferência Mundial de Cuidados de Saúde Primários, de Alma/Ata (1978) (onde é redefinido o conceito de cuidados de saúde primários como um conjunto de actividades diversas, não exclusivamente médicas, e com propostas para novas estratégias de organização dos serviços de saúde); nas Metas da Saúde para Todos no Ano 2000 da Organização Mundial de Saúde (1985), que enfatizam a participação e cooperação multisectorial na promoção da saúde, intervindo primordialmente na prevenção.

Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada no Canadá, foi aprovada a Carta de Ottawa (1986) que se baseia nas duas anteriores e no debate sobre a acção intersectorial para a saúde, realizada na Assembleia Mundial de Saúde e é considerada uma primeira resposta na implementação de um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial.

O projecto do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de S. José teve o seu desenvolvimento e realização em 1994 com a selecção da equipa que veio a integrar o projecto. Os objectivos acentam na Promoção do Trabalho saudável, sadio e seguro, a promoção da saúde, a capacidade para o trabalho, a protecção e vigilância da saúde, a assistência na doença aguda e crónica, a recuperação, reabilitação e reintegração profissional.

As acções de promoção da saúde no trabalho aplicam-se a todos os profissionais no local de trabalho e são orientadas para as causas subjacentes de falta de saúde, nos factores de desconforto e incomodidade de maior prevalência no trabalho. Estas acções centram-se nos sistemas de trabalho e nos factores periféricos que afectam a saúde e o bem-estar pessoal e rendimento do trabalho, visando o indivíduo e o ambiente de

trabalho, incluindo a organização, as condições de trabalho e a participação dos profissionais, chefias e administração.

O conceito de promoção da saúde da Carta de Ottawa (1986:1) traduz-se no “ (...) processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.”

O Serviço de Saúde Ocupacional incide a sua intervenção em situações de pré-doença, relacionadas com hábitos e estilos de vida, ou de origem profissional prestando cuidados integrados de saúde, esta intervenção tem por base acções médicas e não médicas realizadas por um conjunto de profissionais com diferentes formações técnicas.

#### **4.2.2. Actividades Desenvolvidas**

As acções desenvolvidas pelo Serviço de Saúde Ocupacional estão organizadas segundo programas de intervenção criados a partir de um levantamento e classificação dos factores de risco existentes no local de trabalho bem como na promoção da saúde dos profissionais, não se limitando desta forma à exclusiva prevenção dos riscos profissionais.

O atendimento personalizado envolve duas áreas que se complementam, nomeadamente a área dos Serviços Clínicos e a área da Medicina do Trabalho. Os serviços clínicos asseguram o atendimento na doença aguda e crónica, o apoio ao indivíduo, chefias e administração, e a medicina do trabalho incide a sua acção na vigilância da saúde individual e do ambiente de trabalho.

É assegurado por uma equipa médica e de enfermagem, de peritos consultores de especialidades que asseguram a mediação, personalização e articulação com a rede de consultas externas e de médicos de referência e de uma componente orientada para os problemas da saúde no trabalho cujas áreas de intervenção são a Medicina do Trabalho, Enfermagem do Trabalho, Ergonomia do Trabalho, Segurança do Trabalho, Higiene e Toxicologia do Trabalho e Psicologia do Trabalho.

Compreende ainda médicos especialistas nas áreas de ginecologia (prevenção do cancro do colo do útero e da mama/programa mulher), estomatologia (prevenção da periodontite, cancro e doenças orais), psiquiatria (prevenção da perturbação mental, ideação suicida e psicopatologia do trabalho), urologia (prevenção das doenças da

próstata e problemas génito-urinários) e gastroenterologia/hepatologia (prevenção do cancro do cólo-rectal e das hepatites víricas).

No Serviço de Saúde Ocupacional decorrem ainda um conjunto de programas orientados para: a prevenção da doença profissional, a prevenção das causas dos acidentes de trabalho, nomeadamente por exposição acidental percutânea e mucosas a produtos biológicos dos utentes; a prevenção do risco de exposição a agentes microbiológicos (tuberculose, hepatites B e C, VIH), a prevenção dos riscos que requerem protecção individual e que resultam da utilização de equipamentos de protecção individual; a prevenção do risco de exposição ao látex; a prevenção do risco de lesão músculo-esquelética por movimentação manual de cargas e das doenças evitáveis pela vacinação (tétano, hepatite B, rubéola, gripe); a prevenção do risco de exposição a desinfetantes, citostáticos, atmosferas de trabalho (gases anestésicos, amianto e poeiras), desconforto térmico, ruído e radiações ionizantes; a prevenção da doença associada e agravada pelo trabalho; a adaptação do trabalho a profissionais com incapacidade parcial por doença ou acidente; ao apoio e protecção da gestante, lactante e puérpera no local de trabalho.

A actuação assenta primordialmente na prevenção primária privilegiando os programas que envolvem medidas de intervenção na pré-doença (programas de prevenção e controlo do cancro do colo do útero e da mama, prevenção e controlo do cancro da próstata, saúde oral) e assegura o diagnóstico, o tratamento através da mediação com os consultores das várias especialidades existentes no hospital, a reabilitação e integração profissional, com o apoio e articulação da componente da saúde no trabalho.

Uma das preocupações deste serviço é contribuir para a identificação de situações individuais ou colectivas contribuindo para evitar o alheamento da organização perante os problemas dos profissionais. Incide a sua acção na prevenção dos factores psicossociais, reduzindo a probabilidade da ocorrência de absentismo.

Recorre ainda a protocolos com serviços disponíveis no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., tendo em vista o envolvimento de competências e a utilização de equipamentos e meios técnicos nas acções de prevenção de risco de doença específica.

### **4.3. ACÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL NA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO ACIDENTE EM SERVIÇO/TRABALHO POR EXPOSIÇÃO MICROBIOLÓGICA**

O serviço de saúde ocupacional tem um papel fundamental na área da prevenção, informação e formação dos profissionais de saúde. O acidente por exposição a sangue, tecidos e fluidos potencialmente infecciosos é definido como uma ocorrência acidental e involuntária.

O risco de transmissão viral depende do estado de imunização vacinal do profissional exposto, infecções presentes no utente fonte de contágio e do contacto com sangue e fluidos corporais.

#### **4.3.1. Descrição do Circuito de Notificação do Acidente em Serviço/ Trabalho por Exposição Microbiológica**

A gestão dos acidentes e incidentes por exposição a agentes microbiológicos tem como finalidade a prevenção da sua ocorrência e o controlo das consequências para os profissionais acidentados, tendo como objectivo a redução do número de acidentes e a sua prevenção.

Neste tipo de acidentes com exposição a agentes microbiológicos (picada, corte exposição mucocutânea) de uma forma geral, os acidentados necessitam apenas da prestação de primeiros socorros. O utente fonte tem obrigatoriamente de realizar exames serológicos, bem como o profissional de saúde num período máximo de 2 a 4 horas a partir do momento do acidente. Este período temporal é considerado como o mais adequado para iniciar a profilaxia pós-exposição se estiver indicada.

Após um acidente por exposição microbiológica devem ser efectuados de imediato os seguintes procedimentos:

- Lavar e desinfectar a ferida (se esta tiver ocorrido), procurando limitar a quantidade de fluido absorvido;

- Efectuar a colheita de sangue ao utente fonte no caso de ser conhecido, após consentimento informado deste para realizar as serologias (hepatite B, C e VIH) no mais curto período de tempo. A requisição de análises do utente fonte deverá conter a informação de que se trata de acidente de serviço com um profissional. A amostra de sangue recolhida deverá ser entregue pessoalmente no Serviço de Patologia Clínica.

- O profissional acidentado deve dirigir-se ao Serviço de Urgência e efectuar a admissão. É importante referir, desde logo, que o motivo da sua admissão é por Acidente de Serviço/Trabalho.

- Atendimento na sala de triagem e balcão do serviço de urgência, onde o médico efectua o pedido de exames serológicos (hepatite B, C e VIH) do profissional acidentado sendo este encaminhado para o posto de colheitas do serviço de patologia clínica no serviço de urgência, onde efectua a respectiva colheita de sangue.

- Dirige-se ao Serviço de Gestão de Pessoal e Recursos Humanos para proceder à notificação do acidente, no período de 2 dias úteis, com fotocópia de ficha de admissão no serviço de urgência, onde lhe são entregues dois formulários de preenchimento obrigatório pelo médico que efectuou o atendimento no serviço de urgência.

- Retorna ao Serviço de Urgência para preenchimento dos formulários pelo médico.

- Dirige-se ao Serviço de Saúde Ocupacional para notificação, caracterização e acompanhamento do acidente de serviço/trabalho. No SSO é realizada a entrevista de caracterização do acidente de serviço, procedendo-se à sua análise e acompanhamento pela equipa de saúde ocupacional.

- Após a recepção dos resultados serológicos do contagiante fonte, se estes forem negativos, dá-se por encerrado o acidente. Se os resultados forem positivos, proceder-se-á de acordo com as respectivas indicações internacionais consoante a serologia seja positiva para hepatite B, C ou VIH.

- Entrega no Serviço de Pessoal e Recursos Humanos de todos os anexos de notificação do acidente de serviço preenchidos.

#### **4.3.2. Descrição dos Procedimentos de Follow-Up Pós-Exposição Microbiológica**

A avaliação da exposição microbiológica acidental é geralmente complexa e depende de factores relacionados com o profissional de saúde, com o estado serológico do utente fonte e da natureza da exposição.

### 4.3.2.1. No caso do utente fonte ser positivo para a hepatite B

#### 4.3.2.1.1. Profilaxia pós-exposição para a hepatite B (VHB)

Perante o risco de transmissão do vírus da hepatite B (VHB), a profilaxia pós-exposição a efectuar na ausência de protecção vacinal ou protecção conferida pela presença de anticorpos anti-HBs (Ac. anti - HBs) deverá estar de acordo com o estado vacinal do profissional de saúde e o estado serológico do utente fonte.

Em relação à administração da imunoglobulina anti-hepatite B (IGHB) é uma medida passível de aquisição de anticorpos anti-HBs protectores temporária (entre 3 a 6 meses). Isoladamente é a primeira medida de protecção após uma exposição aguda ao vírus da hepatite B (VHB).

A imunoglobulina deve ser administrada conjuntamente com a vacina da hepatite B como forma de profilaxia pós-exposição e de prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B.

Consideram-se não respondentes à vacina da hepatite B, os indivíduos que após terem efectuado o esquema de vacinação não tenham nível de anticorpos protectores.

Quadro 3- Profilaxia pós - exposição ao vírus da hepatite B (VHB)

Estado Vacinal do Profissional de Saúde		FONTE DE CONTÁGIO	
		Utente Fonte AgHBs Positivo	Utente Fonte Desconhecido
<b>NÃO VACINADO</b>		IGHB (Imunoglobulina anti-hepatite B) + início de esquema vacinal (3 doses)	Vacina VHB (3 doses)
<b>VACINADO</b>	Com resposta serológica	Sem indicação terapêutica	Sem indicação terapêutica
	Sem resposta serológica	IGHB (Imunoglobulina anti-hepatite B) + início de 2º esquema vacinal (3 doses) ou 2 doses IGHB	Se o risco for alto tratar como contagiante AgHBs positivo
	Se o título Ac anti- HBs não for conhecido	Reforço vacinal se título <10 UI/L	Reforço vacinal se título <10 UI/L

#### **4.3.2.1.2. Vigilância serológica pós-exposição ao vírus da hepatite B (VHB)**

Dado que após a exposição o tratamento ser altamente eficaz na prevenção da infecção pelo VHB não é recomendado por rotina o follow-up após o tratamento.

No entanto se houver o desenvolvimento de sintomas (perda de apetite, icterícia da mucosa ocular, vômitos, febre) deverão ser reportados ao SSO para avaliação e monitorização.

#### **4.3.2.2. No caso do utente fonte ser positivo para o vírus da hepatite C (VHC)**

No caso da exposição ao vírus da hepatite C, não existe profilaxia disponível que o profissional possa efectuar na prevenção de uma possível infecção.

##### **4.3.2.2.1. Vigilância serológica pós-exposição ao vírus da hepatite C (VHC)**

A vigilância serológica pós exposição ao vírus da hepatite C (VHC) é efectuada pelo Serviço de Saúde Ocupacional, nos seguintes períodos:

Avaliação do título de anticorpos anti-VHC e as ALT/TGP basal (no momento da exposição).

Ao 4º, ao 6º mês após a data de ocorrência do acidente e ao ano da data de ocorrência do acidente, se o profissional desenvolver sintomatologia ou co-infecção VIH.

##### **4.3.2.3. No caso do utente fonte ser positivo para o vírus da imunodeficiência humana (VIH)**

Após a exposição ocupacional ao vírus da imunodeficiência humana, deve ser assegurado um seguimento adequado e vigilância até exclusão de provável infecção.

#### 4.3.2.3.1. Profilaxia pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana (VIH)

Perante o risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (VIH) a profilaxia pós-exposição para o VIH deve contemplar o estado serológico da fonte, do tipo de lesão e natureza da exposição.

**Quadro 4- Profilaxia Pós - Exposição ao vírus da imunodeficiência humana (VIH)**

	TIPO EXPOSIÇÃO	ESTADO DA ORIGEM		
		BAIXO RISCO	ALTO RISCO	DESCONHECIDO
<b>LESÃO PERCUTÂNEA</b>	<u>Menos Grave</u> : Dispositivo sólido, lesão superficial.	2 Farmacos	3 Farmacos	Habitualmente não indicada: considerar 2 farmacos
	<u>Mais grave</u> : Lesão profunda, com sangue visível, usada em vaso sanguíneo do utente	3 Farmacos	3 Farmacos	Habitualmente não indicada: considerar 2 farmacos.
<b>CONTACTO COM MUCOSAS E PELE NÃO INTEGRAS</b>	<u>Pequeno volume</u> (salpicos)	2 Farmacos	2 Farmacos	Habitualmente não indicada

#### 4.3.2.3.2. Regimes terapêuticos recomendados

Os regimes terapêuticos recomendados no caso da exposição ao vírus do VIH, encontram-se indicados no quadro 5 e a opção da sua toma deverá sempre ser de acordo com o profissional. São apresentados os seguintes esquemas terapêuticos mas desde já se refere que a opção poderá ser outra se for mais adequada.

A profilaxia pós-exposição deverá ser iniciada precocemente para que se obtenha a maior eficácia da mesma, após aconselhamento e consentimento esclarecido do profissional, as decisões sobre a profilaxia devem ser tomadas com base nas causas, na resposta à terapia e na carga viral do utente fonte.

A decisão deve ser imediata, não atrasando a iniciação da PPE, esta profilaxia pós-exposição ao VIH deve ser mantida durante 4 semanas (28 dias), durante este período poderão ser efectuadas as alterações que se encontrarem convenientes de forma

a maximizar a sua eficácia. A decisão da administração da profilaxia pós-exposição poderá ser efectuada a dois níveis:

1- No período de funcionamento do serviço de saúde ocupacional, a terapêutica antiretroviral é aqui disponibilizada;

2- Se o SSO estiver encerrado, a terapêutica antiretroviral será disponibilizada no serviço de urgência, por requisição efectuada pelo médico que assistiu o profissional dirigida aos serviços farmacêuticos do CHLC/HSJ.

Quando as ocorrências se verificarem no período de fim-de-semana ou feriados, os procedimentos anteriormente descritos mantêm-se, sendo a avaliação no serviço de saúde ocupacional efectuada no primeiro dia útil seguinte.

Recomenda-se ao profissional que foi exposto a uma fonte positiva ao VIH a modificação de hábitos e comportamentos para evitar a transmissão secundária (abstinência sexual ou uso de medidas adicionais como o preservativo, não doar sangue, plasma, órgãos ou sêmen).

**Quadro 5 – Regimes terapêuticos recomendados na profilaxia pós-exposição ao VIH**

<b>REGIMES TERAPÊUTICOS RECOMENDADOS NA PROFILAXIA PÓS- EXPOSIÇÃO AO VIH</b>	
<b>COMBINAÇÃO DE 2 FÁRMACOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Combivir- 1 de 12/12H (Zidovudina + Lamivudina)</li></ul> <p style="text-align: center;">Ou</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zidovudina (AZT)- (300mg 12/12H) + Lamivudina (3TC)- (150mg 12/12H) ou (300mg/D)</li></ul>
	Tenofovir + Emtricitabina (300mg+200mg/D) ou Truvada 1/D
	Lamivudina (3TC)- (150mg 12/12H) + Estavudina (d4T)- (40mg 12/12H)
	Estavudina (A4T)- (40mg 12/12H) + Didanosina (ddl)- (400mg/dia)
<b>COMBINAÇÃO DE 3 FÁRMACOS: Se houver risco de transmissão VIH elevado</b>	<p><u>1 esquema anterior + 1 dos seguintes:</u></p> <p>Indinavir (800mg 8/8H) ou Nelfinavir (750mg 8/8H) ou Efavirenz (600mg 8/8H) ou Abacavir (300mg x2)</p>

#### **4.3.2.3.3. Vigilância serológica pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana (VIH)**

A vigilância serológica pós-exposição ao VIH é efectuada pelo Serviço de Saúde Ocupacional, avaliando regularmente o profissional para monitorizar sinais e sintomas

de seroconversão, efeitos secundários ou toxicidade da profilaxia. Esta vigilância é efectuada nos seguintes períodos:

- Avaliação do título de anti-VIH 1 e 2 basal com hemograma, função renal e hepática (no momento da exposição)
- Às 2 semanas após a data da ocorrência da exposição;
- Às 6 semanas após a data da ocorrência da exposição;
- Às 12 semanas após a data da ocorrência da exposição;
- Ao 6º mês após a data da ocorrência da exposição;
- Ao ano da data de ocorrência do acidente, se ocorrer uma seroconversão pelo vírus, e no caso de exposição a fonte co-infectada com o vírus da hepatite C (VHC) e do vírus da imunodeficiência humana (VIH).

• Após a exposição microbiológica e nos casos em que existe a possibilidade do contagiante ter tido algum comportamento de risco ou de suspeita de possível infecção pelo VIH, existência de síndrome viral agudo, pode-se efectuar o teste ao antigénio P24.

O antigénio P24 é uma proteína do vírus da imunodeficiência humana, após a exposição este é o primeiro marcador serológico a ser detectado. Neste período, os outros testes ainda não são positivos. É a chamada fase de "Janela imunológica" e dura em média 3 semanas a 3 meses. A sua presença pode comprovar a infecção pelo VIH, no entanto não é possível excluir a infecção quando o seu resultado é negativo devido à baixa sensibilidade.

**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## **CAPÍTULO V**

### **METODOLOGIA**

## **5.1. METODOLOGIA**

O presente estudo enquadra-se na categoria de investigação Exploratória e Descritiva, uma vez que se pretendeu obter o máximo de informação possível sobre um campo particular de estudo, documentar, descrever a actividade, observar os comportamentos e as condições de trabalho existentes.

Como forma de aprofundar a temática em estudo utilizou-se a conjugação da abordagem quantitativa e qualitativa e esta combinação de métodos ou triangulação de dados permite uma melhor compreensão dos fenómenos. Para Carmo & Ferreira (1998:164) “*A lógica da triangulação é que cada método revela diferentes aspectos da realidade empírica e conseqüentemente devem utilizar-se diferentes métodos de observação da realidade.*” De igual modo Reichardt & Cook (1986) cit. por Carmo & Ferreira (1998:184) referem que existem vantagens em combinar vários métodos “*(...) nomeadamente quando se trata de trabalhos de investigação com propósitos múltiplos, pois o facto de se utilizarem métodos diferentes pode permitir uma melhor compreensão dos fenómenos, (...)*”

Neste capítulo serão descritos os procedimentos metodológicos adoptados de acordo com o tipo de estudo, a escolha dos instrumentos utilizados na recolha e na análise dos dados deste estudo.

Devido ao carácter do estudo optou-se por uma abordagem quantitativa no que se refere à análise e caracterização dos dados referentes ao questionário epidemiológico utilizado no serviço, complementado com a análise documental referente ao processo de vigilância da saúde individual.

A abordagem qualitativa enquadra-se no âmbito das entrevistas realizadas, permitindo desta forma compreender e responder especificamente às questões do estudo, pois pareceu-nos ser o meio mais adequado na análise de um pequeno número de informações pormenorizadas de forma a compreender melhor alguns fenómenos relacionados com as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o fenómeno.

A investigação tem como finalidade conhecer:

*“Número e Tipo de Acidentes de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica Ocorridos no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José no período de 2002 a 2006.”*

*“Impacto dos Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental nas Representações e Comportamentos dos Profissionais de Saúde Relativamente aos Riscos Inerentes a este Tipo de Acidente”*

## **5.2. QUESTÕES E OBJECTIVOS DO ESTUDO**

O presente estudo de investigação surge de uma necessidade individual de dar resposta a algumas questões que emergiram da prática diária. Destacam-se algumas destas questões e que são:

- Será que os profissionais têm a percepção do risco de acidente por exposição microbiológica e das suas repercussões?
- Após o acidente será que estes profissionais reflectiram na possibilidade de ocorrer uma seroconversão e nas suas consequências?
- Que atitudes, medos e angústias ocorrem até o profissional saber os resultados serológicos do contagiante?
- Após o acidente houve mudança nos comportamentos dos profissionais ou têm intenção de mudar face aos factores de risco?

Após a reflexão sobre estes factos colocaram-se as questões de investigação:

*“Qual o Número e Tipo de Acidentes de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica Ocorridos no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José no período de 2002 a 2006.”*

*“Qual o Impacto dos Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental nas Representações e Comportamentos dos Profissionais de Saúde Relativamente aos Riscos Inerentes a este Tipo de Acidente.”*

Ao longo deste estudo será efectuado um caminho com a finalidade de responder a estas questões. Neste contexto a investigação tem como objectivo geral:

Identificar e caracterizar os acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica acidental ocorridos nos profissionais de saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José durante os anos de 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 e conhecer as Representações e os Comportamentos dos profissionais de saúde aquando da ocorrência de uma exposição microbiológica acidental.

E tendo como objectivos específicos:

- Identificar e caracterizar os acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica ocorridos de 2002 a 2006 e conhecer a sua prevalência de acordo com a categoria profissional.
- Identificar as Representações e Comportamentos dos profissionais de saúde aquando da exposição microbiológica acidental.
- Identificar os factores de risco a que os profissionais de saúde estão expostos no local de trabalho.
- Identificar se houve lugar a situações de *stress* após a ocorrência de uma exposição microbiológica acidental nestes profissionais.
- Identificar o suporte social destes profissionais.

### **5.3. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

Os profissionais de saúde encontram-se expostos a vários tipos de riscos no seu ambiente de trabalho, estes riscos podem ser de ordem biológica, física, química mecânica ou psicossocial, destes o de exposição microbiológica é um dos mais evidentes e preocupante.

A exposição a agentes biológicos patogénicos acontece diariamente em ambiente hospitalar acrescenta-se ainda o facto dos profissionais de saúde enfrentarem um grave risco de contraírem infecções transmitidas através do sangue e ou derivados, em particular os vírus da hepatite B (VHB) e hepatite C (VHC) e ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) associados à morbidade e mortalidade, com consequências graves para o próprio, para os colegas e familiares.

Porém existe uma diminuta referência aos factores psicossociais onde se inclui a sobrecarga psicológica pelo contacto diário com o sofrimento dos utentes, com a dor e a morte, o trabalho por turnos, a alteração dos ritmos normais de sono, o ritmo de trabalho, a realização de múltiplas tarefas, por vezes repetitivas, que em determinadas situações conduzem ao tabagismo, ao consumo de álcool e drogas, à depressão, à insónia e ao suicídio.

Segundo o *National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH* (1999) num estudo realizado em 20 trabalhadores da saúde que tinham sofrido uma exposição percutânea ao VIH, refere que o impacto emocional após uma exposição microbiológica acidental poderá ser grave e ter uma duração prolongada, mesmo quando não exista risco de transmissão de uma infecção. No entanto este impacto é maior quando envolve uma exposição ao VIH.

Em Portugal encontram-se poucos estudos nesta área, no entanto o Serviço de Saúde Ocupacional caracteriza e analisa os acidentes de serviço/trabalho no Hospital de São José e dos duzentos e cinquenta acidentes por exposição microbiológica desde 1998 até final de 2002, verificou-se que a picada acidental constituía o maior número com cerca de 70% do total dos acidentes, sendo os enfermeiros o grupo profissional com maior número de notificações.

## **5.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

Para a realização do estudo optou-se por recorrer a um conjunto de métodos de colheita de dados, privilegiando a utilização da entrevista e do uso de um questionário que foi aplicado durante a entrevista, para além do questionário de análise dos acidentes de serviço. Os instrumentos de colheita de dados compreenderam:

-A análise documental em que a colheita de dados efectuou-se através do questionário epidemiológico de caracterização e análise dos acidentes de serviço utilizado no serviço.

-Processo de vigilância de saúde individual.

-Entrevista Semi-directiva no âmbito da qual se aplicou um questionário de caracterização sócio-demográfica, apoio social e actividades de tempos livres bem como dos aspectos relacionados com a percepção sobre os riscos a que se encontram expostos no ambiente hospitalar e respectivas repercussões a nível do suporte social e ainda com o circuito de notificação do acidente de serviço/trabalho no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./ Hospital de S. José. (Anexo III)

-A entrevista tinha por base um guião de entrevista semi-directiva de acordo com os objectivos da investigação. (Anexo IV)

### **5.4.1. Elaboração do Questionário e Guião da Entrevista**

A concepção do questionário utilizado neste estudo privilegiou a elaboração de questões que permitissem a recolha de informação pertinente e consistente possibilitando uma visão global em relação à problemática em estudo.

A estrutura do questionário aplicado no contexto da entrevista, compreendeu três dimensões sendo a primeira a caracterização sócio-demográfica, a segunda o apoio social e as actividades de ocupação dos tempos livres e a terceira abrangeu o conhecimento acerca do circuito de notificação do acidente de serviço/trabalho e a percepção dos riscos a que os profissionais de saúde se encontram expostos em ambiente hospitalar no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José.

O questionário é na sua maior parte constituído por perguntas fechadas ou de resposta múltipla. Na primeira parte incluíram-se itens referentes às características sócio-demográficas dos participantes, tais como a (idade, sexo, nacionalidade, estado civil, filhos, caracterização das condições habitacionais) incluímos também itens de

caracterização da actividade profissional (habilitações literárias, profissão, experiência profissional, antiguidade no hospital, antiguidade no serviço ou unidade, serviço ou unidade onde exerce a sua actividade, número de utentes no serviço ou unidade, horário de trabalho semanal, regime de horário, número de turnos de trabalho nocturno e tipo de vínculo à Instituição).

Pretendeu-se também ir de encontro ao conceito de promoção da saúde tendo-se incluindo questões que permitissem obter informações de ordem psicossocial como a dimensão familiar e apoio social, a participação em actividades de ocupação dos tempos livres e a caracterização dos factores de vulnerabilidade pessoal e doença crónica.

Numa terceira parte deste questionário explorou-se o conhecimento dos profissionais sobre a percepção dos riscos profissionais a que se encontram expostos e sobre o próprio circuito do acidente de serviço/trabalho e qual o seu conhecimento sobre os procedimentos no caso do contagiante ter serologias positivas para a hepatite B, C ou VIH. Incluiu-se um item sobre as necessidades de formação sobre este tema.

No campo das representações sociais, as falas dos profissionais de saúde devem ser consideradas como possíveis construções devido ao próprio contexto da entrevista. Neste sentido foi construído um guião de entrevista semi-directiva constituído por catorze perguntas abertas.

A entrevista semi-directiva foi um dos métodos de colheita de dados escolhido como instrumento uma vez que há uma interacção directa entre entrevistador e entrevistado, levando a “(...) *um ambiente de partilha voluntária de informação e não de aquisição coerciva da mesma*” (Carmo & Ferreira 1998:126), pretende-se assim garantir a fiabilidade do instrumento de forma a que os registos resultantes das entrevistas estejam de acordo e permitam atingir os objectivos do estudo.

Segundo Carmo & Ferreira (1998) devemos ter atenção à sobreposição de canais de comunicação dando importância não só à forma como se colocam as questões em termos verbais como não verbais, pretendeu-se conhecer as experiências dos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental e no contacto com utentes com VIH.

#### **5.4.2. Validação dos Instrumentos de Colheita de Dados**

Para que o instrumento de colheita de dados apresente rigor e carácter científico deve possuir como requisitos essenciais a validade e a fidedignidade de modo a garantir

que os resultados e as conclusões obtidas sejam credíveis. A aplicação de um pré-teste é a forma mais adequada de comprovar a validade e a fidedignidade.

O pré-teste permite avaliar se o instrumento de pesquisa se encontra adequado ao objecto da investigação, se é perceptível para a população a que se destina, se as perguntas são formuladas de forma clara, de forma a se obterem respostas pertinentes. Efectuaram-se duas entrevistas consideradas como pré-teste, não tendo sido por isso incluídas no estudo. Ao ser reformulado o guião da entrevista introduziu-se uma pergunta considerada essencial bem como a reformulação de outras que nos pareceu mais adequado. Este acto permitiu testar a clareza, a pertinência e a adequação das questões, introduzindo as alterações convenientes, por conseguinte permitiu a aquisição de algum treino e competências como entrevistador e na utilização do gravador.

## **5.5. PARTICIPANTES DO ESTUDO**

No presente estudo constituiu-se uma amostra não probabilística utilizando a técnica de amostragem por conveniência. Para Carmo & Ferreira (1998:197) uma amostra não probabilística poderá ser seleccionada tendo “(...) *como base critérios de escolha intencional (...) utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra.*”

Esta amostra foi seleccionada a partir dos profissionais de saúde que sofreram acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica acidental no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José no período desde Janeiro de 2002 até Julho de 2007.

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) que exercem a sua actividade no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de São José e tenham sofrido um acidente de serviço/trabalho com exposição microbiológica acidental do ano de 2002 até Julho do ano de 2007 e cujos acidentes tenham sido notificados no serviço de saúde ocupacional e no serviço de pessoal e recursos humanos deste Hospital. Foi concedida a sua autorização para a inclusão no estudo através de Consentimento Voluntário e Informado. (Anexo II)

A amostra deverá ser representativa do universo que se pretende estudar, atendendo sempre às características principais desta população. Para Streubert & Carpenter (2002) a saturação de dados alcança-se quando há uma repetição da informação e dos dados recolhidos. Apesar de cada um destes participantes possuir a sua individualidade, têm em comum fazerem parte de um grupo que possui e partilha experiências, saberes e competências.

A amostra foi constituída por 20 participantes que se disponibilizaram a participar no estudo após o Consentimento Informado:

-Três entrevistas a Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (2 a técnicos da área da imagiologia e 1 fisioterapeuta).

-Quatro entrevistas a Médicos (1 anestesista, 1 cirurgião plástico, 1 cirurgião maxilo facial e 1 ortopedista).

-Treze entrevistas a Enfermeiros (5 enfermeiros de nível 1, 7 enfermeiros graduados e 1 enfermeiro chefe).

O factor principal a ter em conta não tem a ver com a dimensão mas sim com a qualidade da informação que se pretendia obter com as entrevistas. A selecção dos participantes foi efectuada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) a quem tenha ocorrido um acidente de serviço/trabalho por exposição microbiológica acidental independentemente do resultado das serologias do contagiante, desde o ano de 2002 até Julho de 2007, e que aceitaram participar no estudo, através do consentimento informado.

A colheita de dados no que concerne à análise e caracterização dos acidentes ocorridos entre 2002 e 2006 foi iniciada em Janeiro de 2006, no que se refere às entrevistas realizadas, efectuou-se no período que decorreu entre 18 de Julho e 29 de Outubro de 2007.

## **5.6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para proceder à recolha de dados pediu-se autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E./Hospital de São José e ao Director do Serviço de Saúde Ocupacional onde iria decorrer a investigação, tendo obtido a respectiva autorização a 20 de Março de 2006 pelo Conselho de Administração para dar início à investigação. (Anexo I)

Procedeu-se de imediato à análise dos acidentes de serviço/trabalho que envolveram exposição microbiológica no período entre o ano de 2002 e o final de 2006 complementando-se esta análise pela consulta ao processo de vigilância de saúde individual com o objectivo de iniciar o tratamento estatístico dos dados através do programa informático package estatístico “*Statistica/Program for Social Sciences-SPSS*” para Windows (versão 12).

Em Janeiro de 2006, para um conhecimento pormenorizado da situação de trabalho efectuaram-se 3 entrevistas exploratórias com informadores privilegiados para se explorar o máximo de informações possíveis sobre a problemática em estudo, tendo-se elaborado o esboço do questionário e do guião da entrevista que após algumas sugestões da orientadora se submeteu ao pré-teste.

De 18 e 23 de Abril de 2007 efectuou-se o pré-teste após o qual se reformularam algumas questões e se introduziram outras que surgiram na sequência das respectivas entrevistas, segundo a opinião dos entrevistados a linguagem era clara e perceptível para os entrevistados e ia de encontro aos objectivos traçados.

As entrevistas foram realizadas de 18 de Julho a 29 de Outubro de 2007. Das 20 entrevistas, 14 entrevistas decorreram no serviço de saúde ocupacional tendo uma sala sempre disponível para o efeito, 6 entrevistas foram efectuadas nos serviços onde os profissionais se encontravam a desempenhar a sua actividade por lhes ser mais conveniente e no horário em que manifestaram maior disponibilidade e foram os seguintes: 1 no serviço de anestesia; 1 no serviço de neurocirurgia – unidade de cuidados intensivos; 1 no serviço de cirurgia maxilo facial; 1 no serviço de imunohemoterapia e 2 no serviço de ortopedia. Para a sua realização foi disponibilizada uma sala reservada, em data, hora e local por eles escolhida e de acordo com as suas disponibilidades.

As entrevistas foram previamente programadas pessoalmente pela investigadora com os profissionais aproveitando nessa altura para explicar o objectivo da entrevista e

do estudo. No dia agendado contactaram-se telefonicamente para confirmar a sua participação. Todos os profissionais contactados manifestaram a sua inteira disponibilidade bem como sugeriram o nome de outros colegas que também estariam disponíveis e gostariam de participar.

As entrevistas foram todas integralmente gravadas magneticamente e posteriormente transcreveram-se na íntegra em suporte de papel. A sua realização permitiu ao investigador explorar, recolher informação adicional sobre o estado emocional do entrevistado, sobre o ambiente em que a exposição decorreu e ao mesmo tempo conhecer as representações destes profissionais quanto ao risco efectivo de contrair uma doença infecto contagiosa e como lidaram com o *stress* nesse momento.

Nem sempre foi possível cumprir o horário previsto por parte dos participantes por terem surgido circunstâncias imprevisíveis ao nível dos serviços relacionadas essencialmente com o número reduzido de profissionais, houve sempre uma disponibilidade total por parte da investigadora para a sua realização noutra hora o que aconteceu em duas situações.

Previamente ao início da entrevista explicitaram-se os objectivos da investigação transmitindo-se a informação adequada ao consentimento informado, de seguida aplicou-se o questionário e por último iniciou-se a entrevista de acordo com o guião elaborado. Efectivamente nem sempre foi possível restringir as questões exclusivamente ao pré-elaborado guião, houve uma grande necessidade de se expressarem sentimentos e emoções, tendo sido um espaço de reflexão sobre o tema.

A entrevista constituiu assim um momento privilegiado de partilha de conhecimento, saberes e sentimentos impraticáveis no quotidiano dos profissionais de saúde sempre pressionados pela urgência do tempo.

Finalizadas as 20 entrevistas procedeu-se à análise dos dados respeitantes ao questionário e à entrevista. Os dados resultantes do questionário foram analisados no programa informático package estatístico “*Statistica/Program for Social Sciences-SPSS*” para Windows (versão 12), com o objectivo de obter uma análise estatística das variáveis utilizadas e realizar os testes adequados às questões de investigação.

O tratamento das entrevistas foi efectuado através da análise de conteúdo, Bardin (1977:42) designa a análise de conteúdo como “*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção*

(*variáveis inferidas*) destas mensagens.” Os dados resultantes foram submetidos às fases de pré-análise, exploração do material, inferência, interpretação e tratamento dos resultados.

Bardin (1977) cit. por Carmo & Ferreira (1998:251) refere que a “(...) *análise de conteúdo não deve ser utilizada apenas para se proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens, pois a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), com a ajuda de indicadores (quantitativos ou não).*”

Após a transcrição das entrevistas foram efectuadas algumas leituras superficiais ou como Bardin (1977) as designa de “leituras flutuantes” com o objectivo de tomar contacto com o texto e colher as primeiras impressões. Constituiu-se o corpus da análise desprezando do texto aquilo que se considerou não significativo. A partir deste momento e de acordo com a regra da exaustividade citada por Bardin (1977) ficou assim definido o campo do corpus passando-se a ter em conta todos os elementos.

Posteriormente e para se proceder à análise optou-se por um procedimento exploratório ou seja o quadro de análise não se encontrava previamente definido, e iniciou-se o processo de codificação que segundo Bardin (1977:103) equivale a “(...) *uma transformação - efectuada segundo regras precisas- dos dados brutos do texto, (...) permite atingir uma representação do conteúdo, (...)*” podendo os dados serem transformados em unidades permitindo o surgimento das características predominantes do conteúdo.

De acordo com estas características e com os objectivos da análise foram escolhidas as unidades de registo, Bardin (1977:104) define estas unidades como unidades de significação “(...) *a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.*”

Através da análise e partindo das unidades de registo elaborou-se a categorização, partindo de um grupo de unidades que apresentavam um conjunto de elementos semelhantes. A categorização foi feita tendo atenção aos objectivos que se pretendiam atingir, às questões formuladas e ao enquadramento teórico existente. De acordo com Bardin (1977:118) este processo “(...) *impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outro.*”

Após a categorização e uma vez que surgiram unidades de registo que por terem um significado muito importante para o estudo houve necessidade de se proceder à sub-categorização destas.

As limitações ao estudo prenderam-se essencialmente com o tempo e a pouca experiência da investigadora, uma vez que a temática em estudo abrange uma vasta área do conhecimento.

## **5.7. VALIDADE**

Num processo de investigação procura-se garantir a validade do estudo. Neste estudo procurou-se adoptar critérios que garantissem o rigor da investigação para Carmo & Ferreira (1998:259) a validade refere-se “(...) *àquilo que o investigador pretendia medir. (...) é necessário que todas as etapas que integram o processo de análise sejam correctamente executadas.*”

## **5.8. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL ONDE DECORREU A INVESTIGAÇÃO**

### **5.8.1. O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José**

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./“Hospital de São José” remonta a um passado histórico com cerca de quinhentos anos, constituindo um marco na história da medicina em Portugal. O espírito destas Instituições com forte componente religiosa era o da caridade.

Em 1492 durante o reinado de D. João II foi mandado construir um grande hospital, na horta do Convento de São Domingos, tendo sido inaugurado em 1502, no Reinado de D. Manuel, este hospital teve o nome de “Hospital Real de Todos os Santos”, em latim “*Omnium Sanctorum*”. O seu estilo arquitectónico inspirava-se nos modelos italianos cuja forma era a de uma cruz, representando na altura um dos melhores hospitais do mundo onde os doentes eram separados em função do sexo e da doença.

O “Hospital Real de Todos os Santos” foi um marco importante na assistência sanitária da cidade de Lisboa durante cerca de três séculos, no entanto após o terramoto de 1755 e na sequência de um incêndio que o devastou quase por completo foi considerado irrecuperável, estando as suas ruínas sepultadas entre o Rossio e a Praça da Figueira.

Os doentes foram transferidos para o antigo Colégio de Santo Antão-o-Novo passando a chamar-se “Hospital Real de São José”. Em 1913 o Hospital Real de São José passou a denominar-se de “Hospitais Civis de Lisboa” integrando o antigo convento de Santo António dos Capuchos. Deste grupo faziam parte o Hospital de São José, o Hospital de Santa Marta, o Hospital do Rego (Curry Cabral), o Hospital dos Capuchos, o Hospital do Desterro, o Hospital de Arroios e o Hospital de D. Estefânia. Todos estes hospitais, dispersos pela cidade de Lisboa, com uma gestão conjunta, foram durante muitos anos uma referência na prestação de cuidados de saúde. Para além do referido era no Hospital de São José que estava sediada a administração e os serviços comuns.

No século XX o Hospital de São José era classificado de “Policlínico Geral”, dispondo de uma grande variedade de especialidades médicas, foi o Banco de Urgência que marcou profundamente a história deste hospital e a dos Hospitais Civis de Lisboa.

Em 1988 deu-se o desmembramento do grupo, passando cada hospital a ser gerido por um Conselho de Administração, existindo no entanto um órgão coordenador.

O Hospital de São José funciona como Hospital há duzentos anos. Ao longo dos anos o edifício tem sofrido adaptações e alterações de forma a acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico. É um Hospital geral, central, localizado no centro da cidade de Lisboa, que desempenha um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde na grande Lisboa e região sul do país, estando particularmente vocacionado para a assistência traumatológica e de emergência.

Dadas as novas políticas de reorganização dos cuidados de saúde e com o objectivo de proceder novamente à junção dos vários hospitais anteriormente denominados de “Hospitais Civis de Lisboa”, a 30 de Janeiro de 2004 foi criado pela Portaria n.º 115-A/2004 o Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) e que integrava o Hospital de São José, o Hospital de Santo António dos Capuchos e o Hospital do Desterro.

Posteriormente em 28 de Fevereiro de 2007 foi publicado o Decreto-Lei n.º 50-A/2007, tendo sido criado o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. por fusão do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) com o Hospital de D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta, E.P.E., cujo objectivo será a reorganização dos vários serviços e hospitais para em 2010 dar lugar a um novo Hospital.

A lotação em número de camas do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., é de 454 camas no Hospital de S. José em 2006, a taxa de ocupação é de cerca de 75% igualmente em 2006.

Quanto aos recursos humanos e no que diz respeito ao Hospital de S. José o número de profissionais é de 2587 sendo 1755 do sexo feminino e 832 do sexo masculino divididos pelas várias categorias profissionais que aí desenvolvem a sua actividade.

**CAPÍTULO VI**  
**RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO**

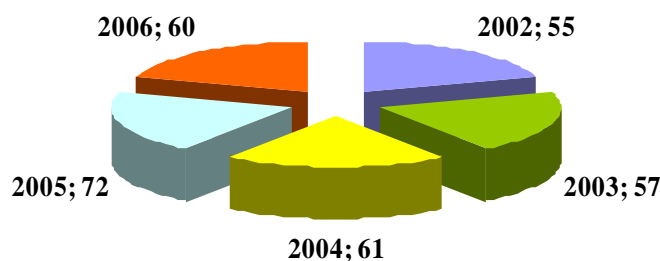
## **6.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ACIDENTES DE SERVIÇO/TRABALHO POR EXPOSIÇÃO MICROBIOLÓGICA OCORRIDOS ENTRE 2002 E 2006**

Os dados que a seguir se apresentam têm por base a análise documental e o questionário epidemiológico utilizado no serviço de saúde ocupacional. Streubert & Carpenter (2002:185) “(...) à medida que (...) começam a escrever os resultados do estudo, devem recordar que, se usaram métodos rigorosos para colher e analisar dados, o produto é uma visão da verdade.”

### **6.1.1. Número de acidentes serviço/trabalho por exposição microbiológica ocorridos nos anos de 2002 a 2006**

O Gráfico 1 representa o número de acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica ocorridos e notificados no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José no período compreendido entre 2002 e 2006.

Verifica-se que dos 305 acidentes notificados, 55 ocorreram em 2002, 57 em 2003, 61 em 2004, 72 em 2005 e 60 acidentes em 2006. De 2002 a 2005 aumentou a sua notificação, constatando-se uma ligeira diminuição em 2006 no número de acidentes notificados.



**Gráfico 1 – Acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica acidental ocorridos entre 2002 e 2006**

### **6.1.2. Sexo**

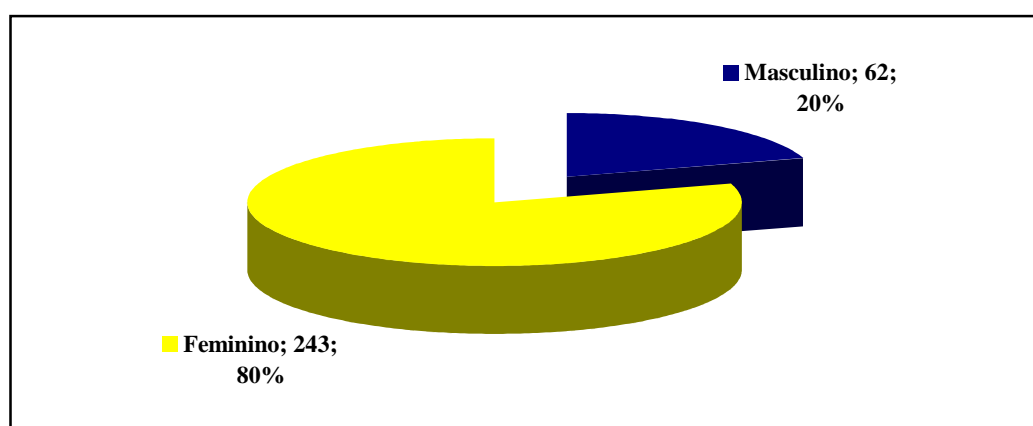
No que se refere ao número de acidentes por exposição microbiológica notificados por sexo, observa-se que os acidentes são maioritariamente notificados pelo sexo feminino conforme a Tabela 1, tendo sido notificados 42 acidentes no ano de 2002,

50 acidentes em 2003, 51 acidentes em 2004, 53 acidentes em 2005 e 47 em 2006 o que perfaz um total de 243 acidentes.

**Tabela 1– Número de acidentes notificados por sexo e no período decorrente entre 2002 e 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
<b>Masculino</b>	13	7	10	19	13	<b>62</b>
<b>Feminino</b>	42	50	51	53	47	<b>243</b>

Da análise efectuada o sexo feminino apresenta um número mais elevado de acidentes, representando 80%, enquanto que o sexo masculino representa 20% do total de acidentes.



**Gráfico 2– Profissionais acidentados por sexo (N=305)**

### **6.1.3. Turno em que Ocorreu o Acidente**

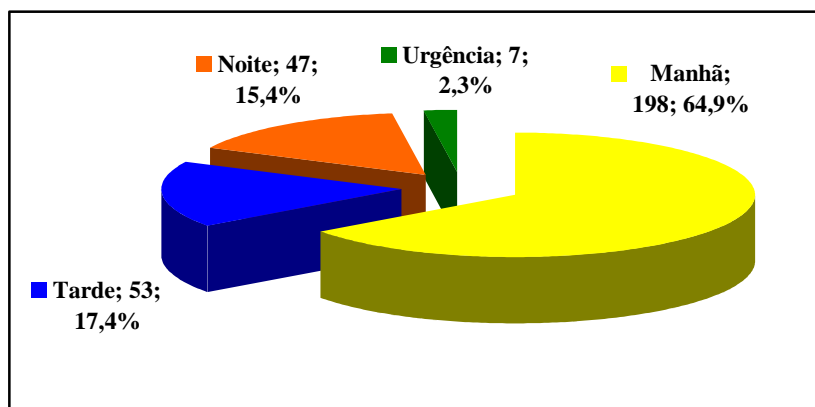
A Tabela 2 representa o número de acidentes por exposição microbiológica notificados por turno, considerando-se o turno da manhã, o horário das 8h às 16:30h, o turno da tarde das 16h às 23h, o turno da noite das 23h às 8h, o turno denominado de urgência é considerado como o turno de 24 horas, efectuado apenas pela classe médica. Salienta-se o facto da referida nomenclatura ter início em 2006.

Da sua análise, verifica-se que ao longo dos cinco anos em estudo é no turno da manhã que são notificados maior número de acidentes, num total de 198 acidentes no turno da manhã, 53 no turno da tarde, 47 no turno da noite e 7 no turno de urgência.

**Tabela 2– Número de acidentes notificados por turno de trabalho nos anos de 2002 a 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
<b>Manhã</b>	33	37	42	52	34	<b>198</b>
<b>Tarde</b>	12	10	13	8	10	<b>53</b>
<b>Noite</b>	10	10	6	12	9	<b>47</b>
<b>Urgência</b>	0	0	0	0	7	<b>7</b>

O Gráfico 3 mostra a percentagem de todos os acidentes notificados no período compreendido entre 2002 e 2006 (n=305) por turno de trabalho. Pode-se observar assim que é no turno da manhã que existe uma maior ocorrência de acidentes por exposição microbiológica com 64,9%, seguido do turno da tarde com 17,4%, do turno da noite com 15,4% dos acidentes e no turno de urgência 2,3%.



**Gráfico 3- Turno de trabalho dos profissionais acidentados**

#### **6.1.4. Categoria Profissional**

A Tabela 3 apresenta as categorias profissionais que mais notificaram os acidentes por exposição microbiológica no período entre 2002 até 2006.

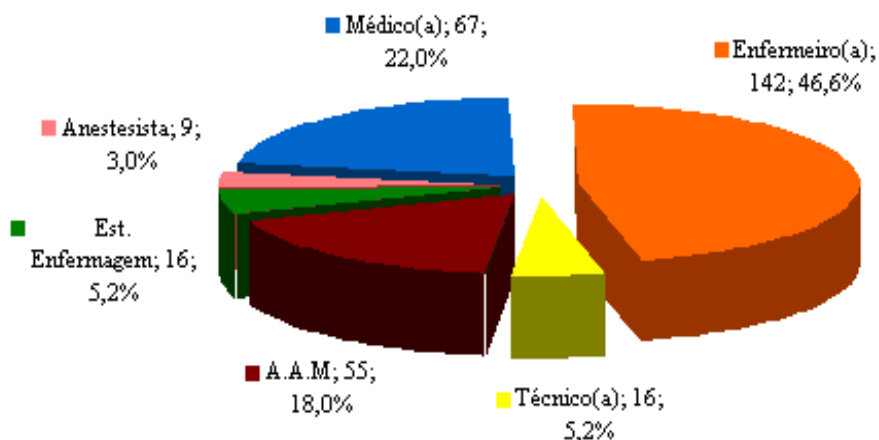
Da sua análise, verifica-se que são os enfermeiros que têm o maior número de acidentes notificados por ano, seguidos dos médicos e dos auxiliares de acção médica.

**Tabela 3- Categoria profissional dos profissionais acidentados nos anos de 2002 a 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Médico(a)	18	8	10	15	16	<b>67</b>
Enfermeiro(a)	28	27	23	38	26	<b>142</b>
Técnico(a)	1	3	6	2	4	<b>16</b>
A. Acção Médica	6	15	13	9	12	<b>55</b>
Est. Enfermagem	0	0	7	7	2	<b>16</b>
Médico-Anestesia	2	4	2	1	0	<b>9</b>

O Gráfico 4 consolida a informação referida anteriormente e mostra-nos a percentagem por categoria profissional de todos os acidentes notificados nos 5 anos (n=305). São os enfermeiros que têm o maior número de notificações de acidentes, 142 no total dos anos representando 46,6%, seguidos pelos médicos com 67 acidentes representando 22%, os auxiliares de acção médica com 55 acidentes representando 18%, os técnicos de diagnóstico e terapêutica com 16 representando 5,2% e os médicos

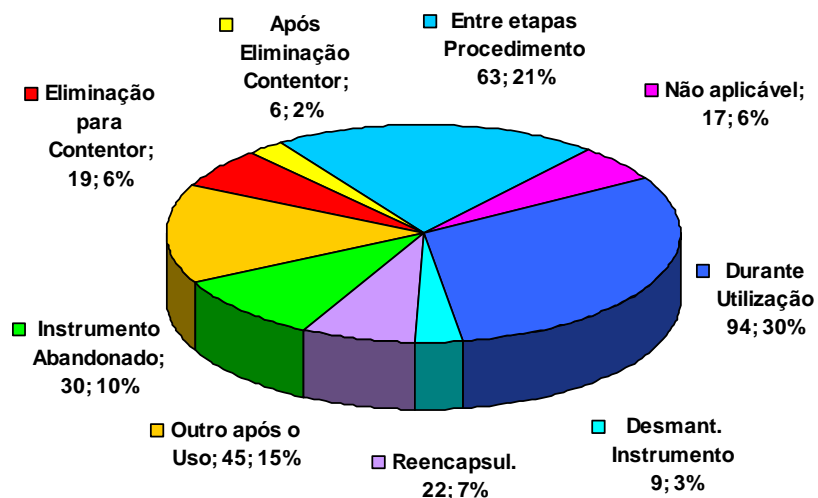
de anestesia com 9 acidentes representando 3%. A partir do ano de 2004 assistimos à notificação de 16 acidentes em estudantes de enfermagem no total representando 5,2%.



**Gráfico 4 – Número de profissionais acidentados por categoria profissional durante os anos de 2002 a 2006**

#### 6.1.5. Mecanismo do Acidente por Exposição Microbiológica

Por mecanismo do acidente entende-se toda a situação que implicou o manuseamento do instrumento e que conduziu ao acidente. A gênese dos acidentes durante os anos em estudo que apresenta maior representação corresponde aos acidentes que ocorreram durante a utilização do instrumento (30%) e entre etapas de procedimentos (21%). No entanto é de salientar outras causas, nomeadamente, outro após o uso (15%), eliminação para o contentor (6%), após a eliminação no contentor (2%), instrumentos abandonados (10%), desmantelamento do instrumento (3%) e reencapsulamento de agulhas (7%), como se observa no gráfico seguinte.



**Gráfico 5- Mecanismo do acidente nos anos de 2002 a 2006**

### 6.1.6. Tipo de Acidente por Exposição Microbiológica

Pela observação da Tabela 4 é possível conhecer o tipo de acidente por exposição microbiológica notificado pelos profissionais de saúde da Instituição nos últimos 5 anos. Do total de acidentes notificados (n=305), verifica-se que a picada acidental é o tipo de acidente com maior expressão ao longo dos anos em estudo. Se a este tipo de acidente se associar o acidente por corte, constata-se que ocorreram 259 acidentes por exposição percutânea, prevalecendo esta em relação à exposição mucocutânea com 38 acidentes.

Tabela 4- Tipo de acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
<b>Picada</b>	40	33	39	51	42	<b>205</b>
<b>Corte</b>	13	17	10	9	5	<b>54</b>
<b>Projecção fluidos</b>	1	6	9	11	11	<b>38</b>
<b>Mordedura</b>	1	1	2	1	1	<b>6</b>
<b>Arranhão</b>	0	0	1	0	1	<b>2</b>

Da análise do Gráfico 6 observa-se que a picada acidental é o tipo de acidente mais frequente com 205 acidentes o que representa 67%, 54 devido a corte com material perfuro cortante representando 18%, 38 por projecção de fluidos representando 12%, 6 por mordedura com 2% e 2 por arranhão com 1%.

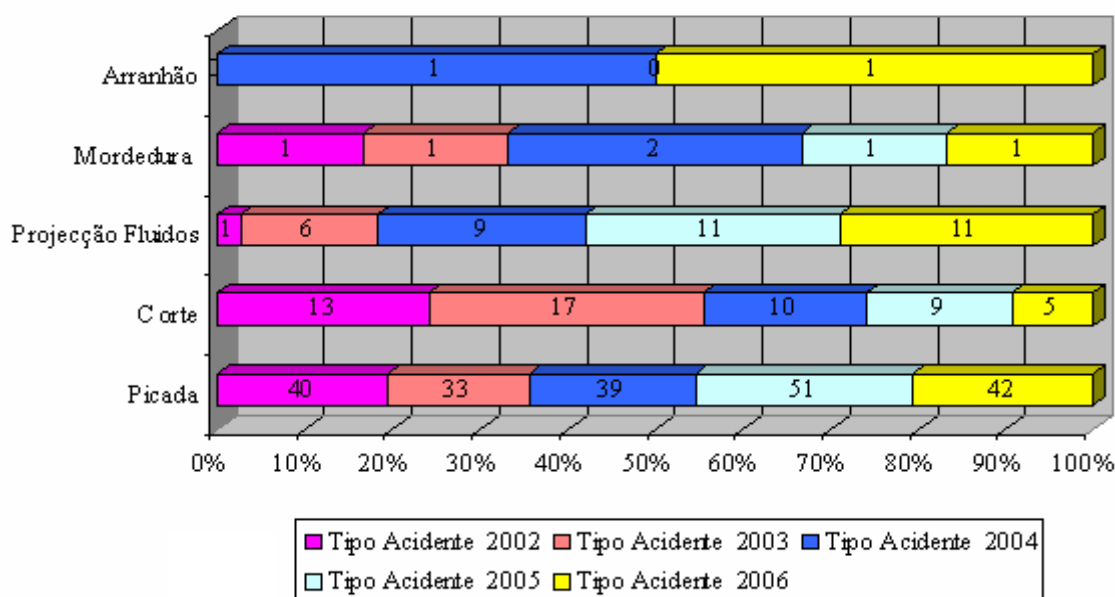


Gráfico 6- Tipo de acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006

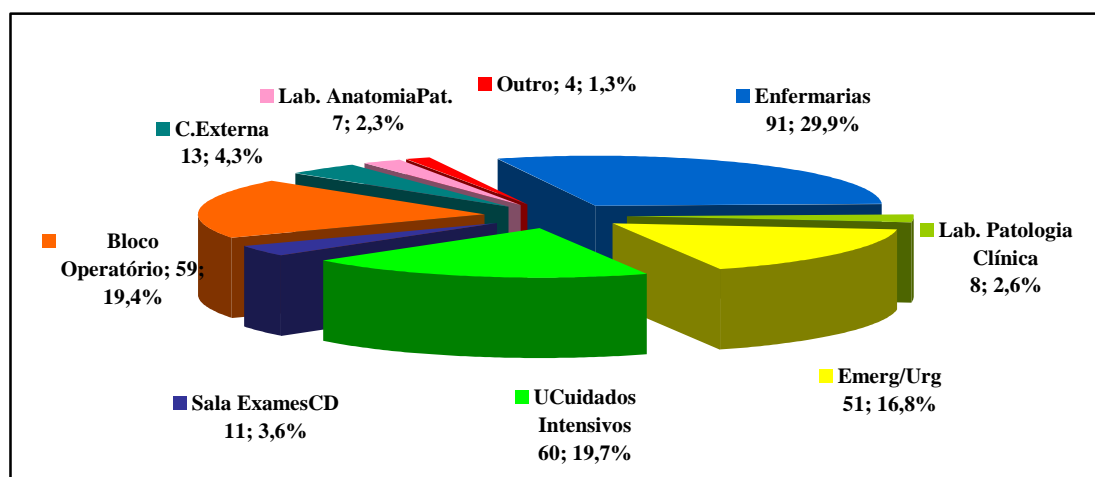
### 6.1.7. Local de Ocorrência do Acidente

A Tabela 5 refere-se à distribuição dos acidentes por exposição microbiológica por local de ocorrência nos anos de 2002 a 2006. É nas enfermarias, nas unidades de cuidados intensivos e no bloco operatório que se verifica o maior número de acidentes.

**Tabela 5– Distribuição dos acidentes por exposição microbiológica segundo o local de ocorrência nos anos de 2002 a 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Enfermarias	14	20	16	21	20	91
Lab. P. Clínica	1	1	2	3	1	8
Emergência/Urgência	10	5	13	13	10	51
U. C. Intensivos	9	13	12	16	10	60
S.ExamesC.Diagnóstico	2	3	3	2	1	11
Bloco Operatório	15	10	8	13	13	59
Consulta Externa	3	1	4	2	3	13
Lab. A. Patológica	1	3	1	0	2	7
Outro	0	1	2	1	0	4

De acordo com os dados recolhidos, podemos constatar que a notificação dos acidentes por exposição microbiológica é efectuada maioritariamente pelos profissionais das enfermarias (29,9%), unidades de cuidados intensivos (19,7%) e nos blocos operatórios (19,4%).



**Gráfico 7- Local de ocorrência do acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006**

### 6.1.8. Tarefa que Conduziu ao Acidente

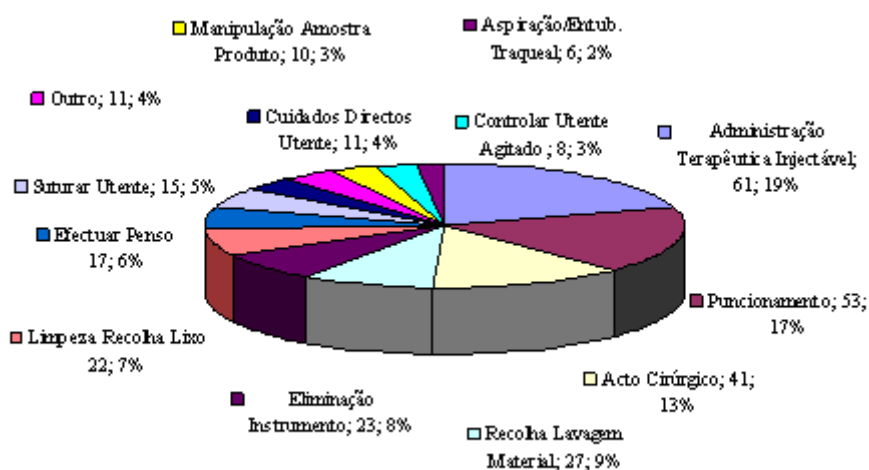
A caracterização dos acidentes por exposição microbiológica através de um questionário permite a especificação das tarefas que estão na origem deste tipo de acidentes. A Tabela 6 apresenta a tarefa que conduziu ao acidente nos anos de 2002 a

2006. Da sua análise, verifica-se que a administração de terapêutica injectável, o puncionamento e o acto cirúrgico são as tarefas com maior expressão nos acidentes notificados nos anos de 2002 a 2006.

**Tabela 6 – Tarefa que conduziu ao acidente nos anos de 2002 a 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
<b>Acto Cirúrgico</b>	16	7	2	10	6	<b>41</b>
<b>Puncionamento</b>	11	4	10	13	15	<b>53</b>
<b>Adm. Terapêutica Injectável</b>	11	14	8	17	11	<b>61</b>
<b>Limpeza Recolha de Lixo</b>	3	9	3	2	5	<b>22</b>
<b>Efectuar Penso</b>	2	7	2	6	0	<b>17</b>
<b>Recolha/Lavagem de Material</b>	3	6	7	7	4	<b>27</b>
<b>Eliminação Instrumento</b>	2	4	10	2	5	<b>23</b>
<b>Manipulação Amostra Produto</b>	2	3	1	2	2	<b>10</b>
<b>Suturar Utente</b>	2	0	5	5	3	<b>15</b>
<b>Outro</b>	2	0	3	3	3	<b>11</b>
<b>Cuidados Directos Utente</b>	0	3	4	3	1	<b>11</b>
<b>Controlar Utente Agitado</b>	0	0	4	1	3	<b>8</b>
<b>Aspiração/Entubação Traqueal</b>	1	0	2	1	2	<b>6</b>

O Gráfico 8 mostra que é durante a administração de terapêutica injectável que se verifica o maior número de acidentes com 19%, seguido do puncionamento com 17% e o acto cirúrgico com 13%



**Gráfico 8- Tarefa que conduziu ao acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006**

### 6.1.9. Tipo de Instrumento Associado ao Acidente

A Tabela 7 ilustra o tipo de instrumento relacionado directamente com a ocorrência do acidente nos anos de 2002 a 2006. Verifica-se que são as agulhas subcutâneas e as lâminas de bisturi os dispositivos mais referenciados pelos profissionais de saúde.

Tabela 7– Tipo de instrumento associado ao acidente nos anos de 2002 a 2006

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Desconhecido	0	1	2	0	2	5
Lâmina de bisturi	11	12	6	8	2	39
Material cirúrgico	6	7	4	8	9	34
Seringa heparina	3	5	3	5	1	17
Cateter periférico	3	3	4	6	8	24
Outro	4	5	5	3	2	19
Não aplicável	2	1	3	4	8	18
Projectão fluidos	0	2	6	8	2	18
Agulha subcutânea	7	9	8	19	13	56
Agulha intramuscular	6	3	3	1	2	15
Agulha intravenosa	6	1	11	8	2	28
Outra agulha	7	4	6	4	4	25

O Gráfico 9 consolida a informação referida anteriormente, especificando o tipo de que esteve associado directamente com a ocorrência dos acidentes por exposição microbiológica, evidenciando as agulhas (41,6%), nomeadamente as agulhas subcutâneas (18,8%), as agulhas intravenosas (9,4%), as agulhas intramusculares (5%), outras agulhas (8,4%). As lâminas de bisturi representam 13,1% dos acidentes ocorridos nos anos de 2002 a 2006.

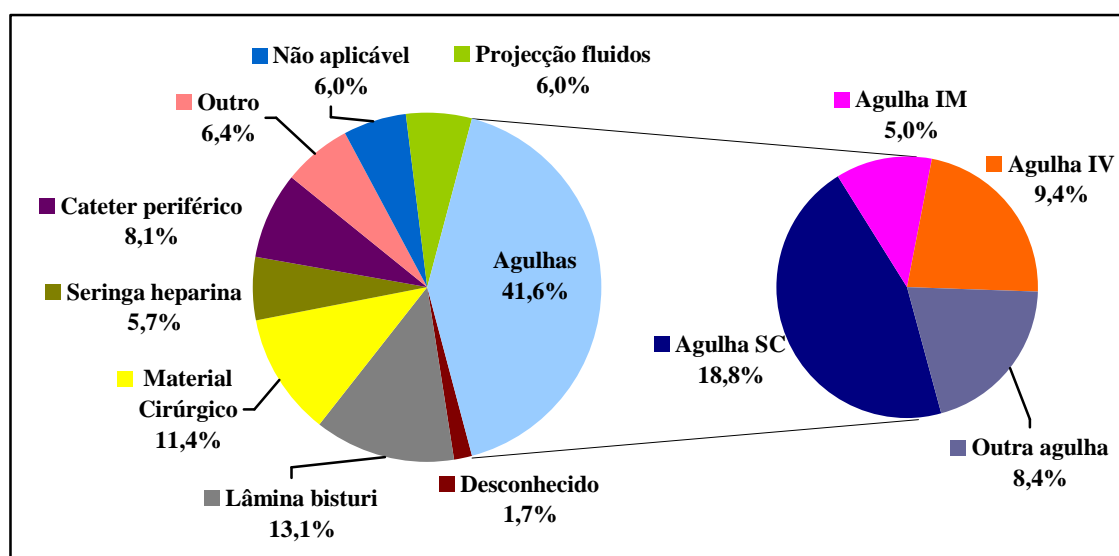


Gráfico 9- Tipo de instrumento associado ao acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006

### 6.1.10. Equipamento de Protecção Individual Utilizado

Da análise da Tabela 8 verifica-se que em 98 acidentes notificados nos anos de 2002 a 2006 não eram utilizados equipamentos de protecção individual (EPI) pelos profissionais de saúde aquando da exposição microbiológica acidental.

Tabela 8– Equipamento de protecção individual utilizado

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Sem Equipamento Protecção Ind.	21	20	19	20	18	98
Um par luvas	7	16	17	27	22	89
Dois pares luvas	1	6	5	7	1	20
Vestuário Bloco Operatório	23	8	6	12	10	59
Luvas, avental e mascara	1	5	2	2	3	13
Luvas e avental	1	1	2	1	2	7
Luvas e protecção respiratória	1	1	5	3	3	13

No entanto, é de salientar o facto de 67,2% dos participantes do estudo utilizarem EPI. Destes e de forma mais representativa 29,8% usavam um par de luvas e 19,7% usava o vestuário de bloco operatório.

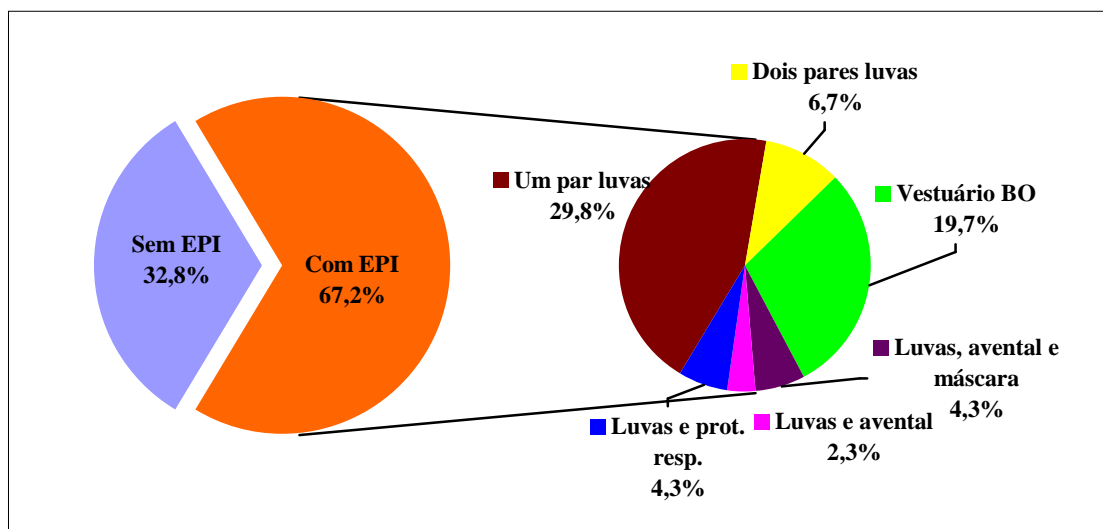


Gráfico 10- Equipamento de protecção individual utilizado aquando do acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006

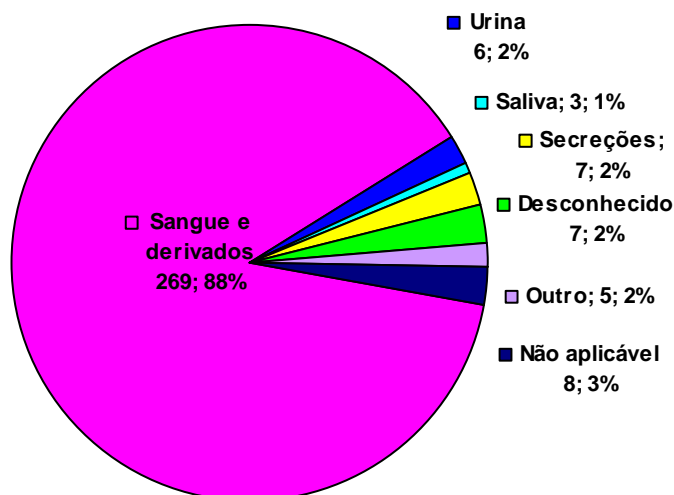
### 6.1.11. Fluidos Corporais Envolvidos no Acidente por Exposição Microbiológica

No respeitante aos fluidos envolvidos no acidente por exposição microbiológica acidental verifica-se na Tabela 9 que o fluido envolvido com maior representatividade é o sangue e os derivados, em 269 acidentes nos anos de 2002 a 2006.

**Tabela 9- Fluidos envolvidos no acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
<b>Sangue e derivados</b>	49	45	52	64	59	<b>269</b>
<b>Urina</b>	1	1	0	3	1	<b>6</b>
<b>Outro</b>	1	3	1	0	0	<b>5</b>
<b>Desconhecido</b>	2	3	1	1	0	<b>7</b>
<b>Não aplicável</b>	2	1	1	4	0	<b>8</b>
<b>Saliva</b>	0	1	2	0	0	<b>3</b>
<b>Secreções</b>	0	3	4	0	0	<b>7</b>

Da análise do Gráfico 11 verifica-se que a exposição a sangue e derivados representa 88% das exposições microbiológicas acidentais. Para além do referido, as secreções (7%), urina (2%) e a saliva (1%) constituem outros fluidos envolvidos nos acidentes.



**Gráfico 11- Fluidos corporais envolvidos no acidente por exposição microbiológica nos anos de 2002 a 2006**

### 6.1.12. Estado Serológico do Utente Fonte

A Tabela 10 indica o estado serológico do utente fonte em relação aos vírus da hepatite B, C e VIH. Da sua análise verifica-se que o vírus da hepatite C (VHC) tem vindo a ter maior representatividade ao longo dos anos, num total de 23 casos positivos, ao contrário do vírus da hepatite B (VHB), num total de 4 casos positivos.

Tabela 10- Estado serológico do utente fonte

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
VHB	0	0	0	4	0	4
VHC	6	1	1	6	9	23
VIH	1	3	5	1	3	13
VHC+VIH	2	0	1	0	4	7
VHB+VHC	0	1	0	2	0	3
VHB+VHC+VIH	0	1	0	0	0	1
Recusa serologias	0	0	0	1	0	1
Desconhecido	4	8	7	7	2	28
Não aplicável	2	4	1	2	0	9

De acordo com o Gráfico 12 o utente fonte encontrava-se infectado para o vírus da hepatite C (VHC) em 29% dos acidentes, para o vírus da imunodeficiência humana (VIH) em 16% e para o vírus da hepatite B (VHB) em 5% dos acidentes.

É de evidenciar a existência de co-infecção para o VHB e VHC em 4% dos utentes fonte, com VHC e VIH em 9% e com o VHB, VHC e VIH em 1% dos mesmos. Em 35% dos casos as serologias do utente fonte eram desconhecidas.

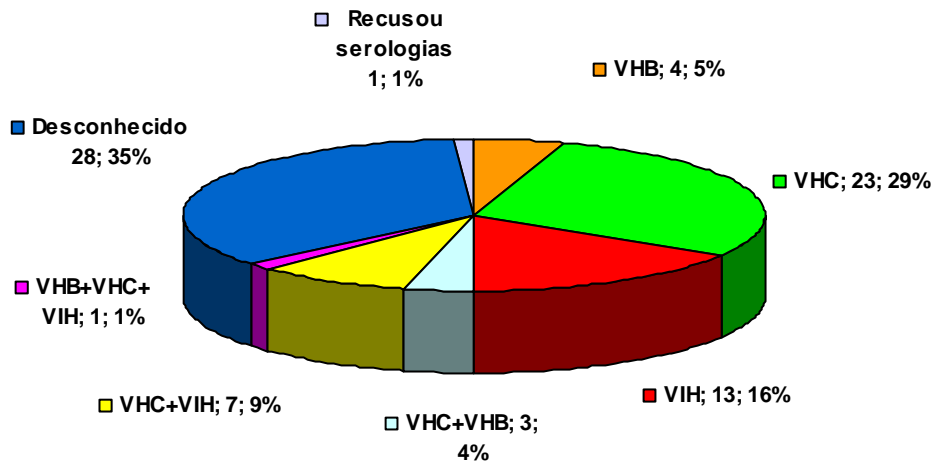


Gráfico 12- Estado serológico do utente fonte

### 6.1.13. Profilaxia Pós-Exposição Microbiológica

A Tabela 11 apresenta a profilaxia pós exposição microbiológica acidental (PPE) recomendada durante os anos de 2002 a 2006. Salienta-se que em 239 acidentes

por exposição microbiológica não houve indicação para ser efectuada a profilaxia pós-exposição.

Tabela 11– Profilaxia pós-exposição microbiológica acidental

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Sem indicação	44	40	41	65	49	239
Terapêutica Tripla	3	5	7	1	3	19
Imunoglobulina+ Terapêutica tripla	1	4	3	2	1	11
Imunoglobulina	3	6	8	3	4	24
Imunoglobulina+ Terapêutica dupla	1	0	1	0	0	2
Terapêutica Dupla	0	0	0	1	3	4
Início vacina	0	1	0	0	0	1
Imunoglobulina+vacina	0	0	1	0	0	1
Recusa PPE	0	1	0	0	0	1

#### 6.1.14. Efeitos Secundários da Profilaxia Pós-Exposição

O Gráfico 13 apresenta os efeitos secundários da profilaxia pós-exposição. Maioritariamente os profissionais de saúde que efectuaram a profilaxia com terapêutica antiretroviral apresentaram como efeitos secundários, náuseas, vômitos, diarreia, fadiga geral em 65% dos casos.

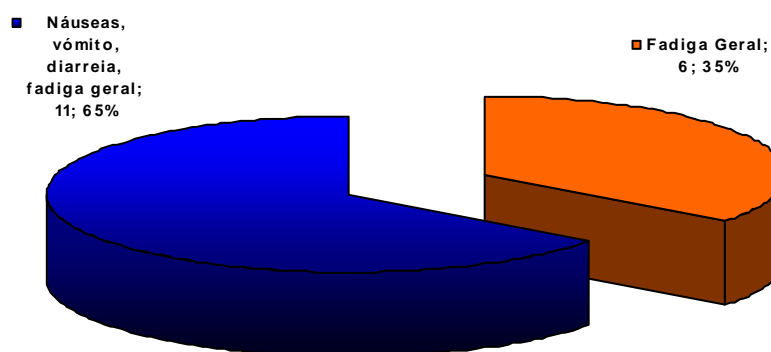
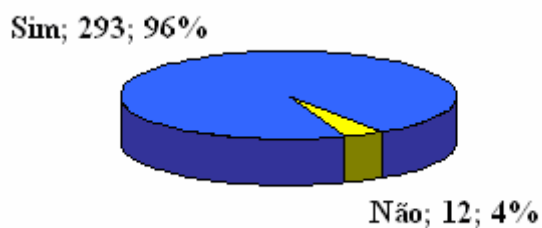


Gráfico 13- Efeitos secundários da profilaxia pós-exposição

#### 6.1.15. Vacinação para a Hepatite B

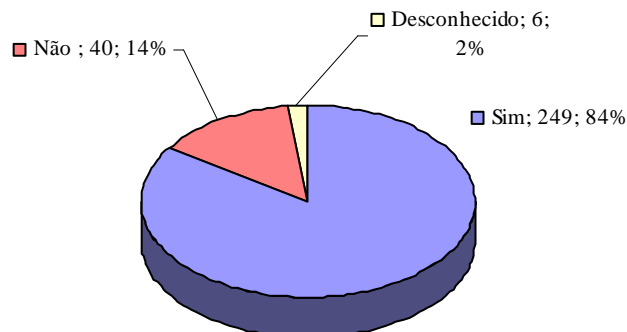
Em relação à vacina para a hepatite B verifica-se que na sua maioria (293) os profissionais de saúde tinham completado o esquema de vacinação para a hepatite B aquando da ocorrência da exposição microbiológica e apenas 12 não tinham efectuado nenhum esquema de vacinação.



**Gráfico 14- Vacinação para a hepatite B nos profissionais acidentados nos anos de 2002 a 2006**

### **6.1.16. Imunidade para a Hepatite B**

Relativamente à imunidade adquirida para a hepatite B, o Gráfico 15 mostra-nos que dos 305 profissionais, 249 (84%) apresentavam imunidade, ou seja, o nível de anticorpos Ac. Anti-HBs contra a hepatite B  $\geq 10$  UI/ml, 40 (14%) não apresentavam anticorpos e em 6 (2%) era desconhecida a sua titulação.



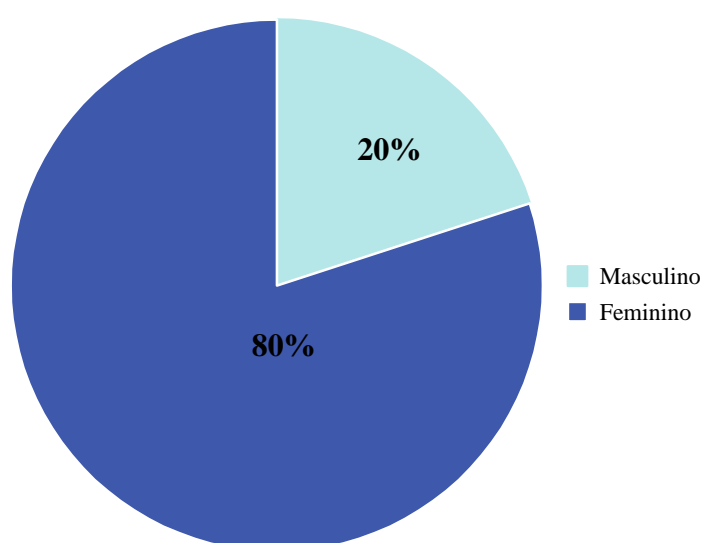
**Gráfico 15- Imunidade para a hepatite B nos profissionais acidentados nos anos de 2002 a 2006**

## **6.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO**

### **6.2.1 Caracterização Sócio-Demográfica**

#### **6.2.1.1. Caracterização em relação ao sexo**

Conforme se pode inferir da análise do Gráfico 16 maioritariamente existe um predomínio do sexo feminino, num total de 16 dos participantes (80%).



**Gráfico 16- Caracterização dos participantes em relação ao sexo**

#### **6.2.1.2. Caracterização em relação às habilitações literárias**

No que concerne às habilitações literárias, 2 participantes (10%), apresentam o bacharelato, 7 a licenciatura (35%), 1 a especialidade (5%), 8 a pós-graduação (40%) e 2 têm o mestrado (10%).

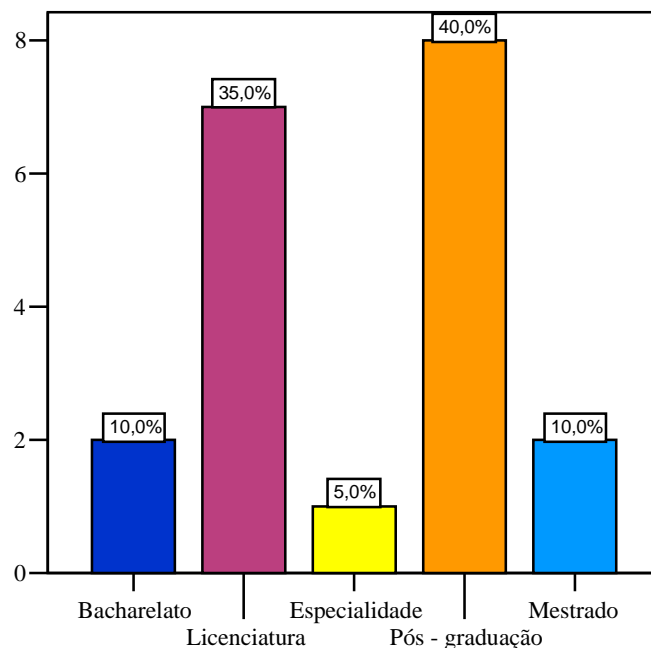


Gráfico 17- Caracterização dos participantes em relação às habilitações literárias

### 6.2.1.3. Nacionalidade

A totalidade dos participantes têm nacionalidade Portuguesa.

### 6.2.1.4. Estado Civil

Relativamente ao estado civil, 10 participantes (50%) são casados ou em união de facto, 9 são solteiros (45%) e 1 é separado/divorciado (5%), como se pode observar no Gráfico 18.

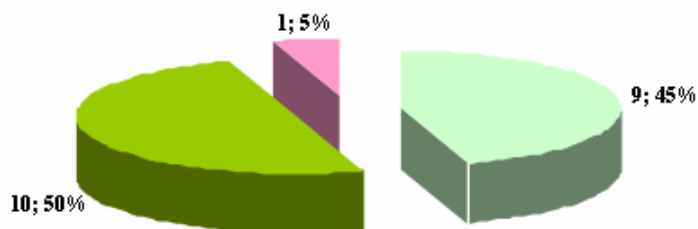


Gráfico 18- Distribuição dos participantes segundo o estado civil

### 6.2.1.5. Idade

De acordo com o Gráfico 19, a idade dos participantes varia entre os 24 anos e os 62 anos, com predomínio das faixas etárias dos 25, 34 e 44 anos respectivamente.

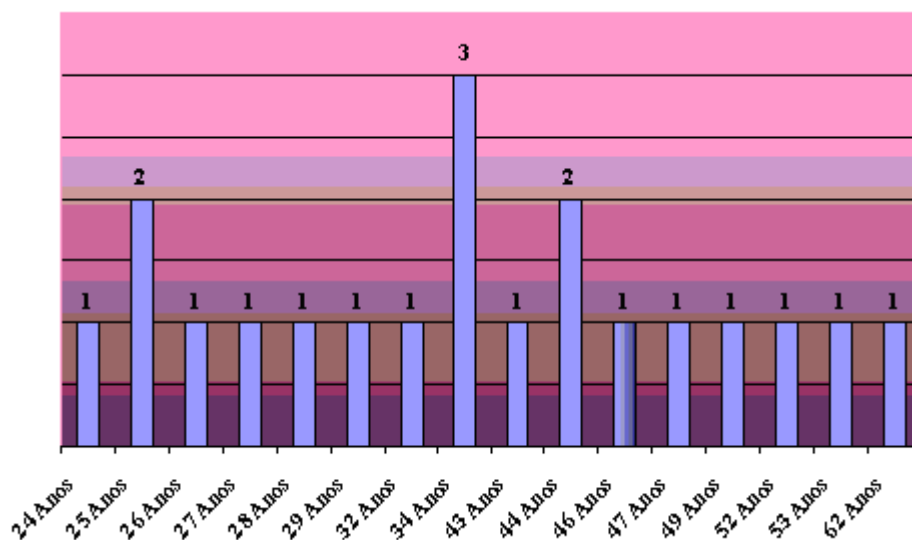


Gráfico 19- Distribuição dos participantes segundo a idade

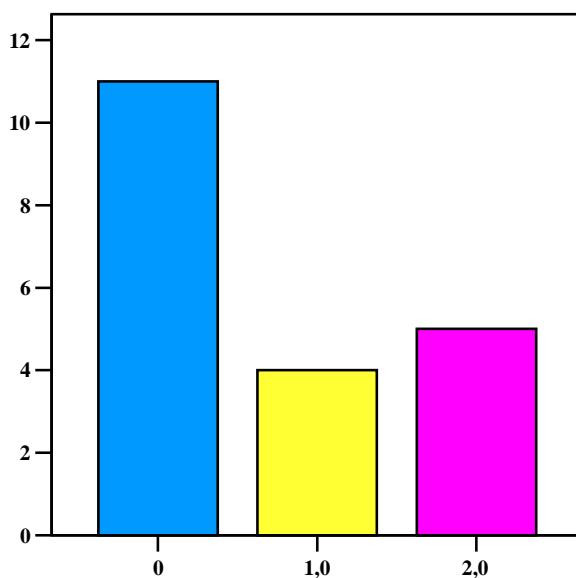
### 6.2.1.6. Filhos

No que se refere à distribuição de filhos por participante, observa-se no Gráfico 20 que 9 participantes (45%) têm filhos.



Gráfico 20- Distribuição dos filhos por participante

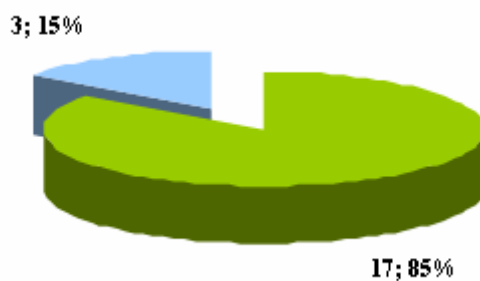
No que concerne ao número de filhos por participante da análise do Gráfico 21 varia entre 1 e 2 filhos por participante.



**Gráfico 21- Distribuição do número de filhos dos participantes**

#### **6.2.1.7. Caracterização das condições habitacionais**

Quanto ao tipo de habitação, a maioria dos participantes (85%) residem em apartamento e apenas 3 participantes (15%) residem em moradia, conforme nos mostra o gráfico seguinte.



**Gráfico 22- Caracterização das condições habitacionais**

#### **6.2.1.8. Factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica**

Relativamente aos factores de vulnerabilidade, a maioria dos participantes (65%) não apresentam factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica.



Gráfico 23- Caracterização dos factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica

### 6.2.1.9. Tipo de factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica

No que concerne aos factores de vulnerabilidade pessoal referidos pelos participantes é de salientar a doença crónica (1,5%), doença alérgica (1,5%), hipertensão arterial (1,5%), doença endócrina (1,5%), depressão (1,5%), doença cardíaca e hipertensão arterial (1,5%), 1 tuberculose pulmonar (1,5%), alérgica e púrpura trombocitopénica idiopática (1,5%).

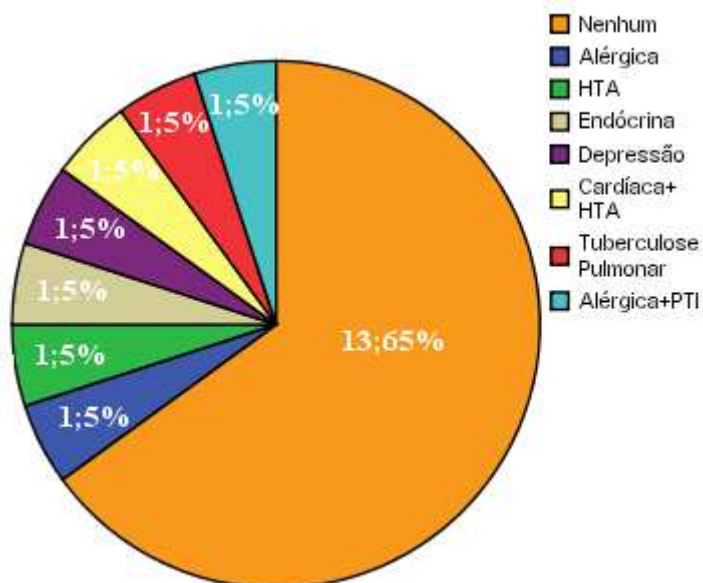


Gráfico 24- Tipo de factores de vulnerabilidade pessoal/doença crónica

### 6.2.1.10. Categoria profissional

Quanto à categoria profissional dos participantes, 5 são enfermeiros nível 1 (25%), 7 enfermeiros graduados (35%), 2 técnicos de diagnóstico e terapêutica-imagiologia (10%), 1 enfermeiro chefe (5%), 1 médico de anestesia (5%), 1 médico de cirurgia plástica e reconstrutiva (5%), 1 técnico de diagnóstico e terapêutica-

fisioterapeuta (5%), 1 médico de cirurgia maxilo-facial (5%) e 1 médico de ortopedia (5%) respectivamente.

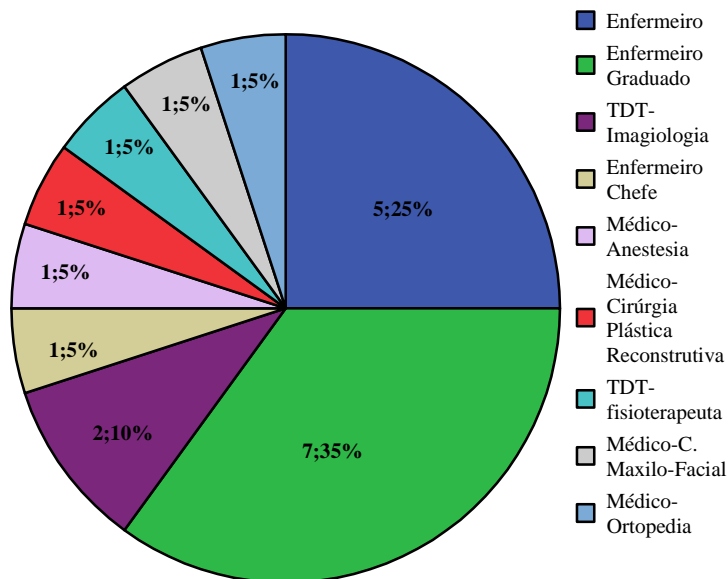


Gráfico 25- Distribuição dos participantes por categoria profissional

#### 6.2.1.11. Antiguidade no Hospital

No referente à antiguidade no Hospital, esta varia entre 1 e 36 anos, com maior expressão para os participantes com antiguidade de 20 anos na Instituição.

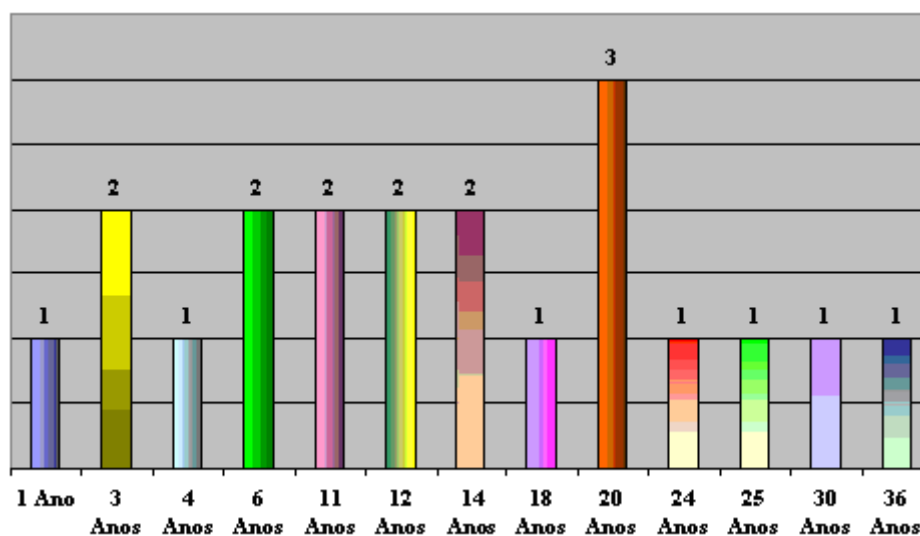


Gráfico 26- Distribuição dos participantes por antiguidade no Hospital

### 6.2.1.12. Experiência profissional

No referente à experiência profissional esta varia entre 1 ano e 41 anos, com maior expressão para os participantes com experiência profissional de 12 anos (3).

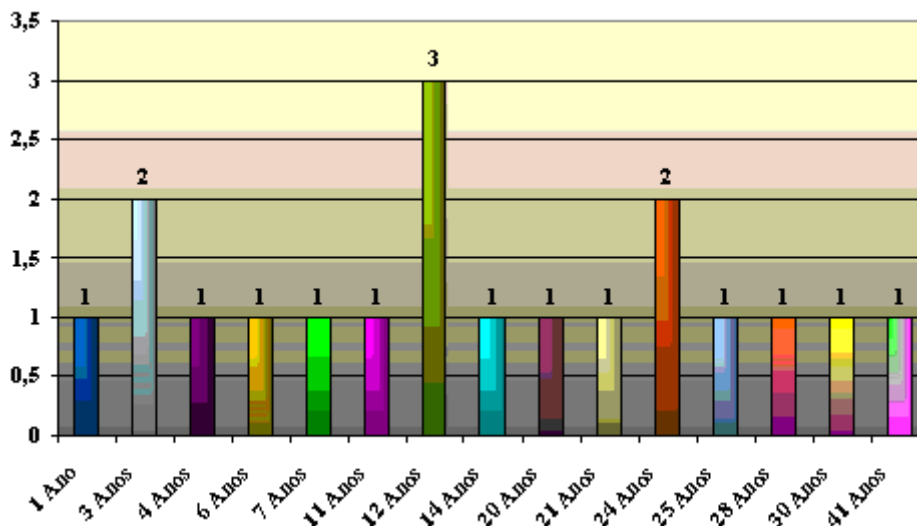


Gráfico 27- Distribuição dos participantes por experiência profissional

### 6.2.1.13. Antiguidade no serviço/unidade

No respeitante à antiguidade no serviço/unidade, verifica-se que os participantes apresentam uma distribuição entre 1 e 36 anos de trabalho no respectivo serviço/unidade.

Como demonstra o Gráfico 28, a maioria dos participantes (12), apresenta uma antiguidade no serviço entre 1 e 5 anos.

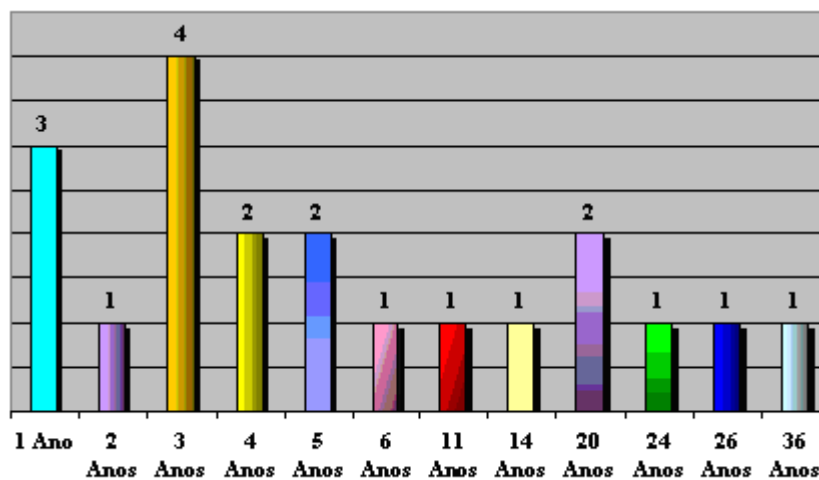


Gráfico 28- Distribuição dos participantes quanto à antiguidade no serviço/unidade

#### 6.2.1.14. Horário de trabalho semanal

De acordo com o Gráfico 29, o número de horas de trabalho semanal, varia entre 35h e 42h. Maioritariamente os participantes praticam 35h/semanais, (13) respectivamente.

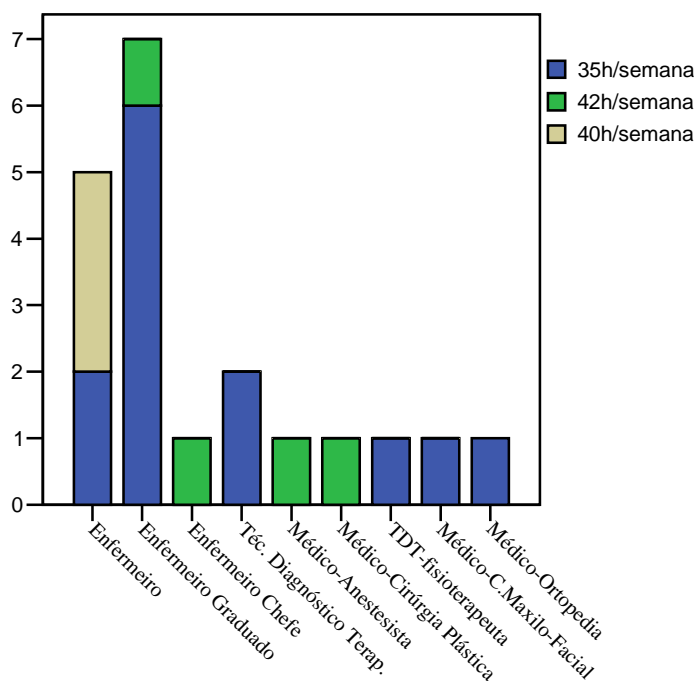


Gráfico 29- Distribuição do número de horas semanais por categoria profissional

#### 6.2.1.15. Regime de horário

De acordo com o Gráfico 30 os participantes praticam maioritariamente horário fixo (11) participantes e (8) o horário por turnos respectivamente.

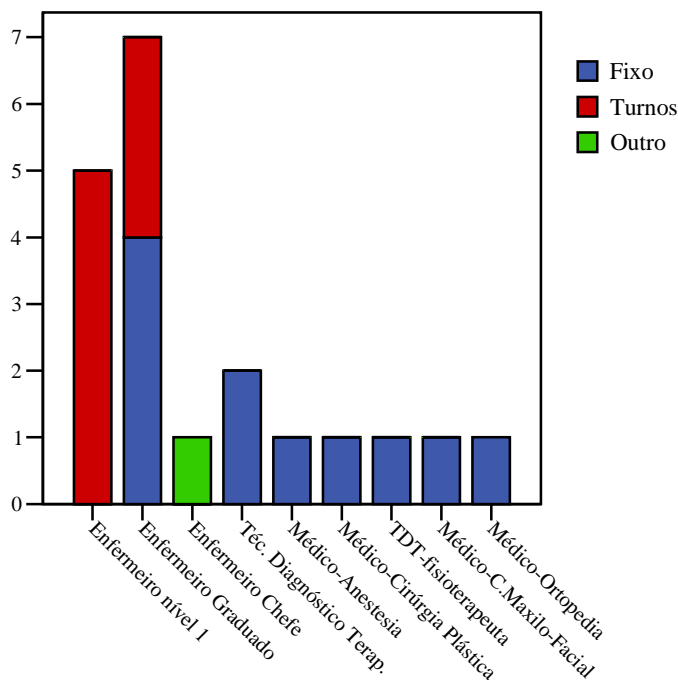


Gráfico 30- Distribuição do regime de horário por categoria profissional

#### 6.2.1.16. Número de turnos nocturnos por semana

No que diz respeito ao número de turnos nocturnos por semana verifica-se no Gráfico 31, que a maioria dos participantes (12) efectuam turnos nocturnos. O número de turnos varia entre 1 e 5 turnos por semana.

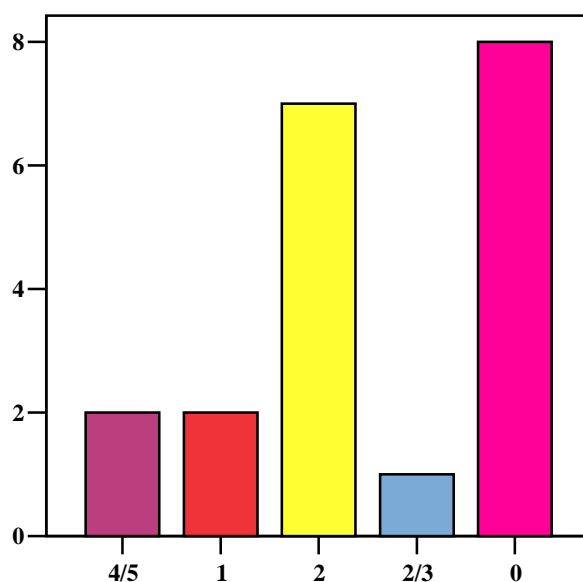


Gráfico 31- Distribuição do número de turnos nocturnos semanais

### 6.2.1.17. Serviço/unidade onde exerce a actividade

Os participantes do estudo exercem na sua maioria (11) a actividade associada à prestação de cuidados em Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivos, Bloco Operatório e Imagiologia. Os restantes participantes exercem a sua actividade em serviços de enfermaria.

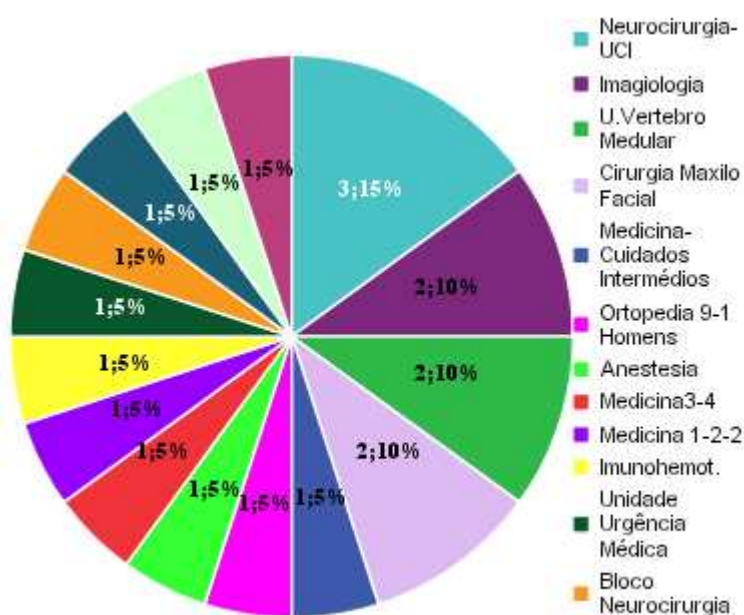


Gráfico 32- Distribuição dos participantes por serviço/unidade

### 6.2.1.18. Vínculo à Instituição

Da análise do Gráfico 33 verifica-se que 80% dos participantes (16) pertencem aos quadros da Instituição.

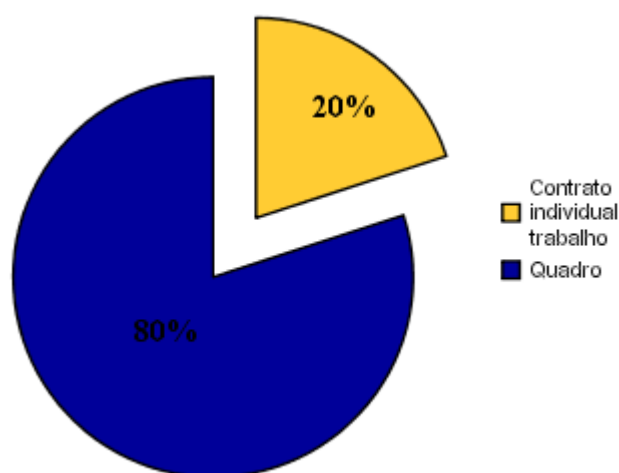


Gráfico 33- Distribuição dos participantes por vínculo à Instituição

### **6.2.1.19. Número de utentes no serviço/unidade**

No que se refere ao número de utentes no serviço/unidade, é de salientar que são os serviços de enfermaria que possuem o maior número de utentes comparativamente com as Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivos, Bloco Operatório e Imagiologia.

**Tabela 12- Distribuição do número de utentes por serviço/unidade**

<b>Serviço/Unidade</b>	<b>Número de utentes</b>
Medicina-UCIntermédios	6
Unidade Vertebro Medular	15
Ortopedia 9-1 Homens	18
Imagiologia	20
Anestesia	3
Medicina 3-4	35
Neurocirurgia-UCI	22
Medicina 1-2-2	28
Cirurgia Plástica Reconstructiva	40
Imunohemoterapia	37
Unidade Urgência Médica	22
Bloco-Neurocirurgia	2
Medicina	13
Cirurgia Maxilo Facial	20
Ortopedia	50

### **6.2.2. Apoio Social e Actividades de Ocupação de Tempos Livres**

#### **6.2.2.1. Apoio social**

A análise dos dados evidencia que a família e o companheiro constituem o tipo de apoio social mais referenciado (70%) pelos indivíduos do estudo. Para além do referido, estes participantes elegem também a família e os amigos (20%) como rede de apoio social.

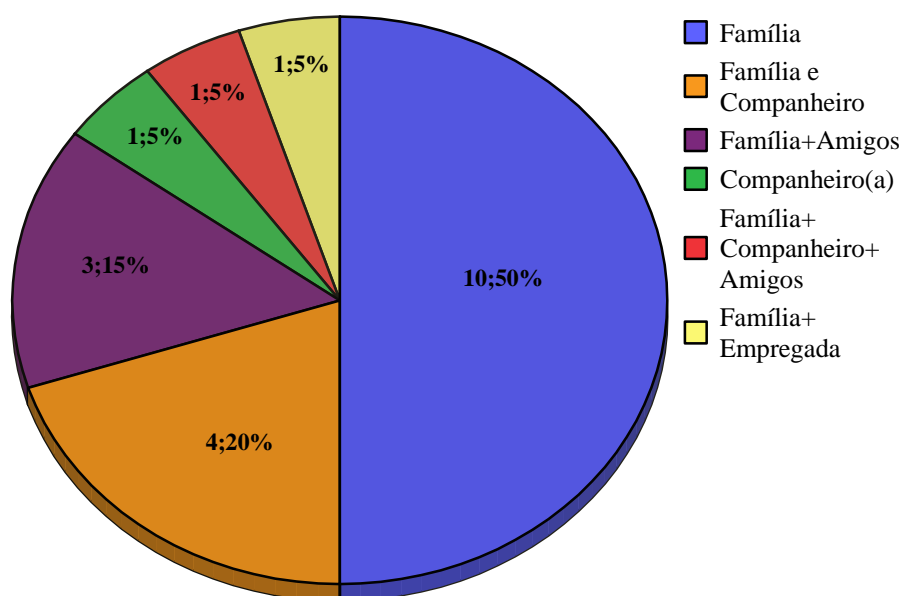


Gráfico 34- Distribuição do apoio social dos participantes

#### 6.2.2.2. Ocupação dos tempos livres

Relativamente à ocupação dos tempos livres dos participantes do estudo, verifica-se no Gráfico 35 que ver televisão, estar com a família e ler, são as ocupações mais privilegiadas. No entanto, são ainda evidenciados a convivência com os amigos, ouvir música, ir ao cinema e teatro e a prática de exercício físico.

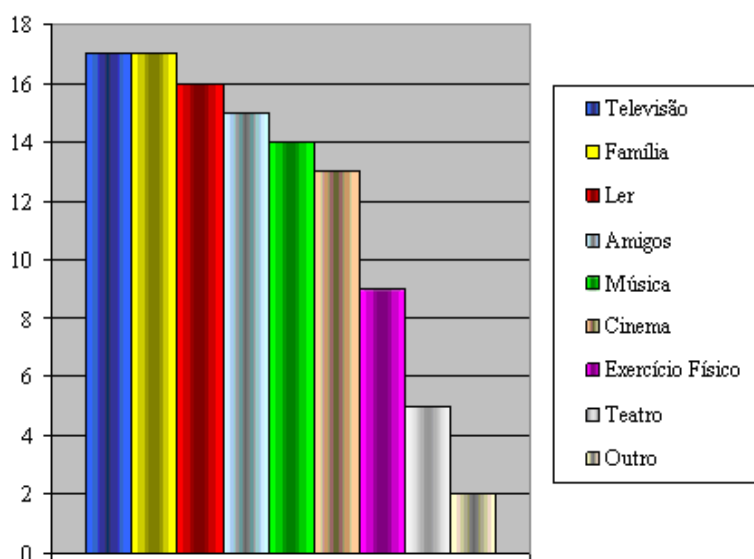
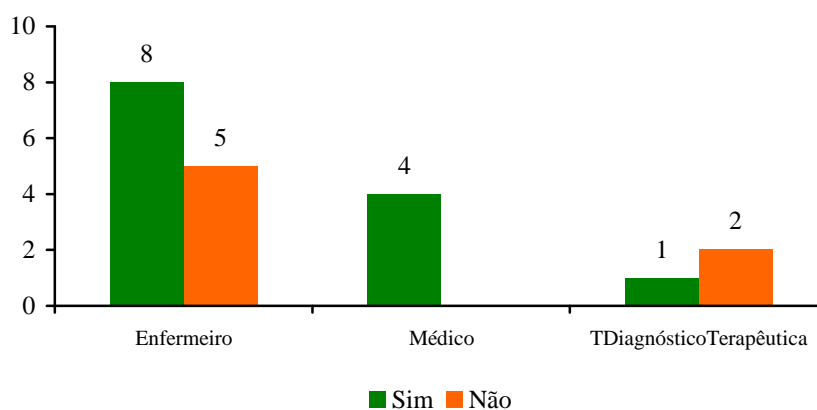


Gráfico 35- Ocupação dos tempos livres dos participantes

### **6.2.3. Circuito do Acidente de Serviço/Trabalho por Exposição Microbiológica no CHLC, E.P.E.**

#### **6.2.3.1. Conhecimento do circuito de notificação do acidente de serviço/trabalho no CHLC, E.P.E./Hospital de S. José**

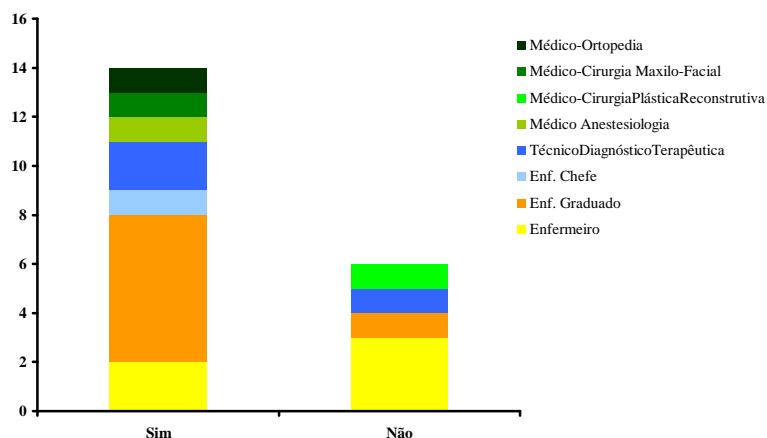
No que concerne ao **Conhecimento do Circuito do Acidente de Serviço/Trabalho no CHLC, E.P.E./Hospital de S. José** verifica-se que a maioria dos profissionais dizem conhecer o Circuito do Acidente de Serviço / Trabalho. É de referir que 35% dos profissionais ainda desconhecem este circuito.



**Gráfico 36- Conhecimento do circuito do acidente de serviço/trabalho**

#### **6.2.3.2. Procedimentos imediatos a efectuar após a exposição microbiológica acidental**

Da mesma forma, na sua maioria (14) os profissionais de saúde reconhecem saber os **Procedimentos imediatos a efectuar após a exposição microbiológica acidental**, como nos mostra o gráfico seguinte.



**Gráfico 37- Distribuição do conhecimento dos procedimentos imediatos a efectuar por categoria profissional**

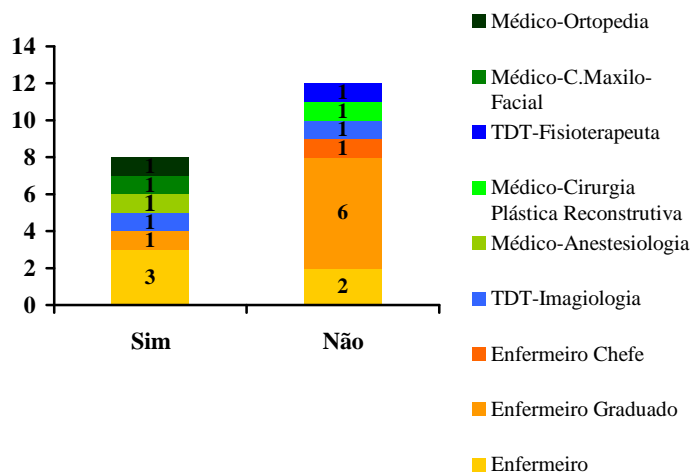
### 6.2.3.3. Procedimentos no caso do utente fonte ser positivo para a hepatite B

Já no que se refere aos procedimentos no caso do utente fonte apresentar serologias positivas para a hepatite B, 60% dos participantes referem desconhecer os mesmos.



**Gráfico 38- Conhecimento dos procedimentos no caso do utente fonte ser VHB positivo**

No que diz respeito ao nível de conhecimento sobre os procedimentos no caso do utente fonte ter serologias positivas para a hepatite B, verifica-se que os participantes das várias categorias profissionais não tinham conhecimento sobre esta temática, nomeadamente 2 enfermeiros, 6 enfermeiros graduados, 1 enfermeiro chefe, 2 técnicos de diagnóstico e terapêutica das áreas da imagiologia e fisioterapia e 1 médico de cirurgia plástica e reconstructiva.

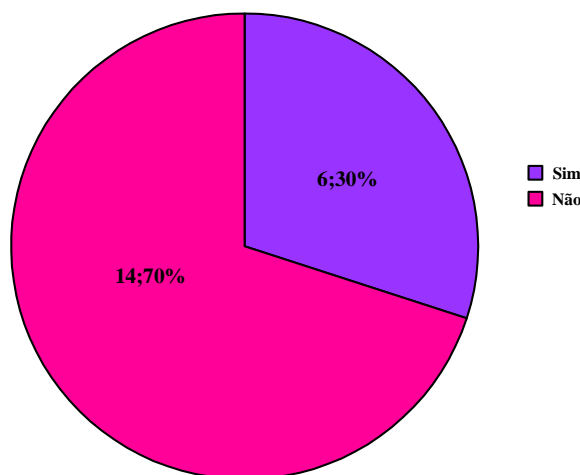


**Gráfico 39- Distribuição do conhecimento dos procedimentos por categoria profissional**

#### 6.2.3.4. Procedimentos no caso do utente fonte ser positivo para a hepatite C

Referente ao conhecimento dos procedimentos a ter no caso do utente fonte apresentar serologias positivas para a hepatite C, verifica-se da análise do Gráfico 40 que 70% dos profissionais conhecem os procedimentos. No entanto 30% da amostra desconhecem ainda os mesmos.

Sabia quais os procedimentos (ou a existência de terapêutica) se o contagiante fosse positivo para a Hepatite C (VHC) que teria de efectuar?

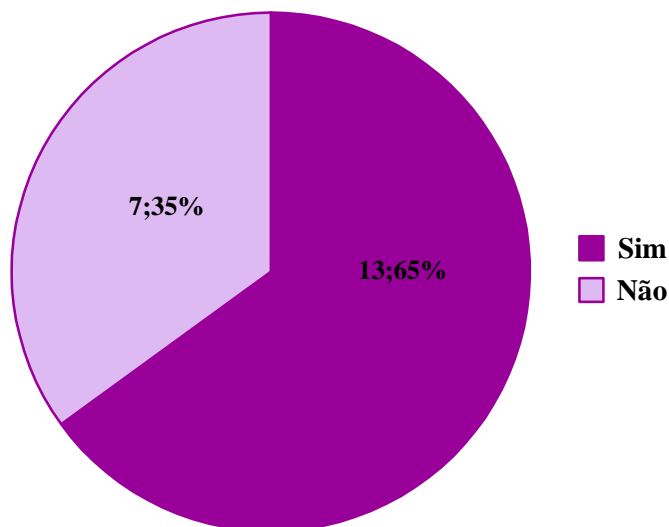


**Gráfico 40- Conhecimento dos procedimentos no caso do utente fonte ser VHC positivo**

### **6.2.3.5. Procedimentos no caso do utente fonte ser positivo para o VIH**

Em concordância com a análise do Gráfico 41 sobre a questão do conhecimento dos procedimentos a ter no caso do utente fonte com serologias positivas para o vírus da imunodeficiência humana (VIH), constata-se que 65% mencionam conhecer estes procedimentos e 35% desconhecem-nos.

**Sabia quais os procedimentos (ou a existência de terapêutica) se o contagiante fosse positivo para a VIH que teria de efectuar?**



**Gráfico 41- Conhecimento dos procedimentos no caso do utente fonte ser VIH positivo**

### **6.2.3.6. Necessidade de frequentar acções de formação sobre a prevenção dos acidentes por exposição microbiológica**

Quanto à percepção da necessidade de frequentar acções de formação sobre o tema da prevenção da exposição microbiológica acidental, denota-se que 20% não sentem necessidade de frequentar acções de formação e 80% sentem essa necessidade, de acordo com a representação gráfica (Gráfico 42).

Sente necessidade de frequentar acções de formação neste âmbito?

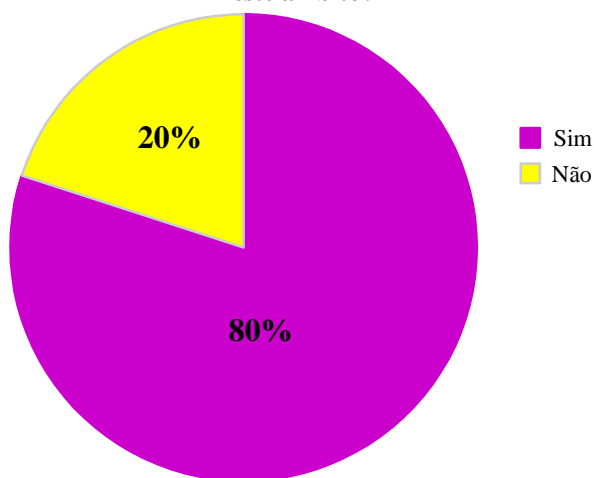


Gráfico 42- Distribuição das necessidades de formação sobre o tema

### 6.2.3.7. Riscos ocupacionais a que se encontram expostos no ambiente hospitalar

Dos profissionais da amostra do estudo questionados sobre os riscos a que se encontram expostos no ambiente de trabalho, 50% referem estarem expostos aos diferentes tipos de risco, nomeadamente biológicos, físicos, químicos, mecânicos e psicossociais.

Quais os riscos ocupacionais a que se encontra exposto?

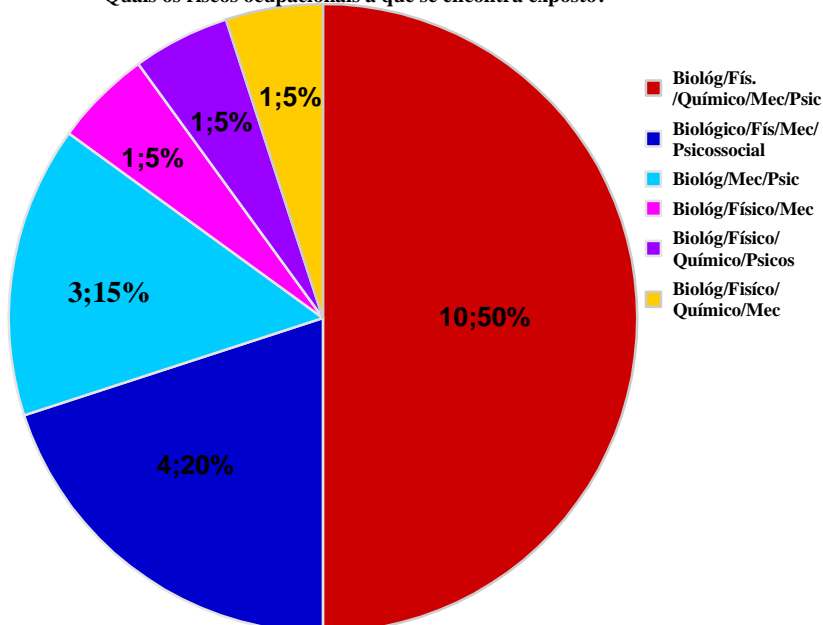


Gráfico 43- Riscos a que se encontram expostos os participantes

### **6.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA**

Através dos resultados obtidos da análise da entrevista tendo em conta as quatro áreas temáticas: **Área Temática 1: Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental;** **Área Temática 2: Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental;** **Área Temática 3: Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de Stress Ocupacional e Factores de Stress Ocupacional;** **Área Temática 4: Redes de Suporte Social e sua Importância para os Profissionais de Saúde** determinaram-se categorias, subcategorias e unidades de registo a partir das quais se pretende responder às questões de investigação.

Para uma melhor compreensão e interpretação dos dados optou-se por se apresentar em cada área temática um quadro de síntese referente a cada categoria encontrada e respectivas subcategorias.

#### **6.3.1. Área Temática 1: Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental**

No que se refere à área temática 1: “Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental” foram estruturadas seis categorias que passamos a apresentar:

**Categoria 1- Procedimentos após a exposição microbiológica acidental.**

**Categoria 2- Percepção do risco relacionado com os antecedentes do utente.**

**Categoria 3- A exposição microbiológica acidental constituiu uma situação ameaçadora da integridade física/psicológica.**

**Categoria 4- Factores que estão na origem dos acidentes por exposição microbiológica acidental.**

**Categoria 5- A exposição microbiológica acidental conduziu a uma alteração de comportamentos e práticas.**

**Categoria 6- Sentimentos/Emoções imediatos face à exposição microbiológica acidental.**

### 6.3.1.1. Procedimentos após a exposição microbiológica acidental

No que se refere à primeira categoria, **Procedimentos após a exposição microbiológica acidental** pretendeu-se analisar os procedimentos e as dúvidas surgidas imediatamente após a exposição microbiológica bem como a subnotificação dos acidentes de serviço pelos profissionais de saúde. As subcategorias e a sua análise serão efectuadas à medida que estas forem sendo apresentadas no Quadro 6.

**Quadro 6- Procedimentos após a exposição microbiológica acidental**

Área Temática 1	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental	Procedimentos após a exposição microbiológica acidental	Dúvidas face à exposição microbiológica acidental	7
		Conhece os procedimentos imediatos a efectuar	2
		Dificuldades na notificação burocrática do acidente serviço/trabalho conduzem a uma subnotificação dos mesmos	8

De acordo com o referido, sete (7) participantes evidenciam a existência de **dúvidas** imediatamente após a exposição microbiológica acidental.

*“Sim, após o acidente, tive muitas dúvidas, todos os conhecimentos que tinha acerca do HIV, neste caso, que eram poucos, ...ah naquele momento sumiram-se (...).”***E13**

No entanto, dois (2) participantes referem ter avaliado a possibilidade do utente fonte poder estar infectado e seguiram os **procedimentos** que se encontram preconizados pelo SSO.

*“Em relação à exposição microbiológica, a única coisa que eu procurei fazer foi seguir os procedimentos, a avaliação dos riscos (...).”* **E15**

Completando ainda:

*“(...) a confirmação e avaliação da minha parte, se estaria infectada ou não[o utente], segui só os procedimentos que me foram indicados.”* **E15**

As **dificuldades sentidas no processo de notificação**, pela sua morosidade e pela burocracia que envolve, pode ter como consequência a subnotificação dos

acidentes como é referenciado por (oito) 8 dos entrevistados nos segmentos de texto seguintes:

“*[O processo de notificação](...) é burocrático, é chato, mas pronto, foi aquilo que é decidido, provavelmente por normas (...) Instituído.*” **E3**

“*(...) há sempre muito papel, há muita parte burocrática, é o que eu acho (...)*” **E7**

“*Se calhar já houve outros acidentes que eu também não notifiquei.*” **E7**  
Consequentemente

“*(...) desisti do acidente de serviço.*” **E10**

### 6.3.1.2. Percepção do risco relacionado com os antecedentes do utente

Relativamente à categoria, **Percepção do risco relacionado com os antecedentes do utente** pretende-se conhecer a percepção do risco que os profissionais de saúde têm perante os antecedentes dos utentes após a exposição microbiológica acidental. Foram encontradas treze subcategorias e a sua análise será efectuada à medida que estas forem sendo apresentadas no Quadro 7.

**Quadro 7– Percepção do risco relacionado com os antecedentes do utente**

Área Temática 1	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental	Percepção do risco relacionado com os antecedentes do utente	Percepção do risco baseada no aspecto físico do utente	1
		Percepção do risco baseada no diagnóstico do utente	1
		Percepção do risco baseada na relação com o utente	1
		Percepção do risco baseada no conhecimento dos comportamentos do utente	1
		Influência da idade do utente	1
		Toxicod dependência e a presença de serologias positivas	3
		Hemofilia e hepatite C	3
		Raça negra	1
		Percepção do risco baseado no desconhecimento das serologias do utente	8
		Percepção do risco baseado no desconhecimento do utente fonte	3
		Implicações da exposição se o utente tiver serologias positivas	1
		Transmissão do VIH através de relações heterossexuais	1
		Negação do risco após a exposição	4

No que se refere à percepção do risco baseada nos antecedentes do utente, são evidenciados o **aspecto físico**, o **diagnóstico**, bem como a **relação** estabelecida com o mesmo, cada uma delas por um (1) participante.

*“(...) depois olhei para a doente e pensei, não, esta doente não tem nada, pensei eu.” E17*

*“(...) não evidenciava doença virológica nenhuma, não era esse o diagnóstico que o levou à sala portanto não me senti assim muito preocupada (...)” E3*

*“(...) porque era uma doente nova, mas eu tinha assim algum relacionamento com ela, já tinha estado a conversar com ela, nos outros dias do internamento.” E17*

Para além do referido, a influência do conhecimento sobre os **comportamentos do utente**, assim como a **idade** do mesmo podem conduzir a uma menor percepção do risco pelos profissionais de saúde, referido por um (1) participante cada uma delas.

*“E pelo o que ela me tinha estado a dizer, era uma bióloga que pareceu-me ser uma pessoa que de alguma maneira não tinha comportamentos de risco, (...)” E17*

*“(...) o doente já era muito idoso, (...)” E3*

O conhecimento dos antecedentes do utente, nomeadamente a **hemofilia**, **toxicoddependência** e a presença de **serologias positivas** tais como o vírus da hepatite C (VHC) constituem um risco para os profissionais verbalizado cada uma delas por três (3) participantes.

*“(...) foi a noção do risco, sabia que o doente era um doente portador de hepatite C, era um doente de risco porque era hemofílico também, tinha conhecimento disso.” E18*

*“Como tinha noção de que estávamos a operar um doente com antecedentes de toxicoddependência e com patologia vírica (...)” E16*

*“(...) relacionada com esses seus antecedentes, fiquei com a noção que havia um risco, uma alta probabilidade de contágio com o acidente ocorrido.” E16*

Apenas um (1) dos participantes fez alusão à **raça negra** e à maior probabilidade do utente se encontrar infectado.

*“Aquela senhora (...) tinha vindo de fora, naquelas programas dos palops, e como tal o médico assistente dela disse-me que não tinha um grande conhecimento sobre a história da senhora e daí o meu receio.” E14*

No que se refere à percepção do risco baseado no **desconhecimento das serologias do utente fonte**, oito (8) participantes salientam o facto de o desconhecimento do estudo serológico prévio do utente aumentar essa mesma percepção e três (3) participantes pelo risco no **desconhecimento do utente fonte**.

*“(...) hoje à luz já do que aconteceu e já face às análises que temos do doente, chego à conclusão que os doentes não chegam a ser suficientemente bem estudados (...)” E3*

*“O que mais me assustou foi o facto de não saber que tipo de exposição havia, porque não se sabia a quem pertencia aquele sangue, ao qual eu fui exposta.” E2*

Da mesma forma, um (1) participante refere as **implicações da exposição** no caso do utente apresentar serologias positivas conduz o profissional à notificação do acidente e equacionar a profilaxia pós-exposição.

*“Mas depois comecei a pensar, que como o doente é portador de HIV positivo, pensei, não, não posso ficar assim, vou ter que adoptar outro método e pedir ajuda, falei com a minha colega do serviço e então recorri ao Serviço de Urgência, ao qual procedi à colheita de sangue para análises e medicaram-me com a terapêutica antiretroviral.” E19*

O aumento da transmissão do VIH através das **relações heterossexuais** é referido por um (1) dos entrevistados.

*“(...) muitas vezes até as mulheres são contaminadas através de relações sexuais com o marido e que não lhes passa pela cabeça que foram contaminadas (...)” E3*

A **negação** e desvalorização do risco em relação à exposição microbiológica acidental foi mencionado por um (1) dos entrevistados.

*“(...) na altura quando o acidente ocorreu...hum até ignorei, não disse nada à minha colega, tirei as luvas, porque como não vi fluido nenhum, pensei isto à partida não é nada.” E19*

“Há uma fase inicial, na altura do contacto, que uma pessoa não acredita que aconteceu.” E12

### 6.3.1.3. A exposição microbiológica acidental constituiu uma situação ameaçadora da integridade física/psicológica

Ao ser analisada esta categoria A **exposição microbiológica acidental constituiu uma situação ameaçadora da integridade física/psicológica** pretende-se compreender de que modo os profissionais de saúde percebem a exposição microbiológica como ameaçadora da sua integridade tanto a nível físico como psicológico. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 8.

**Quadro 8– A exposição microbiológica acidental constituiu uma situação ameaçadora da integridade física/psicológica**

Área Temática 1	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental	A exposição microbiológica acidental constituiu uma situação ameaçadora da integridade física/psicológica	Considera uma ameaça da integridade física/psicológica	3
		Não considera uma ameaçadora da integridade física/psicológica	3

A exposição microbiológica acidental foi considerada como **ameaçadora da integridade física/psicológica** para três (3) entrevistados, baseada no facto de o utente ser considerado de risco.

“O facto de ter acontecido o acidente e o facto de ser um doente de risco, (...) claro que sim, senti-me um bocadinho ameaçado, a minha integridade.” E18

“Sim, agora já vivendo isso... hoje, mais da parte de integridade psicológica, integridade física é obvio, fiquei exposta a um risco (...)” E13

Por outro lado, três (3) dos participantes salientam que a exposição microbiológica **não constituiu uma ameaça da sua integridade física/psicológica**, com base no grau de risco da exposição e na formação que possuem.

“Não também pela formação que temos e pelo risco que foi, não considerei de todo, [uma situação traumática] fiz os procedimentos a fazer mas não considerei de todo.” E7

#### 6.3.1.4. A exposição microbiológica acidental conduziu a uma alteração de comportamentos e práticas

Nesta categoria, A exposição microbiológica acidental conduziu a uma alteração de comportamentos e práticas pretende-se conhecer as mudanças de comportamentos e de práticas dos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 9.

Quadro 9– A exposição microbiológica acidental conduziu a uma alteração de comportamentos e práticas

Área Temática 1	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental	A exposição microbiológica acidental conduziu a uma alteração de comportamentos e práticas	A nível pessoal e familiar	5
		A nível sexual	5
		A nível económico	1
		A nível profissional	1

As alterações a nível pessoal e familiar são evidenciadas como mais significativas, resultantes da exposição microbiológica acidental, pelo medo e receio de contágio ao cônjuge, filhos e restantes elementos significativos e é manifestado por cinco (5) participantes.

“[Passei] Por várias fases. Para já porque a relação com o marido modificou, os cuidados e o medo dos filhos que contráissem (...) [o VIH]” E12

“(…) é sempre um medo de contagiar, de levar para a família, é sempre esse medo de transmissão.” E4

A alusão à mudança de práticas sexuais nos casais, pela utilização de medidas de protecção e afastamento do cônjuge foi referenciada por cinco (5) dos participantes.

“Afectou muito, eu pronto, tinha uma relação com uma pessoa, continuo a ter mas surgiram muitas dúvidas,...ah ...como é que eu hei de dizer? Um afastar da minha parte.” E13

Em particular no caso em que o profissional se encontrava a efectuar terapêutica antiretroviral por uma exposição microbiológica ao VIH.

“Sexuais, sim senhora. A partir daí [altura em que iniciei a terapêutica antiretroviral] tive que utilizar medidas de protecção de forma a não [contagiar o meu marido] (...)” **E12**

Concomitantemente surge a preocupação relativamente ao **suporte económico** que o profissional é para a sua família, manifestado por um (1) participante e relacionado com uma possível seroconversão resultante da exposição microbiológica.

“Obviamente que sim, porque a pessoa fica a pensar, e se agora fico infectado (...)” **E16**

“(...) se ocorre uma doença que o torna ou incapacitado ou que o pode matar e fica com as preocupações todas do que é que vai acontecer, não tanto a ele, mas como aqueles que estão dependentes dele, sobretudo por aí.” **E16**

As alterações a **nível profissional** são descritas por um (1) entrevistado uma vez que a exposição microbiológica propicia um momento de reflexão sobre o contexto profissional e para a qual nem sempre se encontram despertos.

“Nós ficamos despertos para certas situações, para as quais não estávamos inicialmente.” **E2**

### 6.3.1.5. Factores que estão na origem dos acidentes por exposição microbiológica acidental

Na quinta categoria, **Factores que estão na origem dos acidentes por exposição microbiológica acidental** pretende-se indagar quais os factores que os profissionais consideram estar na origem dos seus acidentes. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 10.

**Quadro 10– Factores que estão na origem dos acidentes por exposição microbiológica acidental**

Área Temática 1	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental	Factores que estão na origem dos acidentes por exposição microbiológica acidental	A falta de tempo como causa da exposição microbiológica acidental	2
		Contentores de objectos cortantes e perfurantes acessíveis e sem exceder o nível de segurança	2

	Déficit de formação	2
	Relacionado com a técnica utilizada	4
	Relacionado com o utente	3
	Relacionado com o colega	1
	Relacionado com a carência de recursos materiais	2
	Responsabilidade pessoal no acidente	2

Da análise efectuada verifica-se que um dos factores descritos como causa da exposição microbiológica está relacionada com a **falta de tempo** para realizar uma multiplicidade de tarefas em simultâneo, mencionado por dois (2) participantes.

*“Sim, poderia ter ido com mais calma, porque eu estava um bocadinho stressada com falta de tempo para prestarmos os cuidados.” E17*

É apontado por dois (2) entrevistados, a **inexistência de contentores** para objectos cortantes e perfurantes sem exceder o nível de segurança em locais acessíveis aos profissionais como outra das causas que desencadearam a exposição.

*“(…) o que eu tenho muito em prática é colocar sempre a agulha no contentor, e ali penso que o que falhou foi o trajecto que eu fiz para chegar ao doente foi muito demorado, para continuar com a agulha na mão, sem a colocar no contentor.” E1*

*“Eu (…) nem sequer reparei que o contentor estava cheio, e foi logo no início da terapêutica e o contentor estava cheio, portanto se eu tivesse reparado nesse facto, logo teria sido substituído portanto, poderia ter sido perfeitamente [evitado o acidente]” E2*

A falta de **formação** é apontada como estando na origem do acidente por dois (2) participantes.

*“(…) tudo pela falta de formação.” E7*

*“(…) tinha exemplificado a execução de uma técnica a um colega menos diferenciado e quando o pus a fazer a técnica, ele deixou fugir o osteótomo e perfurou-me o dedo.” E16*

Por outro lado, quando o profissional avalia e pondera sobre a sua actuação e decide o **tipo de técnica** a utilizar, a sua primeira prioridade é o utente em detrimento

de si próprio, podendo desta forma constituir um factor desencadeante do acidente e verbalizado por quatro (4) participantes.

*“Eu também poderia ter colhido da linha arterial, (...), mas na altura achei que manipular uma linha para fazer um BM teste, não se justificava.” E13*

Da mesma forma, existem factores imprevisíveis na prestação directa de **cuidados aos utentes**, de modo que a prevenção dos acidentes nem sempre é possível na opinião de três (3) participantes.

*“No segundo [acidente] estava com a protecção individual toda, o doente até estava imobilizado à cama. Consegui fazer uma flexão do braço que me apanhou a mão com a seringa e com a agulha e eu espetei-a na mão. Portanto não havia nada a fazer.” E12*

A exposição microbiológica pode também ocorrer como resultado da utilização de objectos perfurantes e cortantes por outros **colegas de trabalho**. Em contexto de cirurgia operatória onde a perícia é essencial podem ocorrer acidentes pela inexperiência do profissional, como refere um (1) dos entrevistados.

*“[O colega] (...) deu a segunda com muitíssimo mais força e atravessou o que ele queria e o que ele não queria, portanto e acabou por parar no meu dedo, que estava a uma distância razoável do campo, (...).” E16*

O *stress* provocado pela **carência de recursos materiais** pode estar na origem de algumas situações que conduzem à exposição como é a opinião de dois (2) entrevistados, desta forma:

*“(...) é para limpar o canivete, existe uma esponja própria, na altura não existia, (...) as lixas, eu fiz com o canivete, (...).” E14*

Dois (2) dos participantes assumem a sua **responsabilidade** na exposição microbiológica, resultante dos seus procedimentos/práticas diárias.

*“Nós seremos responsáveis da maneira como fazemos as coisas, portanto um acidente é sempre uma coisa pessoal, portanto eu fi-lo mal (...).” E1*

### 6.3.1.6. Sentimentos/Emoções imediatos face à exposição microbiológica acidental

Nesta categoria, **Sentimentos/Emoções imediatos face à exposição microbiológica acidental** pretende-se conhecer o impacto imediato da exposição nos profissionais de saúde. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 11.

**Quadro 11– Sentimentos/Emoções imediatos face à exposição microbiológica acidental**

Área Temática 1	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental	Sentimentos/ Emoções imediatos face à exposição microbiológica acidental	Medo	5
		Medo e angústia	1
		Insegurança	2
		Preocupação	4
		Nervosismo/ descontrolo emocional	2
		Depressão	2
		Desconfiança	1
		Ansiedade	6
		Revolta	1
		Pânico	1
Frustração	2		

Da análise das vinte (20) entrevistas, sobressaíram vários sentimentos e emoções que os profissionais desejaram verbalizar e que em alguns casos foram bastante intensos, uma vez que a exposição microbiológica acidental ainda se encontrava muito presente na sua memória.

Ao ocorrer a exposição e tomar conhecimento do risco que se encontra associado, cada profissional como indivíduo reage de diferentes maneiras, e podem surgir emoções negativas. Um dos sentimentos descritos por seis (6) dos entrevistados é a **ansiedade**.

*“Muita ansiedade, muito stress, acho que pensei mesmo, acho que nunca tinha pensado ao que na nossa profissão, nós estamos expostos diariamente, (pausa) os riscos que corremos.” E19*

*“Se eu começasse a pensar, começava a pensar e se surge isso e surge aquilo e surge o outro e hum...depois aí entrava assim uma espécie de bola de neve com um aumento de ansiedade, (...)” E2*

Maioritariamente a ansiedade, resultante do tempo de espera dos resultados das serologias do utente pelos profissionais é verbalizada pelos participantes.

“Com alguma ansiedade, até se saber o resultado definitivo.[das serologias do utente]” **E9**

“Gera, (...) [ansiedade até saber os resultados das serologias do contagiante]“  
**E7**

No entanto, a **ansiedade diminui** quando as serologias do paciente fonte são negativas.

“Com alguma ansiedade, até se saber o resultado definitivo.[das serologias do utente]” **E9**

Da mesma forma, cinco (5) profissionais referem o **medo** de ter sido contagiados pelo utente.

“Apagou-se tudo, tudo. Fiquei com muito medo essencialmente, muito medo, muitas dúvidas, muita insegurança.” **E13**

É salientado ainda por quatro (4) participantes a **preocupação** contínua após a exposição, apesar de já terem passado seis meses ou mesmo um ano após o acidente.

“Sim, fiquei preocupada porque também não conhecia muito bem o doente, não conhecia os antecedentes do doente (...)” **E4**

“Ainda penso, (...) apesar de já ter passado aquele ano em que se fazem análises mais regularmente, continuo preocupada e gosto de fazer regularmente.” **E2**

Da mesma forma, um (1) profissional associa a **angústia ao medo**. A manifestação de **insegurança** surge após a exposição em dois (2) profissionais.

“(...) tive medo, fiquei angustiada, pronto parecia,...hum... que todos os meus conhecimentos, eu naquele momento deixei de ser uma profissional de saúde...” **E13**

“[Senti] (...) uma grande insegurança e recorri logo à lavagem do dedo onde me piquei e à desinfeção.” **E1**

“Mas muita insegurança, muitas dúvidas, muita instabilidade emocional, pronto, sempre que alguma coisa corre menos bem, sempre que estamos mais cansados, vinha sempre aquela ideia à cabeça, por mais que depois já tivesse sido explicado, por mais que já tivesse feito análises, havia sempre uma hipótese remota que poderia acontecer.” **E13**

Dos entrevistados, dois (2) associam o **nervosismo e o descontrolo emocional**, bem como a depressão à exposição microbiológica acidental.

*“(...) na altura fiquei nervoso, descontrolado, (...) perdi... um pouco o norte das coisas, a racionalidade com que nós devemos manter, (...) manter sempre o nosso raciocínio perde-se um bocado nas primeiras duas horas, (...)” E6*

*“(...) apesar de deprimido que fiquei dois, três dias, a pessoa depois entra... também vai conversando, trocando ideias com os médicos e fica-se mais calmo, (...)” E6*

Apenas um (1) dos entrevistados manifesta **revolta** imediata pelo acidente que ocorreu e revela o seu sentimento deste modo:

*“(...) E senti depois também alguma revolta, porquê a mim, porque é que me foi acontecer isto, porque é que eu tinha de fazer isto neste momento?” E13*

Outros sentimentos/emoções são o **pânico e a frustração**, mencionados por um (1) e dois (2) participantes, respectivamente.

*“Senti-me assim um bocadinho em pânico, (...)” E17*

*“(...) também conhecia alguns antecedentes da doente porque tinha alguma empatia com ela, porque se calhar tinha ficado em pânico, ainda tinha ficado mais em pânico.” E17*

*“É uma frustração, primeiro porque achamos que vai sempre correr tudo bem, quando estamos a actuar e nunca pensamos muito nos riscos, só quando eles acontecem.” E1*

### **6.3.2. Área temática 2: Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental**

Na área temática 2: Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental foram estruturadas cinco categorias que se passam a enumerar:

**Categoria 1– Representações sociais dos profissionais de saúde sobre o VIH e perante o risco de seroconversão após a exposição microbiológica acidental.**

**Categoria 2– Percepção da doença e sentimentos para com o utente com VIH**

**Categoria 3– Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde.**

**Categoria 4– Reflexos das representações sociais dos profissionais de saúde na prática de cuidados.**

**Categoria 5– Comportamentos e medidas preventivas adoptados pelos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental.**

#### **6.3.2.1. Representações sociais dos profissionais de saúde sobre o VIH e perante o risco de seroconversão após a exposição microbiológica acidental**

Nesta categoria, **Representações sociais dos profissionais de saúde sobre o VIH e perante o risco de seroconversão após a exposição microbiológica acidental** pretende-se conhecer qual a representação dos profissionais de saúde relativamente ao vírus da imunodeficiência humana (VIH). As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 12.

**Quadro 12– Representações sociais dos profissionais de saúde sobre o VIH e perante o risco de seroconversão após a exposição microbiológica acidental**

<b>Área Temática 2</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>
Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental	Representações sociais dos profissionais de saúde sobre o VIH e perante o risco de seroconversão após a exposição microbiológica acidental	Morbilidade e a doença	11
		Risco à vida	8
		Morte	3
		Receio	3
		Preconceito	1
		Perigo	1

		Toxicodependência	1
		Nervosismo	1
		Medo	1
		Fobia	1
		Impedimento em ser mãe pelo risco de transmissão mãe / filho	1
		Vivência da fase terminal e morte dos utentes com VIH	3

Quando questionados sobre o que lhes sugeria o Vírus da Imunodeficiência Humana VIH/SIDA, para onze (11) profissionais surge relacionado à **morbilidade e à doença**, nomeadamente uma doença que se poderá tornar crónica.

*“VIH, eu ligo muito à morbilidade, (...)” E2*

*“[O VIH associo] (...) não logo à... morte, (...) mas muito à morbilidade, porque hoje em dia, toda a gente sabe que uma pessoa que faça a terapêutica pode durar muitos anos (...)” E2*

*“Independentemente de avançarmos para uma fase de SIDA ou não, já é um extremo, mas fundamentalmente associo a uma doença crónica.” E6*

*“Pronto, isso também devido aos conhecimentos que tenho, não associo logo à SIDA,(...) associo a uma doença crónica provocada por um Vírus, com o qual a gente pode conviver toda a vida (...)” E6*

*“(...) uma parte destas doenças acabam às vezes algumas delas, por tornarem-se crónicas,(...)” E10*

Da mesma forma, o VIH é mencionado como uma doença **natural/infecto-contagiosa**.

*“[associo o VIH] A uma doença” E20*

*“Porque lidamos diariamente com ela, mas não olho como um bicho papão, olho como outra doença.” E11*

*“Doença infecto-contagiosa.” E11*

*“Não olho para ela de forma diferente do que olho para uma Hepatite, para uma sífilis, para uma tuberculose comparando já com outras doenças.” E11*

Representa ainda um **risco**, uma **doença fatal e morte**, mencionado por oito (8) e três (3) participantes respectivamente:

**Risco:**

*“(...) é sempre um risco nós termos um acidente deste tipo, nomeadamente uma picada com uma agulha.” E17*

*“(...) é pôr em risco a minha vida, é uma doença que me põe em risco.” E14*

**Doença fatal:**

*“[O VIH](...) obviamente que acaba por ser uma doença fatal, (...)” E16*

**Morte:**

*“O que é que me vem à cabeça, se calhar morte.” E4*

É salientado ainda por três (3) profissionais que o VIH representa o **receio** de contaminação bem como o **preconceito** por um (1) participante.

*“Muito receio.[de contaminação]” E13*

*“(...) a gente sabe como é que se transmite, mas há sempre aquele preconceito.”*

**E4**

O VIH representa o **perigo** para um (1) entrevistado e surge com uma conotação imediata à toxicodependência por um (1) entrevistado.

*“[O VIH relaciono com o] Perigo.” E8*

*“A primeira ideia é logo a toxicodependência.” E5*

O **nervosismo** é manifestado por um (1) participante, pela percepção que tem do utente com VIH.

*“Não me apoquenta grandemente, confesso que não deixo de tocar num doente que é HIV, nem penso logo que vou ficar infectada, mas enerva.” E20*

Da mesma forma, são representações do VIH/SIDA o **medo e a fobia**, verbalizados por um (1) participante cada.

*“Algum. [medo de contrair o VIH]” E19*

“(…) eu nunca fui pessoa de ter muitas fobias, mas estou a ficar um bocado, digamos fóbico em relação às agulhas, (…) porque não deixei de manipular e de fazer todos os procedimentos necessários para a minha profissão.” **E6**

O VIH é representado como um **impedimento em ser mãe** por um (1) participante.

“O meu caso que sou mulher, é obvio que vou querer ter filhos, se eu um dia contraísse o HIV, isso seria uma grande frustração na minha vida, não puder ser mãe, mãe biológica, claro que poderia adoptar uma criança, mas não experienciar a vivência, do parto, da gravidez (…)” **E13**

A **imagem**, o **sofrimento**, o **aspecto físico** e a **morte** dos utentes com VIH/SIDA é relatada em três (3) entrevistas.

“E vem-me à mente aquela imagem deles [utentes infectados] muito emagrecidos, agónicos, em insuficiência respiratória com todas infecções possíveis e imaginárias, (…)” **E17**

“Eu aqui tenho, mas como eles morrem e como é o processo de morte, de uma forma mais fria e hum...não direi fria, de uma forma mais realista (…)” **E6**

### 6.3.2.2. Percepção da doença e sentimentos para com o utente com VIH

Na categoria **Percepção da doença e sentimentos para com o utente com VIH** pretende-se conhecer de que forma é percebida a doença, quais as estratégias utilizadas pelos profissionais na prevenção e controlo da doença e quais as atitudes perante um utente com VIH. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 13.

**Quadro 13–Percepção da doença e sentimentos para com o utente com VIH**

Área Temática 2	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental	Percepção da doença e sentimentos para com um utente com VIH	Percepção de risco de transmissão reduzido	6
		Impotência ou impossibilidade de travar a infecção	1
		Medidas de prevenção em relação aos colegas	2
		Vivência do pós exposição pelo profissional de saúde durante o follow-up e toma de anti-retrovirais	5
		Sente fobia	1
		Sente ansiedade	2

	Sente angustia/receio	1
	Utente visto como pessoa	12
	Utente homossexual	1
	Estigma e discriminação social	3
	Negação da existência do risco/doença na relação com o utente	2

Dos participantes, seis (6) referem a percepção de baixo **risco de transmissão** da infecção pelo VIH após a exposição microbiológica acidental.

*“(...) no meu caso foi uma picada num dedo com uma agulha e (...) o risco de contágio era reduzido, (...)” E11*

*“Eventualmente não existia hipótese quase nenhuma, (...) [de transmissão do VIH]” E2*

Um (1) dos entrevistados revela a sua preocupação perante o **aumento da infecção por VIH/SIDA** a nível mundial e em especial nos países africanos e a impotência em conseguir travar a infecção nestes países.

*“(...) a primeira coisa que me vem logo [à mente] de repente são os países em África, com um número de contagiados e crianças contagiadas que existem, (...)” E9*

*“Cresce de uma forma exponencial, já nem é de uma forma multiplicativa, sem controle.” E9*

A preocupação com as **medidas de prevenção em relação aos colegas** de forma a evitar a exposição ao vírus, foi referida por dois (2) entrevistados.

*“(...) tenho de facto muito cuidado se estiver com um colega meu, alertá-lo para a situação, porque às vezes, inadvertidamente picamo-nos nós uns aos outros.” E9*

É reforçado por outro participante:

*“Indiscutivelmente, há um maior grau de ansiedade e se por outro lado se estamos a dar formação a médicos ainda não diferenciados num doente destes em que é mais arriscado, normalmente não cedo a cirurgia ao interno, faço eu.” E16*

A **vivência** do sentimento de insegurança, desgaste e *stress* pelo profissional pós a exposição microbiológica e durante a vigilância serológica e toma de antiretrovirais foi mencionada por cinco (5) entrevistados.

*“(...) tu tens que parar com isto, é assim, não vale a pena pensares, porque as hipóteses são estas.” E2*

*“(...) fazer os retrovirais por uma exposição, em si é complicado e é desgastante e é stressante para a pessoa que está sujeita, (...)” E10*

*“Depois há ali uma fase de alguma insegurança, a fase de tratamento do HIV, é (...) muito debilitante, mas também acho que nós temos que encarar isto e com o apoio, (...) dos colegas, dos familiares e da Saúde Ocupacional o processo decorreu sem grandes (...) [complicações]” E12*

Dos participantes, um (1) refere já ter sentido **fobia**, e um (1) **angústia e receio** durante a relação de cuidados com um utente infectado.

*“(...) já senti mais uma fobia na administração de medicação em relação a estes doentes, do que actualmente (...)” E1*

*“(...) já houve alturas que o facto de ir colher sangue a este doente, me deixava muito angustiada e com receio, mesmo, não digo pavor, mas quase.” E1*

Da mesma forma a **ansiedade** é enumerada por dois (2) entrevistados na relação de cuidados com o utente.

*“Se por acaso houver algum incidente então aí poderá haver alguma ansiedade porque nós sabemos efectivamente o que eles têm.” E12*

*“E a ansiedade (...) de saber que podemos ter um resultado positivo.” E8*

Para a maioria dos entrevistados doze (12), a **relação** que mantêm com os utentes infectados com o VIH é idêntica à que estabelecem com os utentes não infectados.

*“(...) nunca fui uma pessoa (...) fóbica em relação a esses doentes, não, lido perfeitamente (...) como se fosse um doente sem qualquer.[infecção pelo VIH]” E6*

*“(...) em relação ao doente não tenho atitude nenhuma diferente.” E9*

A alusão à **homossexualidade** relacionada com o VIH é efectuada em uma (1) das entrevistas de uma forma positiva.

*“[Os homossexuais](...) são pessoas que quando têm noção da doença que têm, tentam acompanhá-la e encontram-se muitas pessoas que realmente não evidenciam nada a doença.” E3*

Verifica-se em quatro (4) entrevistas a referência ao **estigma social**, nomeadamente a discriminação social associado ao VIH/SIDA.

*“É mais o estigma social da doença em si, do que propriamente tudo o resto (...)” E10*

*“(...) eu o que me preocupa, a nível social acho que acaba para ser uma discriminação.” E19*

No entanto, na **relação com o utente**, dois (2) entrevistados afirmam que evitam pensar que o mesmo se encontra infectado, por forma a não condicionar a sua prestação de cuidados.

*“A pessoa começa a ter uma certa experiência e pronto, pensa, ai não vou contaminar, sei que tenho esse defeito, (...)” E4*

*“Porque se isso acontecesse teríamos se calhar algumas dificuldades a lidar com a pessoa e tratá-la como um ser humano normal, como outro qualquer. Então acho que nós fazemos um bloqueio e depois cuidamos normalmente como se fosse outro doente sem qualquer problema.” E12*

### **6.3.2.3. Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde**

No que diz respeito a esta categoria, **Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde** pretende-se conhecer as medidas utilizadas pelos profissionais de saúde quando o utente é infectado com o VIH ou com a hepatite B ou C, no sentido de evitar a transmissão da infecção a outros utentes. As subcategorias serão apresentadas no Quadro 14.

**Quadro 14– Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde**

Área Temática 2	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental	Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde	Medidas de prevenção quando o utente é infectado	3
		Preocupação com o aumento do número de utentes infectados	1

Conforme se verificou em três (3 ) entrevistas, existe a preocupação na utilização de **medidas preventivas** no caso do utente apresentar serologias positivas, não só no que diz respeito à transmissão da infecção aos profissionais de saúde mas também na prevenção da infecção nosocomial, isto é, na transmissão da infecção a outros utentes.

*“Quando eu tenho um doente, que eu sei à partida que é um doente com alguma doença infecciosa, no sítio onde estou ainda tenho que ter um cuidado mais redobrado, (...)” E14*

*“Não só para minha protecção mas também mas também para protecção dos doentes que vêm a seguir e dos outros profissionais “ E14*

*“Uma vez que a nossa profissão também implica que estejamos muito em contacto com eles, para protecção e evitar infecção cruzada.” E15*

No entanto, por um (1) participante existe alguma apreensão relacionada com o **aumento de utentes infectados**, especialmente os dadores de sangue.

*“[Há um aumento do número de dadores de sangue ] Infectados. Sim, com Hepatite B, e Hepatite C.” E12*

#### **6.3.2.4. Reflexos das representações sociais dos profissionais de saúde na prática de cuidados**

Com esta categoria, **Reflexos das representações sociais dos profissionais de saúde na prática de cuidados** pretende-se conhecer de que forma as representações do

VIH influenciam as práticas de cuidados de saúde. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 15.

**Quadro 15– Reflexos das representações sociais dos profissionais de saúde na prática de cuidados**

Área Temática 2	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental	Reflexos das representações sociais dos profissionais de saúde na prática de cuidados	Precauções standart	14
		Luvas	5
		Mascara	2
		Sem luvas	3
		Estado serológico do utente	2
		Barreiras de protecção no contacto com sangue e fluidos corporais	4
		Disponibilização de outros recursos aquando de uma exposição microbiológica accidental	4

As **precauções standart** foram enumeradas por catorze (14) participantes, como medida de prevenção na exposição microbiológica accidental.

*“Altero só, como faço cirurgia, algumas precauções que tomo em relação a calçar luvas, a pôr máscara com viseira, de resto mais nada.” E9*

*“Usava, [luvas e máscara] mas hoje com um cuidado redobrado, parece que é um pouco aquela coisa que a gente só aprende com o erro, não devia de ser assim, mas pronto, é um pouco isso.” E13*

*“Os passos têm que ser respeitados na mesma, independentemente do doente ter ou não ter algum, pertencer a algum grupo de risco.” E18*

**Do equipamento de protecção individual (EPI) utilizado, salientam as luvas e máscara,** por cinco (5) e dois (2) participantes, respectivamente.

*“(…) tento sempre trabalhar com o máximo de cuidado quando estou com o doente, lavar depois as mãos (...) tenho que confessar que ponho sempre luvas com esses doentes.” E3*

*“(…) normalmente utilizo luvas, (...)” E3*

*“Um bocadinho de mais cuidado, só as luvas, que eu normalmente não uso luvas.” E5*

*“Mas máscara só no caso de aspiração, de secreções, e mais no caso do HCV, e do HIV, também por causa da mucosa ocular.” E13*

No entanto, três (3) profissionais referem não utilizar **luvas** em alguns procedimentos, nomeadamente no posicionamento dos utentes e na punção venosa.

*“(...) se não o for picar, se for só deitar o doente, [com VIH] não calço luvas, portanto, acho que não é por tocar no doente.” E3*

*“Considero uma barreira no que diz respeito a quando tenho que entrar em contacto com sangue, quando vou picar o doente, senão não ponho luvas.” E3*

Destes um (1) participante **não utiliza luvas** mesmo para puncionar um utente, isto é, entrar em contacto com os fluidos corporais.

*“Nada. [não utilizo luvas mesmo quando punciono]” E5*

Actualmente dois (2) participantes procuram sempre conhecer o **estado serológico do utente** antes de entrar em contacto físico.

*“(...) procuro sempre saber,[as serologias do utente] porque muitas das vezes nós avançávamos para o cuidado sem saber se o doente era HIV.” E13*

*“Procuro sempre esclarecer primeiro a história do doente, antes de iniciar o contacto físico com o doente, não é? E tomar precauções que não tomava antes.” E13*

A referência a **barreiras de protecção no contacto com sangue e fluidos corporais** surge em quatro (4) entrevistas.

*“Normal. Tenho é os cuidados de evitar os contactos. Com os fluidos corporais, (...)” E15*

*“(...) evitar os contactos com fluidos corporais, sangue, essas coisas todas.” E15*

A **disponibilização de outros recursos** aquando da exposição acidental é verbalizada por quatro (4) participantes.

*“Acho que sim. [é necessário disponibilizar outro tipo de recursos]” E3*

*“Exactamente, devem existir [outro tipo de recursos] logo de base.” E9*

### 6.3.2.5. Comportamentos e medidas preventivas adoptados pelos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental

Na categoria, **Comportamentos e medidas preventivas adoptados pelos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental** pretende-se conhecer as opiniões dos entrevistados sobre os comportamentos e medidas de prevenção que poderão ser implementadas com o intuito de minimizar o risco de acidente por exposição microbiológica acidental. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 16.

**Quadro 16– Comportamentos e medidas preventivas adoptados pelos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental**

Área Temática 2	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental	Comportamentos e medidas preventivas adoptados pelos profissionais de saúde após a exposição microbiológica acidental	Disponibilização de dispositivos médicos de segurança	2
		Procedimento adequado – não reencapsulamento de agulhas	2
		Contentores de colheita de objectos cortantes ou perfurantes acessíveis	4
		O Equipamento de protecção individual como factor de prevenção da exposição	5
		Práticas de trabalho mais seguras	9
		Manutenção das medidas de protecção	7
		Necessidade de formação e informação sobre os riscos ocupacionais	2
		Informação adequada nos serviços de como proceder à notificação dos acidentes de serviço	4
		Serviço de informação permanente 24 horas	1
		Mecanismo oficial no caso de ocorrer uma seroconversão	1
		Ter mais calma	2
		Memória da exposição microbiológica acidental	2
		Nada a fazer	13

Relativamente à análise desta categoria, verificou-se que a **disponibilização de dispositivos médicos de segurança**, tais como lancetas, poderia diminuir o risco de acidente, verbalizado por dois (2) participantes.

*“Se eu tivesse tido lancetas, se calhar não me tinha picado.” E13*

Uma das práticas responsável por um número elevado de picadas com agulhas é o **reencapsulamento**, pelo que dois (2) participantes consideram nunca mais voltar a reencapsular uma agulha.

*“O reencapsulamento nunca existir” E1*

*“Nunca mais voltei a reencapsular uma agulha e (...) por mais que digam que não pode estar nada em cima da bancada porque tem pouco espaço, está lá sempre um contentor.” E1*

A **disponibilização de contentores** para objectos cortantes em locais acessíveis e substituídos a partir do nível de segurança, é considerado fundamental para quatro (4) dos participantes.

*“Era o contentor estar acessível...” E1*

*“(...) a questão do acidente que ocorreu comigo, foi se calhar fazer tudo ao mesmo tempo, eu devia ter colocado logo a seringa no contentor dos cortantes, por acaso não existia nenhum contentor ali no quarto (...)” E19*

*“[O contentor] já estava um pouco cheio.” E11*

A **utilização dos equipamentos de protecção individual (EPI)** é essencial na prevenção da transmissão da infecção para cinco (5) entrevistados.

*“As protecções existentes, eu acho que são suficientes para a nossa actuação, temos é que usá-las sempre.” E12*

*“(...) se eu tivesse conhecimento[das serologias] tinha calçado luvas, não é? (...) se as luvas fossem adaptadas à minha mão, talvez eu calçasse mais vezes.” E3*

Da mesma forma, a adopção de **práticas de trabalho** mais seguras é manifestado por nove (9) entrevistados.

*“Exactamente, vou tentar adoptar mais cuidados a nível de prevenção.” E19*

*“Efectivamente o erro que cometi nunca mais voltei a cometer.” E11*

A **manutenção das medidas de protecção** utilizadas anteriormente é manifestada por sete (7) participantes.

*“(...) eu como já utilizava as medidas de protecção individual, portanto mantenho os mesmos cuidados.” E12*

*“Eu já tinha posto as precauções, penso que nem sequer foram demais, acho que eram as necessárias.” E15*

É ainda referido pelos profissionais a necessidade de **formação e informação** sobre os riscos ocupacionais a que se encontram expostos e sobre o circuito de notificação dos acidentes de serviço/trabalho a nível dos vários serviços, referido por dois (2) e quatro (4) participantes, respectivamente.

*“(...) algumas acções de formação, provavelmente também acho que eram importantes, para reciclar, (...)” E15*

*“(...) eu penso que essa informação é que não está uniformizada.” E7*

*“(...) isto é o segundo acidente de serviço, (...) e eu senti-me completamente a zero.” E20*

*“[Falta de] Informação escrita.” E8*

Para além do referido, é mencionado a importância de se encontrar disponível um **serviço de informação** permanente na Instituição, por um (1) participante.

*“A possibilidade de existência de um canal próprio em que 24 horas por dia, que a gente tenha acesso, tal como acontece para o público em geral lá fora (...)” E18*

*“Porque isto, andamos aqui, são dezenas de pessoas a trabalhar, ou centenas e o risco que temos visto é de doentes permanentemente a entrar, seja pela urgência, seja através da consulta, lidamos com esse tipo de doentes portadores de riscos e penso que um canal próprio, penso que não seria errado.” E18*

Um (1) dos entrevistados manifesta a importância de um **mecanismo oficial** que proteja os profissionais de saúde no caso de seroconversão.

*“Porque o próprio Ministério, não aceita que nós somos um grupo de altíssimo risco, (...)” E9*

*“(...) haver um mecanismo que nos defenda em caso de uma situação de contágio, (...)” E9*

Da mesma forma, dois (2) participantes explicam que um dos comportamentos adoptadas após a exposição microbiológica é o ter **mais calma** nas suas práticas diárias, privilegiando a segurança.

*“(...) apesar de ter uma carga de trabalho (...) [tento] pelo menos andar mais calma.” E17*

No entanto, é referido em duas (2) entrevistas, a **memória** da sua exposição microbiológica acidental faz com adoptem medidas de prevenção na prestação de cuidados diários, especialmente a doentes de risco.

*“(...) em cada situação, mais em que tive doentes de risco recordo-me sempre do acidente que tive e sem dúvida e (...) procuro mais ainda do que antes, ter algum cuidado.” E18*

Neste âmbito, treze (13) participantes consideram não saberem que outras **medidas adicionais** adoptar para além das que naturalmente utiliza para evitar as suas exposições.

*“No caso, não estou a ver que medidas adicionais, porque nós já íamos tomando...como já sabia que o doente era um doente infectado, (...)” E16*

*“Não, acho que foi mesmo acidente, foi um acidente incontornável digamos assim (...)” E6*

### **6.3.3. Área temática 3: Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de *Stress* Ocupacional e os Factores de *Stress* Ocupacional**

Na área temática 3: Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de *Stress* Ocupacional e os Factores de *Stress* Ocupacional foram estruturadas sete categorias que se passam a enumerar:

**Categoria 1- Factores intrínsecos ao trabalho.**

**Categoria 2- Papel organizacional.**

**Categoria 3- Factores de relacionamento interpessoal.**

**Categoria 4- Factores relacionados com os recursos humanos, materiais e técnicos**

**Categoria 5- Factores relacionados com o utente.**

**Categoria 6- Factores relacionados com o ambiente de trabalho.**

**Categoria 7- *Stress* ocupacional e condição emocional após a exposição microbiológica acidental.**

### 6.3.3.1. Factores intrínsecos ao trabalho

Ao analisar esta categoria, **Factores intrínsecos ao trabalho** pretende-se conhecer a opinião dos entrevistados sobre o *stress* ocupacional e os factores de *stress* intrínsecos ao trabalho. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 17.

Quadro 17– Factores intrínsecos ao trabalho

Área Temática 3	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de <i>Stress</i> Ocupacional e os Factores de <i>Stress</i> Ocupacional	Factores intrínsecos ao trabalho	Conceito de <i>stress</i> ocupacional	9
		Organização do trabalho	4
		Desorganização dos serviços	6
		Sobrecarga de trabalho	5
		Falta de tempo para realizar as actividades	2
		Condições de trabalho	1
		Planeamento do trabalho	2
		Não reconhecimento no trabalho	3
		Trabalho por turnos	1

De acordo com o **conceito** de *stress* ocupacional, nove (9) entrevistados referem que é o *stress* relacionado com o trabalho.

“[*stress* ligado] Ao trabalho. São situações que estamos constantemente sujeitos ou porque o doente não está bem, ou porque a família não está bem.” **E1**

“(…) alguma pressão, tensão, que na nossa profissão podem vir de várias fontes, quer o doente, quer família, quer a equipa médica, quer com os próprios colegas, (…)” **E2**

“Calculo que seja mesmo *stress* ligado ao trabalho (…)” **E10**

Quatro (4) entrevistados referem que os factores de *stress* podem estar relacionados com a **organização do trabalho**.

“Neste momento com a própria organização do trabalho.” **E8**

“Se a organização não for a melhor, não for facilitadora da nossa actividade é logo um ambiente de *stress*.” **E15**

*“(...) tem a ver com a organização do trabalho.” E9*

Seis (6) participantes são da opinião de que o *stress* pode estar relacionado com a **desorganização** existente nos serviços, cinco (5) à **sobrecarga de trabalho** e consequentemente dois (2) à **falta de tempo** para realizar as tarefas e um (1) às **condições de trabalho**.

*“[A desorganização dos serviços] (...) são as coisas mais stressantes.” E5*

*“(...) isto que se passou com o meu acidente, o stress de andar com muito trabalho, (...)” E17*

*“Tem mais a ver com a quantidade de trabalho.” E17*

*“(...) um factor de Stress Ocupacional é o facto de ter muitos doentes, muitos cuidados para prestar, num espaço muito curto de tempo e isso é um factor de stress, (...)” E17*

*“Sentimos que somos poucos, e que ainda nos retiram, (...)” E7*

*“Bom, há condições de trabalho que não são talvez as mais adequadas que motivam todo um ambiente stressante, (...)” E3*

Para além do referido, dois (2) participantes enunciam o *stress* relacionado com as dificuldades no **planeamento do trabalho**.

*“(...) como estou à pouco tempo nesta unidade ainda me é um pouco difícil às vezes (...) planear(...)[o trabalho]” E11*

*“Às vezes, há assim umas transferências [de utentes] muito repentinas e quando nós pensamos que temos o trabalho todo encarrilhado, voltamos à estaca zero (...)” E11*

O não **reconhecimento no trabalho**, bem como o **trabalho por turnos**, foram mencionado por três (3) e um(1) participante como factores de *stress*.

*“(...) nós estamos numa sociedade que infelizmente funciona desta forma, quer dizer, não somos respeitados, seja de que classe profissional for, e é muito difícil hoje em dia.” E6*

*“(...) não somos reconhecidos no trabalho. Neste momento é o que eu sinto.” E8*

*“Acho que é o stress normal de quem tem que trabalhar por turnos.” E10*

“(…) notei muito com a diminuição do horário, portanto passar das 42 para as 35 senti uma diferença horrível, (…)” **E10**

### 6.3.3.2. Papel organizacional

No que se refere ao **Papel organizacional** pretende-se conhecer as opiniões dos entrevistados sobre o *stress* relacionado com o papel organizacional e a ambiguidade do papel. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 18.

Quadro 18– Papel organizacional

Área Temática 3	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o Conceito de <i>Stress</i> Ocupacional e os Factores de <i>Stress</i> Ocupacional	Papel organizacional	Multiplicidade de tarefas	3
		Múltiplas solicitações	5
		Ambiguidade de papeis	1

Verifica-se que três (3) participantes atribuem à **multiplicidade de tarefas** no seu desempenho diário e cinco (5) às **múltiplas solicitações** como estando na origem do *stress*.

“*Exactamente. [o stress é provocado pela multiplicidade de tarefas]*” **E5**

“*Muitas solicitações, porque a equipa não funciona (…)* ou então quando funciona o elo mais fraco é sempre o mais sujeito, estou a falar nomeadamente da parte médica, tudo corre bem, não se dá por nada, quando corre mal a culpa é sempre do enfermeiro.” **E1**

“*Com as solicitações, e penso que hoje em dia, (…)* a carga de *stress* é maior (…)” **E9**

“*Muita solicitação ao mesmo tempo.*” **E10**

“(…) com aquela ansiedade de estar a administrar a medicação e ainda estar a dar resposta às solicitações, [piquei-me]” **E1**

Constatou-se ainda que um (1) dos entrevistados refere que o *stress* pode surgir devido ao facto de haver uma **ambiguidade nos papeis**, que obriga por vezes a

realização de tarefas que não fazem parte das suas funções, nomeadamente tarefas de ordem administrativa.

“(…) porque se perde muito tempo com coisas que não têm nada a ver com a parte de enfermagem.” **E4**

“(…) porque a secretária de unidade também não tem tempo, às vezes para aliviá-la a ela, (…) acabamos por...não é perder tempo, porque são coisas que são importantes, (...)”**E4**

“(…) sou eu a atender o telefone (...)” **E4**

### 6.3.3.3. Factores de relacionamento interpessoal

Relativamente aos **Factores de relacionamento interpessoal** pretende-se conhecer as opiniões dos entrevistados sobre os factores de *stress* decorrentes das relações no trabalho. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 19.

**Quadro 19– Factores de relacionamento interpessoal**

Área Temática 3	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o Conceito de <i>Stress</i> Ocupacional e os Factores de <i>Stress</i> Ocupacional	Factores de relacionamento interpessoal	Chefias	1
		Trabalho na equipa multiprofissional	4
		Imagem profissional	1
		Tem intenção de sair da Instituição por falta de bem-estar no serviço e na Organização	1

De acordo com a análise das entrevistas efectuada, um (1) dos entrevistados refere a **chefia** como sendo a responsável pelo *stress* no serviço.

“Eu penso, (...) que é sobretudo no campo relacional entre as pessoas e o papel que o director do serviço consegue ter que aumenta ou diminui o *stress*.” **E16**

Constatou-se que quatro (4) participantes referem o **trabalho na equipa multiprofissional** como factor de *stress*, pelos conflitos existentes.

“(…) não há um trabalho bem desenvolvido em termos de equipa que seja facilitador (...)” **E1**

“(…) a mim mesmo ao longo destes 12 anos que tenho de profissão, do que mais me tem causado *stress* são os conflitos entre equipa do que propriamente com o doente.” **E14**

Evidencia-se ainda a **percepção que a família** tem acerca dos enfermeiros e da sua prestação de cuidados como factor de *stress*, mencionado por um (1) participante.

“(…) da forma como as coisas estão a ser conduzidas isto é completamente discrepante, porque não facilita em nada, nem o trabalho de enfermagem, nem a visão com que os familiares ficam de nós, porque o que eles vêem é enfermeiros a correr de um lado para o outro (…).” **E6**

É referido por um (1) entrevistado a intenção de sair da Instituição por **falta de bem estar no serviço e na Organização**.

“Neste momento sim. (...) não me sinto bem cá neste momento.” **E8**

“(…) com a organização do serviço (…).” **E8**

#### 6.3.3.4. Factores relacionados com os recursos humanos, materiais e técnicos

Nesta quarta categoria, **Factores relacionados com os recursos humanos, materiais e técnicos** pretende-se descrever os factores de *stress* relacionados com os recursos humanos, materiais e técnicos. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 20.

Quadro 20–Factores relacionados com os recursos humanos, materiais e técnicos

Área Temática 3	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o Conceito de <i>Stress</i> Ocupacional e os Factores de <i>Stress</i> Ocupacional	Factores relacionados com os recursos humanos, materiais e técnicos	Recursos humanos/excessivo número de utentes/enfermeiro	5
		Carência de recursos materiais e técnicos	5

Um dos factores de *stress* relacionados com os **recursos humanos** é o rácio utente/enfermeiro, ou seja o número excessivo de utentes para os enfermeiros disponíveis nos serviços.

“Depois por vezes o rácio de um enfermeiro/doente também não é o mais correcto” **E1**

“(…) ter muitos doentes a cargo, muitas horas de cuidados, (…).” **E17**

“E está um enfermeiro sozinho e aquilo é uma unidade.” **E1**

Em uma (1) das entrevistas é mencionada a **idade** como factor de *stress*.

“E a idade às vezes também já não ajuda muito, que a pessoa começa a perder a paciência.” **E9**

É de salientar ainda que a carência de **recursos materiais e técnicos** pode influenciar a ocorrência de *stress* na opinião de cinco (5) participantes.

“O equipamento velho a não dar despacho (...) são sempre situações stressantes (...)” **E3**

“(...) esperamos habitualmente quase 1 hora entre cada doente que operamos (...). Isto é stressante (...)” **E9**

“(...) porque nós temos material já muito danificado, em que o cirurgião está constantemente a reclamar e isso torna-se um bocadinho stressante, sim.” **E14**

### 6.3.3.5. Factores relacionados com o utente

Na quinta categoria, **Factores relacionados com o utente** pretende-se conhecer a opinião dos participantes sobre a forma como os factores relacionados com o utente influenciam a ocorrência de *stress*. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 21.

Quadro 21– Factores relacionados com o utente

Área Temática 3	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o Conceito de <i>Stress</i> Ocupacional e os Factores de <i>Stress</i> Ocupacional	Factores relacionados com o utente	<i>Stress</i> relacionado com a patologia, gravidade e estado clínico do utente	5
		<i>Stress</i> relacionado com a relação com a família do utente	4
		<i>Stress</i> relacionado com a prestação de cuidados em situações de emergência	2
		<i>Stress</i> relacionado com a actividade no Bloco Operatório	3
		Estratégias para gerir o <i>stress</i> no bloco operatório	1

A **patologia, a gravidade e estado clínico do utente** é mencionado por cinco (5) participantes como factor de *stress* ocupacional.

*“(...) obviamente que depois os próprios doentes, instáveis como estão a maioria deles, há sempre aquela ansiedade (...)” E11*

*“(...) com as situações [dos utentes] com que nos deparamos, com as situações de grandes incapacidades, (...)” E15*

*“[O serviço] É muito pesado, [em termos de carga psicológica] muito pesado” E7*

*“(...) situações de acidente, situações psicológicas que enfim ao termos conhecimento do caso que temos em mãos, são sempre situações stressantes, mas que não nos podemos alhear delas.” E3*

Da mesma forma, o relacionamento com a **família do utente** e a prestação de **cuidados em situações de emergência** contribuem para o aumento do *stress* em quatro (4) e dois (2) entrevistados, respectivamente.

*“(...) temos de ser nós a servir de muleta àquela família, para explicar a situação em que o doente está.” E11*

*“(...) depois dizendo a verdade, exige também que tenhamos que os acompanhar [no percurso de aceitação da doença].” E11*

*“(...) alguns factores que possam condicionar o stress, são realmente as situações de emergência, (...)” E13*

*“Porque por mais que nós dominemos as técnicas e a teoria é sempre uma situação de emergência, em que se sente mesmo um disparo de adrenalina quando alguma coisa é necessário fazer.” E13*

Especificamente três (3) participantes relacionam o *stress* com a **actividade em bloco operatório**, pela ansiedade que despertam as tarefas e técnicas de precisão associadas.

*“(...) por muitos doentes que a gente já tenha tratado, cada doente que envolve um tratamento, nomeadamente um tratamento cirúrgico no bloco operatório, envolve um stress próprio (...)” E18*

*“(...) ainda hoje sofro muito com isso, cada vez que vou entrar para o bloco operatório, sinto sempre um grande grau de ansiedade.” E9*

“(…) é como os artistas quando vão para o palco, antes de entrar no nosso palco, naquele bloco operatório...” **E9**

“(…) tenho sempre uma grande carga de ansiedade. [antes de entrar no bloco]” **E9**

**O humor, o riso e o aumento do volume e tom de voz** são factores que contribuem para a diminuição do *stress* em bloco operatório, mencionado por um (1) participante.

“(…) com o aparecimento de algum humor da sala operatória, aumento do volume e tom de voz das pessoas, uma decompressão que é perfeitamente latente em todas as cirurgias.” **E18**

“O humor, o riso, (...), uma certa maneira de estar que para quem não conhece as coisas (...) podia pensar que não seria próprio num bloco operatório, (...)” **E18**

“(…) mas é um libertar de uma tensão que é muito notória, que é muito visível e que quem lá está conhece muito bem.” **E18**

### 6.3.3.6. Factores relacionados com o ambiente de trabalho

Nesta categoria, **Factores relacionados com o ambiente de trabalho** pretende-se conhecer a opinião dos entrevistados sobre a influência do ambiente de trabalho e o *stress*. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 22.

**Quadro 22– Factores relacionados com o ambiente de trabalho**

Área Temática 3	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o Conceito de <i>Stress</i> Ocupacional e os Factores de <i>Stress</i> Ocupacional	Factores relacionados com o ambiente de trabalho	Ambiente Físico	4
		Sobrecarga Física	3

Quatro (4) entrevistados referem que o **ambiente físico**, nomeadamente o calor, o frio, o ambiente fechado e o isolamento constituem factores de *stress*.

“(…) tem que ver com as condições físicas de trabalho, estes calores insuportáveis que nós estamos a passar (...) em que nós não temos um ar – condicionado, um ar reforçado, (...)” **E6**

“No meu caso há um motivo (...) que é o facto (...) de nós nunca vermos o sol, (...) nem termos uma janela para o exterior.” E3

“(...) não sei se está sol, se está chuva, se está frio, se está vento, (...) nós sabemos que hoje em dia, isso está provado que são condições stressantes (...)” E3

“A falta de condições, muito frio, muito calor, as diferenças térmicas, (...)” E7

“A mim, stressa-me muito o sítio onde neste momento trabalho, principalmente, porque é um ambiente fechado, não gosto muito de estar fechada (...)” E14

Para além do referido, a **sobrecarga física** decorrente da manipulação dos utentes e a ocorrência de lesões músculo–esqueléticas constituem factores de *stress* para um (1) entrevistado.

“Muito pesado, são doentes (...) não é só a patologia ortopédica, tem outras patologias associadas, (...)” E4

“Mas eu não consigo, (...) em Fevereiro tive 8 doentes, (...), foi uma sobrecarga, (...) o meu problema de coluna agravou-se.” E4

“(...) às vezes sinto-me mal, porque (...) tento fazer mais do que aquilo que eu posso, depois no outro dia não me consigo mexer.” E4

### 6.3.3.7. Stress ocupacional e condição emocional após a exposição microbiológica accidental

A sétima categoria, **Stress ocupacional e condição emocional após a exposição microbiológica accidental** pretende conhecer a opinião dos entrevistados sobre o stress ocorrido após a exposição microbiológica. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 23.

Quadro 23 – Stress ocupacional e condição emocional após a exposição microbiológica accidental

Área Temática 3	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de Stress Ocupacional e os Factores de Stress Ocupacional	Stress ocupacional e condição emocional após a exposição microbiológica accidental	Stress pós traumático relacionado com a exposição microbiológica accidental	14
		Não tem intenção de abandonar a Instituição após o acidente	13
		Tem intenção de sair da Instituição sem relação com o acidente	6
		Gostar de trabalhar na Instituição	2
		Medo de despedimento em caso de seroconversão	1

Maioritariamente verifica-se que catorze (14) participantes apresentaram **stress pós-traumático** após a exposição microbiológica acidental.

*“Sinto, [que foi uma situação traumática e stressante] (...) porque nós estamos a exercer as nossas funções e depois acabamos por sofrer uma consequência, nomeadamente um acidente.” E1*

*“(...) é claro que é stressante, saber que a qualquer momento podemos saber que temos assim, um presente envenenado.” E10*

*“Era constante, olhar para os colegas e dizer olha eu possivelmente...estou...são tudo situações muito constrangedoras e stressantes. Especialmente porque nós também podemos causar a quem vive ao pé de nós algum risco, portanto, não são momentos fáceis.” E12*

Quando questionados sobre a **intenção de abandonar a Instituição após a exposição**, treze (13) participantes referem não ter essa intenção.

*“A abandonar a instituição não, (...)” E2*

*“Não, depois do acidente não.” E4*

*“Após o acidente de serviço? Isso nunca, nunca mesmo.” E11*

*“Não, tenho sentindo um grande apoio por parte dos colegas.” E19*

No entanto, seis (6) evidenciam a sua **intenção de abandonar a Instituição** não se encontrando os motivos associados à exposição microbiológica.

*“(...) da instituição, enquanto Hospital de São José já, (...) pelas mais variadas situações, por umas duas vezes.” E3*

*“Às vezes sim (...)” E7*

*“(...) já tenho transferência, desde o ano passado com o Centro de Saúde, (...)” E4*

É ainda salientado o **prazer em trabalhar na Instituição**, mesmo após a ocorrência da exposição por dois (2) participantes.

*“(...) gosto do que se faz no hospital, não posso dizer que não gosto.” E4*

*“Eu já tive, já vivi mesmo uma situação (...) mas tive 2 anos fora, exactamente porque pensei que poderia exercer a minha profissão num sitio em que a compensação fosse maior.” E9*

O **medo** em ser despedido após a exposição no caso de seroconversão, foi expresso por um (1) profissional.

*“Não, eu considerei foi que iria ser rejeitada pela Instituição caso eu...contraísse...[o VIH]” E13*

*“Surgiu-me esse medo, não sei porquê, mas surgiu-me esse medo, (...) mas pôs-se essa possibilidade...” E13*

*“Foi só pensar bem, se eu contrair agora o HIV, eu não vou mais poder trabalhar.” E13*

### 6.3.4. Área temática 4: Redes de Suporte Social e sua Importância para os Profissionais de Saúde

Na área temática 4: Redes de Suporte Social e sua Importância para os Profissionais de Saúde foram estruturadas duas categorias que se passam a descrever:

**Categoria 1 – Intervenção das redes de suporte social aquando da exposição microbiológica accidental.**

**Categoria 2 – Suporte social dos profissionais de saúde.**

#### 6.3.4.1. Intervenção das redes de suporte social aquando da exposição microbiológica accidental

A primeira categoria, **Intervenção das redes de suporte social aquando da exposição microbiológica accidental** pretende salientar as redes de suporte social dos participantes após a exposição microbiológica accidental. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 24.

**Quadro 24– Intervenção das redes de suporte social aquando da exposição microbiológica accidental**

Área Temática 4	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Redes de Suporte Social e sua Importância para os Profissionais de Saúde	Intervenção das redes de apoio social aquando da exposição microbiológica accidental	Intervenção da saúde ocupacional após a exposição microbiológica accidental	18
		Acompanhamento no Follow-up da exposição e toma da medicação antiretroviral	10
		Apoio da família, companheiro e amigos aquando da exposição microbiológica accidental	7
		Apoio dos colegas aquando da exposição microbiológica accidental	9
		Sem necessidade de apoio da família e colegas	5

O **apoio** dispensado pelos profissionais do **serviço de saúde ocupacional** aquando da exposição microbiológica accidental, foi positivo e consensual em dezoito (18) participantes.

*“O apoio da Saúde Ocupacional, foi suficiente.” E9*

*“(…) fui esclarecida em relação ao que teria que fazer (...) o que se iria proceder, fui informada depois dos resultados das análises, se teria que tomar alguma medida ou não, portanto acho que funcionou.” E1*

*“Por acaso não estava à espera que de vez em quando tinha o telemóvel a tocar alguém a perguntar-me como é que eu estava, se haviam efeitos secundários, porque havia a eventualidade de haver efeitos secundários e eu não conseguir vir trabalhar.”*

**E2**

A importância do acompanhamento efectuado pelo serviço de saúde ocupacional durante o **follow-up e toma dos antiretrovirais** foi sentido como correcto por dez (10) participantes como correcto.

*“(...) às vezes até eu me esquecia e acabava por ser a saúde ocupacional que me lembrava que já estava na altura de fazer as serologias.”* **E11**

*“Às vezes, [Também precisamos de sentir apoio]”* **E2**

*“(...) o que eu posso dizer é que eu ontem após ter falado com a Enfermeira F., posso dizer que fiquei muito mais tranquila (...)”* **E19**

*“A parte psicológica que acho que é o que na altura, era o que eu precisava mais, a esse nível senti apoio.”* **E2**

É ainda referido por sete (7) entrevistados que encontraram na **família, companheiro e amigos** o seu principal apoio aquando da exposição microbiológica.

*“Não é propriamente um trabalho agradável em termos de vivências e de experiências. [se não ter houver uma rede de suporte de amigos para nos apoiar]”* **E10**

*“(...) eu acho que a nível de suporte de família e amigos eu considero que tenho um grande suporte.”* **E2**

*“(...) tive da minha família (...) depois de ter falado com eles, arrependi-me um pouco porque ficaram muito assustados.”* **E13**

*“Os meus pais (...) ficaram muito assustados, e eu pensei na altura, bem se calhar não lhes devia ter dito isto, (...)”* **E13**

*“Sim, do meu namorado. Sem dúvida.”* **E19**

O **apoio e disponibilização dos colegas** aquando da exposição microbiológica acidental é referenciada neste estudo por nove (9) dos participantes.

“(…) ainda agora há dias em que elas [as colegas de trabalho] tentam evitar que eu fique com um doente com uma patologia mais severa, para passar esta primeira fase.” **E6**

“Pronto, não foi necessário, mas que realmente teve isso em atenção e toda a gente que colheram logo o sangue ao doente, tive o apoio todo, mesmo para servirem como testemunhas, tudo.” **E14**

Por outro lado, cinco (5) entrevistados mencionam que não tiveram necessidade do **apoio da família e colegas**.

“Mas não senti necessidade de apoios.” **E4**

“Não houve necessidade.” **E7**

#### 6.3.4.2. Suporte social dos profissionais de saúde e sua importância

Nesta categoria, **Suporte social dos profissionais de saúde e sua importância** permite avaliar os tipos de apoio social de que dispõem. As subcategorias são apresentadas no seguinte Quadro 25.

Quadro 25– Suporte social dos profissionais de saúde e sua importância

Área Temática 4	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Redes de Suporte Social e sua Importância para os Profissionais de Saúde	Suporte social dos profissionais de saúde e sua importância	Família	7
		Amigos	17
		Colegas	11
		Importância das relações multiprofissionais fora do local de trabalho	15
		Necessidade da existência de espaços e tempo de reflexão sentida pelos profissionais de saúde	14
		Sem necessidade de espaço e tempo para reflexão	6

Após a análise das entrevistas verificou-se que a **família, os amigos e os colegas de trabalho** são importantes como suporte social imediatamente após a exposição microbiológica acidental, verbalizado por sete (7), dezassete (17) e onze (11) participantes.

“Sim, e às vezes até com injustiça, porque levamos daqui o stress e a carga psicológica normal de trabalhar num Hospital, (...)” **E1**

*“(...) o facto de estar com os amigos, o facto de estar com os familiares, (...) faz com que eu me sinta bem e acabe por largar um bocado esse stress que tenho.” E3*

*“Perdem-se muitos amigos.” E10*

*“Ter o apoio social, não viver só para a enfermagem, ter horizontes fora da enfermagem, porque é uma profissão que nos consome muito, muito tempo, (...)” E13*

*“Nem que seja por 8 horas, a enfermeira ficou no Hospital agora não sou enfermeira, não me falem em trabalho, não quero saber nada disso.” E10*

*“(...) e fora [do hospital] sem ser com profissionais.” E7*

*“O sítio onde eu vim, era bastante apoiada e funcionávamos como uma verdadeira equipa, depois mudei para outro serviço onde a adaptação foi diferente, porque não conhecia as pessoas e senti muito a falta desse apoio dos colegas” E1*

*“Partilha de sentimentos e angústias e receios e medos e essas coisas, com parceiros que vivem as mesmas coisas é que aliviamos porque quem não percebe da área de saúde não consegue e nem tem que ouvir estas coisas.” E1*

*“Vividas no dia-a-dia e hoje estamos muitas vezes a conversar e eu dou conta que o pouco tempo que temos, realmente é para “desabafarmos” (...)” E2*

*“(...) sobre essas situações que ou surgiram hoje, ou surgiram ontem e com as quais tivemos de lidar (...)” E2*

*“Até porque se não o fizermos acaba por ser a situação que referi anteriormente, vamos fazê-lo com pessoas que não têm nada a ver com os nossos problemas pessoais, profissionais (...) nós temos que desabafar é com os parceiros que vivem aqueles momentos.” E1*

No entanto, alguns participantes evidenciam a importância da partilha de sentimentos com a sua rede de apoio, nomeadamente da **família e amigos**.

*“A família é que às vezes se queixa da pouca disponibilidade que vamos tendo.” E16*

*“(...) doentes a solicitarem-nos em termos psicológicos, (...) vamos para casa e vamos ter necessidade de desabafar isto tudo para cima dos nossos companheiros, familiares e amigos e tornamo-nos uns chatos (...)” E1*

Pode-se também observar que (quinze) 15 dos entrevistados mencionam a importância das **relações multiprofissionais extra hospital**, salientando a sua importância.

*“Aliás, alguns amigos são amigos que ficaram de outros sítios onde se foi trabalhando (...) alguns deles são colegas de profissão (...) é quase inevitável.” E10*

*“E não só no local de trabalho, acho que é essencial haver momentos de convívio extra – serviço.” E12*

*“Porque nós temos posturas diferentes de acordo com o local em que estamos, e quando nos encontramos fora da instituição conhecemo-nos de uma forma diferente e muitas vezes entendemo-nos muito melhor. Acho que é essencial.” E12*

*“(...) conhecer a pessoa fora dali, daquele stress, é completamente diferente e ajuda a depois a ter alguma base de sustentação quando as coisas correm menos bem.” E14*

A necessidade de **espaço e tempo para reflexão** acerca das suas vivências e práticas diárias após a exposição microbiológica é sentida pelos profissionais, foi mencionada por catorze (14) participantes.

*“(...) eu pessoalmente (...) preciso de alguns momentos em que preciso de estar só e fazer alguma introspecção (...)” E2*

*“Gosto de ter o meu espaço.” E7*

*“Estamos a reflectir e a processar o que é que andamos a fazer aqui,(...).” E10*

*“Pequenos momentos para reflectirmos e pensarmos seriamente em todo este tipo de vivências que nós temos no dia-a-dia e até para tentar superar e melhor sentirmos melhor com nós próprios e com os outros.” E12*

No entanto seis (6) dos entrevistados referem **não ter necessidade de espaço e tempo para reflexão**.

*“Não, sou uma pessoa que me sinto bem em convívio e acompanhado.” E16*

*“(...) acho que é deixar passar o tempo normalmente sem pensar muito, porque ajuda a passar, a afastar fantasmas.” E6*

## **6.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A reflexão sobre a prática profissional é particularmente importante à formação dos profissionais de saúde. O desenvolvimento desta capacidade auto - reflexiva é fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados prestados. É desta reflexão que surge a capacidade de se respeitar a si próprio e ao outro enquanto ser humano.

Cada indivíduo é um ser único, com vivências, sentimentos, pelo que respeitá-lo será aceitá-lo com os seus hábitos de vida, crenças e valores, não fazendo juízos de valor acerca das suas opiniões e formas de agir.

A análise e discussão dos resultados que a seguir se apresentam, resultam da análise de conteúdo decorrente das entrevistas e caracterização dos acidentes de serviço/trabalho ocorridos entre 2002 e 2006.

### **6.4.1. Acidentes por Exposição Microbiológica Acidental**

Os acidentes de serviço/trabalho têm um impacto múltiplo no funcionamento das instituições e representam para estas e para a sociedade em geral, um custo cujos contornos são difíceis de apurar dada a dificuldade em determinar com rigor quais os elementos que o integram e o peso específico de cada um. Apesar de difíceis de contabilizar os acidentes têm custos, com efeitos no absentismo, na diminuição da produtividade e inclusive na rotatividade de pessoal para fazer face à ausência do profissional acidentado.

No Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José, nos anos de 2002 a 2006 foram notificados 305 acidentes, destes 243 ocorreram em profissionais de sexo feminino e 62 no sexo masculino. Tomando como referência a população trabalhadora deste Hospital verifica-se que 1755 são mulheres e 832 são homens pelo que os dados encontrados não significam que ocorram mais acidentes por exposição microbiológica no sexo feminino mas porque tradicionalmente as profissões da saúde estão mais ligadas à mulher e também porque o número de profissionais femininas é mais elevado do que o número dos profissionais masculinos neste Hospital.

O tipo de acidente por exposição microbiológica notificado mostra que 67% destes acidentes correspondem às picadas e 18% ao acidente por corte, o que correspondente a um total de 85% dos acidentes. Este valor encontrado é ligeiramente mais elevado do que o exposto pelo *National Surveillance System for Health Care*

*Workers- NaSH* (Centers for Disease Control and Prevention– CDC, 2004) que apresenta o valor de 80% neste tipo de lesões.

Embora existam muitos tipos de materiais perfuro-cortantes que originam as lesões nos profissionais de saúde, os mais evidentes são as agulhas subcutâneas 18,8%, as agulhas intravenosas 9,4%, outras agulhas 8,4%, as seringas de heparina com agulha incorporada 5,7%, as agulhas intramusculares 5%, o catéter intravenoso periférico 8,1% e as lâminas de bisturi correspondente a 13,1% das lesões.

Num estudo do *National Surveillance System for Health Care Workers- NaSH* demonstra que são seis os instrumentos particularmente responsáveis por estas lesões e que são: as seringas dispostas com agulha incorporada (32%), as agulhas de sutura (19%), as agulhas do tipo butterfly (12%), as lâminas de bisturi (7%), o catéter intravenoso (6%) e as agulhas de flebotomia (3%). Globalmente consideram ser as agulhas com lúmen interno as responsáveis por 59% de todas as lesões com material perfuro cortante. (Centers for Disease Control and Prevention- CDC, 2004)

Comparando a percepção dos participantes face ao circuito de notificação dos acidentes, verifica-se 65% conhecem o circuito e 35% desconhecem o mesmo. No entanto, da análise de conteúdo efectuada, 35% dos participantes explicam que no momento da exposição microbiológica tiveram muitas dúvidas e 19% efectuaram os procedimentos imediatos que dizem conhecer. Em relação aos procedimentos no caso do utente fonte ser positivo para a hepatite B, C, e VIH, 58% dos participantes refere ter conhecimento e 42% diz não ter conhecimento dos protocolos.

Num estudo efectuado em 499 profissionais de enfermagem por Segarra, Pérez, Aceitero & Ortín (2003) é referido que 68% destes conhece o circuito de notificação do acidente e 51% afirma conhecer o protocolo de exposição acidental no seu local de trabalho.

Um dos grandes problemas referentes à subnotificação dos acidentes relaciona-se com a morosidade do processo de notificação. Segundo a análise de conteúdo efectuada constatou-se que oito (8) dos participantes referiram as dificuldades sentidas no circuito de notificação do acidente por exposição microbiológica conduzindo a uma subnotificação dos mesmos:

“(…)[A notificação do acidente] trás uma quantidade enorme de coisas que temos que fazer e às vezes é um bocadinho por preguiça, outras vezes pelas chatices que dá (…)” **E14**

*“(...) depois acabamos por desistir de notificar esses acidentes.” E7*

É referido por alguns autores que a subnotificação dos acidentes de serviço prende-se essencialmente pela morosidade do processo de notificação, mas também pela cultura do silêncio, pelas pressões do tempo e pelos constrangimentos que causa uma exposição acidental.

Num estudo realizado por Elmiyeh, Whitaker, James, Chahal & Galea (2004) num hospital geral distrital, em Inglaterra, 279 profissionais de saúde foram questionados acerca da sua experiência relativamente às picadas acidentais e a sua atitude perante a notificação, verificando-se que apesar de cerca de 80% destes estarem conscientes de que os incidentes semelhantes devem ser notificados, apenas 51% destes o reportaram. Os médicos fazem-no em menor quantidade do que os enfermeiros, apesar de estarem igualmente expostos a este tipo de lesões. Cerca de 6,2% dos médicos referem como factor decisivo para a não notificação o facto de sentirem medo ou receio de que o resultado das suas serologias viesse positivo e que isso lhes afectasse a carreira e a profissão.

Da análise por categoria profissional observa-se que os enfermeiros são o grupo profissional que mais notificou este tipo de acidentes com 46,6% o que não causa estranheza dado que são os mesmos que manuseiam com maior frequência uma grande variedade de material perfuro cortante e que permanecem o maior número de horas junto do utente, seguidos dos médicos em 25% (médicos e médicos de anestesia) e dos auxiliares de acção médica 18%.

No estudo de Martí, Navarrete, Codes & Llorente (2003) os valores são um pouco diferentes como se pode observar, a maioria das exposições acidentais ocorreram também em enfermeiros (45,7% das exposições percutâneas e 42,6% das mucocutâneas) seguido dos auxiliares de acção médica (15,2% e 13,9%) e os médicos (11,2% e 13,1% respectivamente).

De acordo com a análise de acidentes é no turno da manhã que ocorrem mais acidentes com o valor de 64,9%, seguido do turno da tarde com 17,4%, e do turno da noite com 15,4% dos acidentes. Estes valores poderão ser explicados de alguma forma pelo maior número de profissionais existentes no turno da manhã, um maior número de técnicas diferenciadas e ainda pelo facto de alguns serviços só se encontrarem em funcionamento no turno da manhã.

Da mesma forma, o estudo efectuado por Martí, Navarrete, Codes & Llorente (2003) entre 1998 e 2000 e num total de 11.660 exposições acidentais, 59,5% ocorreram no turno da manhã, das 9 e as 15 horas correspondente às horas de maior actividade assistencial.

O conhecimento dos participantes em relação à abordagem do acidente de serviço pode ser considerado como uma forma de prevenção primária em saúde ocupacional. Contudo, as respostas encontradas levam a crer que, embora o profissional de saúde promova o cuidado ao indivíduo doente, desvaloriza a sua própria saúde.

Os participantes consideram o VIH/SIDA uma doença que é infecto-contagiosa, pode ser fatal e conduzir à morte. Por um lado o utente é visto como potencial transmissor do vírus mas como é um dos objecto de cuidados tem de ser tratado como outro qualquer, sem discriminação ou preconceito.

Num estudo efectuado em profissionais de saúde relativamente ao VIH/SIDA por Coutinho & Saldanha (2005:201) é referido que estes profissionais têm uma visão biológica da doença cujo “(...) *objectivo é voltado para a própria doença, vista como algo autónomo do portador.*”

Para estes, o vírus é encarado como um risco biológico, que transmite uma doença, mas que em algumas opiniões é colocado à parte da relação que os profissionais mantêm com os utentes. Experimentam colocar uma barreira invisível para eles e para o outro.

Novamente Coutinho & Saldanha (2005:202) referem que “*A objectivação do atendimento, aliada ao medo e ao cuidado pelos profissionais da área da saúde, pode estar associada ao processo de contágio pelo acidente de trabalho, comum a esse tipo de serviço.*”

Os sentimentos e as emoções ocasionadas após a exposição microbiológica e manifestadas pelos participantes são a ansiedade, o medo, a angústia e a preocupação, raramente referem a frustração e a revolta por se sentirem traídos, daí a importância do apoio social que tiveram por parte da saúde ocupacional, da família e amigos, bem como dos colegas de trabalho, fundamental para ultrapassar um episódio crítico da sua vida.

Também Coutinho & Saldanha (2005:202) referenciam que “(...) *os profissionais apresentam um sofrimento psíquico intenso logo após o acidente, em função do medo de estarem contaminados com o vírus HIV, estando as repercussões psicossociais, após o acidente, intimamente ligadas às representações que o*

*profissional e o círculo social têm da AIDS, geralmente como algo aterrorizante associado à morte.”*

A percepção da vulnerabilidade ao risco é diferente no caso de se conhecer o estado serológico do utente, os entrevistados referem a importância do conhecimento dos antecedentes do utente e da possibilidade de estarem infectados.

O risco está directamente relacionado com o tipo de infecção do utente, isto é, se está infectado com o vírus do VIH ou do vírus da hepatite C e quando associado a antecedentes como a toxicodependência e a hemofilia.

Em termos de alta probabilidade de contrair uma infecção como é o caso da actividade em blocos operatórios de cirurgia, os entrevistados referem que após a exposição de que foram alvo ficaram mais despertos para a importância da informação clínica sobre os utentes, ou seja pelo seu estado serológico.

Hoje em dia assiste-se a um aumento do número de mulheres infectadas devido à transmissão através dos maridos. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2007) num estudo efectuado na Índia, revela através dos dados de um inquérito realizado a cerca de 292 pessoas, das quais 42 % eram mulheres, com uma média de idades de 30 anos, que 90% das mulheres foi infectada pelos maridos. Numa das entrevistas foi verbalizada esta preocupação:

*“(…) muitas vezes até as mulheres são contaminadas através de relações sexuais com o marido e que não lhes passa pela cabeça que foram contaminadas (...), não podemos incluir todas no mesmo grupo.” E3*

No actual contexto epidemiológico do VIH têm vindo a ser introduzidas mudanças nas práticas dos profissionais e nas atitudes para com o utente infectado. Em 1986 quando se começou a falar em VIH / SIDA esta era considerada uma doença infecto contagiosa específica de grupos com comportamentos de risco, intimamente ligada à homossexualidade e à promiscuidade nos relacionamentos sexuais bem como aos toxicodependentes pelo uso de drogas injectáveis e partilha de seringas.

Actualmente, existe uma alteração na dimensão da representação da homossexualidade e do VIH. Alguns estudos anteriores apontavam para uma culpabilidade infligida aos homossexuais pela transmissão do vírus através de práticas sexuais, pelo contrário, no nosso estudo o utente homossexual é considerado como um indivíduo detentor do saber sobre a sua doença, colabora no seu tratamento permitindo-lhe desfrutar de alguma qualidade de vida, estes resultados vão de encontro ao estudo de

representações em profissionais de Giami (2000:17) que refere “*Os homossexuais são progressivamente representados como os “bons doentes”, que colaboram com as equipas de saúde e participam na protecção dos profissionais, dando-lhes conselhos e recomendações sobre as condutas adequadas.*”

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2004) e referenciado no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) os dados estatísticos da infecção por VIH e SIDA em Portugal, a mortalidade relacionada com a SIDA acontece na idade entre os 25 e os 44 anos, os óbitos eram mais frequentes nos homens do que nas mulheres embora actualmente este perfil esteja a mudar e a diferença entre os dois tendo vindo a diminuir. A partilha de seringas nos usuários de drogas como veículo de transmissão da infecção pelo VIH tem vindo a perder importância, enquanto que ao nível do contexto das relações heterossexuais tem vindo a tornar-se verdadeiramente um problema de saúde pública.

Sobre o local aonde mais frequentemente ocorrem os acidentes neste Hospital, verifica-se de acordo com os dados recolhidos e da análise dos acidentes se constata que é nas enfermarias (29,9%) que ocorrem maior número de acidentes, seguido das unidades de cuidados intensivos (19,7%) e dos blocos operatórios (19,4%).

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention- CDC* (2004) os instrumentos cortantes são aqueles que causam a grande maioria das lesões no meio da saúde, citando o *National Surveillance System for Health Care Workers- NaSH* revela que na maioria das exposições, 40% das lesões ocorre em doentes internados no hospital, particularmente nos serviços de medicina, unidades de cuidados intensivos e nos serviços de cirurgia, reforçando o referido anteriormente.

Em relação ao tipo de tarefa implicada no acidente verifica-se que a sua maioria é provocada pela administração de terapêutica injectável com 19% seguido do puncionamento com 17% e do acto cirúrgico com 13%. Os dados obtidos quando comparados com os dados do EPINet e publicados por Perry, Parker & Jagger (2004) conclui-se que a administração de terapêutica injectável apresenta o valor de 19,3% e a maior percentagem de acidentes é durante o acto cirúrgico com 27,3%, valor mais elevado do que no presente estudo.

Da análise dos acidentes nos 5 anos em estudo, constatou-se que o mecanismo do acidente que conduziu ao acidente, deverá ser motivo de reflexão por parte de todos, pois é durante a utilização do instrumento que ocorrem maior número de acidentes (30%), o mecanismo seguinte é outro após o uso (15%), a eliminação para o contentor (6%) e após a eliminação no contentor (2%).

Segundo o *National Institute of Occupational Safety and Health- NIOSH* (1999) cerca de 38% das lesões percutâneas ocorrem durante o uso do instrumento e 42% depois da sua utilização e antes da sua eliminação.

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention- CDC* (dados não publicados), os acidentes ocorrem frequentemente após o uso e antes da eliminação do objecto cortante em cerca de 41%, durante a utilização do instrumento no paciente 39%, e 16% durante ou após a sua eliminação.

Salienta-se ainda os valores encontrados para os acidentes produzidos pelo abandono de instrumentos em locais não previsíveis (10%), o reencapsulamento de agulhas (7%) e o desmantelamento do instrumento (3%). Da avaliação efectuada considera-se uma área de intervenção prioritária na prevenção dos acidentes por exposição microbiológica.

Da análise das entrevistas é referido pelos participantes que o reencapsulamento em virtude da não existência de contentores para material perfuro-cortante é uma situação de fácil solução pelo próprio, e que será a disponibilização dos contentores no espaço envolvente aonde se prestam os cuidados.

É unânime o reconhecimento da importância da utilização dos equipamentos de protecção individual na protecção da sua saúde e na abordagem de todos os utentes, independentemente da sua patologia. No entanto, surgem algumas questões relacionadas com a sua não utilização, frequentemente é verbalizado o desconforto do utente pelo facto do profissional utilizar luvas, constituindo um obstáculo à relação e à comunicação entre o profissional e o utente, podendo ser considerado discriminatório e pouco humanizante.

Da análise dos acidentes nos anos de 2002 a 2006, salienta-se que 67,2% dos profissionais utilizavam equipamentos de protecção individual na altura do acidente destes, 29,8% usava luvas e 19,7% o vestuário de bloco operatório. Do total dos acidentes, 32,8% não utilizava qualquer protecção no momento do acidente.

Nas entrevistas salienta-se as precauções *standart* como medida de prevenção da exposição por catorze (14) participantes do estudo e da importância da sua utilização em todos os utentes independentemente do estado serológico destes.

*“Nós sabemos que todos os doentes devem ser tratados como se todos tivessem infectados, a verdade é que isto não acontece.” E14*

O equipamento de protecção individual foi frisado como uma medida de prevenção da exposição efectiva e a sua utilização é reforçada quando existe conhecimento de que o utente é infectado. Deste o mais utilizado são as luvas por cinco participantes e constituírem uma barreira efectiva no contacto com sangue e outros fluidos corporais.

As medidas de protecção e prevenção da transmissão da infecção não se limitam a si próprios mas aos colegas em dois participantes e aos outros utentes por três.

Num estudo realizado sobre risco biológico em profissionais de saúde por Segarra, Pérez, Aceitero & Ortín (2003) e em relação à utilização dos equipamentos de protecção individual, referem que 65,9% utiliza sempre luvas quando realizam as técnicas e 31,7% só às vezes.

À questão “Quais os riscos ocupacionais a que se encontra exposto no ambiente de trabalho?” obtiveram-se respostas que podem ser divididas em dois blocos: o primeiro todos os participantes referem estar expostos a riscos biológicos pode-se pois inferir que existe a percepção que o maior risco na sua actividade é a relacionada com a exposição a agentes biológicos com ênfase na preocupação em adquirir uma doença infecto-contagiosa e o segundo voltado para as suas ocupações em diferentes locais do Hospital referindo os riscos físicos, os químicos, os mecânicos e os psicossociais.

A formação sobre o tema dos acidentes por exposição microbiológica é uma outra vertente do questionário aplicado, tendo-se registado algumas conclusões interessantes, maioritariamente os participantes consideram essencial esta formação embora nas entrevistas efectuadas apenas dois entrevistados o mencionem.

Nestas, são referenciadas duas dimensões da formação que são: a da formação específica sobre os acidentes e a da formação e integração de novos elementos.

Do questionário e em resposta à questão sobre a necessidade de frequentar acções de formação sobre o tema da exposição microbiológica acidental, 80% refere sentir essa necessidade e apenas 20% refere não ter essa necessidade.

A formação sobre os riscos ocupacionais é essencial na prevenção dos acidentes, Nóvoa (1988:126) preconiza que “(...) *toda a formação tem de viver numa tensão difícil, mas profundamente estimulante, entre uma reflexão mais pessoal sobre o processo de formação individual e uma reflexão mais social sobre a inserção profissional e o enquadramento Institucional de cada um. Só esta tensão é criadora. Só ela permitirá abri novas vias para a formação de adultos.*”

Da análise das entrevistas, dois participantes referem a importância da formação sobre a temática.

Sobre formação e integração de novos elementos Ferreira (2006:98) explica que o objectivo da integração é “(...) *fazer com que os elementos recém admitidos adquiram ou aperfeiçoem determinados conhecimentos ou métodos de trabalho, de acordo com as funções que lhe são atribuídas e as necessidades das instituições.*”

Em saúde, a integração efectuada pelos profissionais mais antigos é fundamental para inculcar nos novos profissionais os conhecimentos relacionados com as técnicas mas também com os valores, a cultura da Organização é aquilo a que se denomina “vestir a camisola”. Relativamente ao processo de integração de novos profissionais, Ferreira (2006:98) refere que “(...) *beneficiará não só a organização e o novo elemento mas também e conseqüentemente os utentes, uma vez que permitirá uma adaptação rápida, segura e mais eficiente.*”

#### **6.4.2. Risco de Seroconversão pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) após a Exposição Microbiológica Acidental**

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) representa uma doença grave mas que podem decorrer alguns anos sem manifestações de SIDA, devido às terapêuticas que se encontram disponíveis actualmente e vivida com qualidade de vida de acordo com a percepção dos entrevistados.

Para Castanha & Araújo (2004:3) a representação social do VIH/SIDA “(...) *faz parte do quotidiano social, recebe significados de acordo com os grupos de pertença e do contexto social no qual se encontram inseridos.*”

O surgimento da ansiedade relacionada com a possibilidade de uma mudança no estado de saúde, pela possibilidade de uma doença grave e incurável, uma doença que poderá ser uma ameaça à vida devido à sua gravidade e por condicionar alterações no ambiente social, pode ser percebida pelo profissional como ameaçadora da sua saúde e segurança.

Dependendo das características pessoais e do grau de ansiedade vivenciada, a ansiedade poderá ter uma graduação de leve, moderada ou grave e ser causadora de pânico, poderão ser evidenciados sinais objectivos e subjectivos de ansiedade. O seu despiste precoce de forma a minorar alguns dos sintomas que geralmente ocorrem e que se podem traduzir em incómodo grave para o profissional e dificilmente controláveis.

Aquando da exposição microbiológica pode existir um aumento da ansiedade e stress provocado pelo desconhecimento das serologias do utente que pode ser aumentada pelo contexto aonde se está a prestar os cuidados, sendo que os blocos operatórios são um dos locais com maior probabilidade de ocorrência de exposições microbiológicas acidentais.

Na relação com o utente infectado, doze entrevistados consideram muito importante esta relação e afirmam ser igual à que têm para com os outros utentes. Por outro lado dois entrevistados evitam pensar no utente como infectado com o VIH, como exemplo

*“Bom, de um modo geral, os doentes têm que ser tratados e não é por estarem infectados que nós vamos deixar de tratar o doente, exactamente da mesma forma como trataremos qualquer outro doente.” E16*

*“Temos de ter sempre a noção que não podemos excluir aquelas pessoas pela doença que têm.” E3*

Assim, Tura & Moreira (2004) referem que cerca de 19,1% dos estudantes têm a percepção de que a SIDA é uma doença em crescimento e conseqüentemente cada vez mais próxima. A ideia de ser uma doença incurável e que coloca a vida em risco é mencionada pelos participantes como se pode verificar nas seguintes frases:

*“Vem à mente uma realidade cada vez mais próxima de todos nós.” E18*

*“Mas são sempre pensamentos, muito pouco simpáticos e muito pouco agradáveis, que esperamos que nunca nos aconteça a nós.” E16*

A percepção do risco de contaminação através do sangue e fluidos corporais está relacionada com a ideia do VIH conduzir a uma doença fatal e incurável apesar de existir uma perspectiva de esperança e qualidade de vida devido aos avanços das terapêuticas actualmente.

*“Quando estou a cuidar desses doentes, dos doentes com esse tipo de patologia nem sequer me ocorre que eles a têm, portanto eu trato o doente normalmente como se nada tivessem.” E12*

*“Só que acho que nós fazemos um corte com essa fase, fazemos uma separação completa, vejo a pessoa, mas não associo essa pessoa àquela situação, patologia, nem queremos.” E12*

Em relação ao risco Tura & Moreira (2004) encontraram nas respostas dos adolescentes que associam o VIH ao risco que 20% está directamente ligada ao “eu corro risco” e indicam que todos estão expostos ao perigo pela generalização do mal, ausência de prevenção e falta de informação.

Os profissionais de saúde tentam minorar a existência destes riscos dado que é suposto terem conhecimentos para os evitar, porém diariamente lidam com o sofrimento e a morte dos utentes com VIH/SIDA.

O estigma e a discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (VIH) são múltiplos e de difícil resolução, um dos grupos mais afectados pela discriminação são os homossexuais e as mulheres, sendo que em determinados países são as mulheres que têm menor acesso à escolaridade, formação, informação e emprego.

No sector da saúde a discriminação poderá adquirir diversas formas, que segundo um relatório da Organização Internacional do Trabalho (2007:51) *“Pode ser praticada pelos trabalhadores do serviço de saúde perante outros trabalhadores do serviço de saúde, perante pacientes, ou por empregadores perante trabalhadores do serviço de saúde e pode assumir diversas formas (por exemplo, atraso e/ou inadequação no tratamento; violação da confidencialidade ou comportamento anti-ético).”*

Nos resultados obtidos das entrevistas, o tema da discriminação e o estigma social como resultado da infecção por VIH é nomeado por quatro entrevistados, como é disso exemplo o relato seguinte que ilustra o pensamento de um participante.

*“Mas acima de tudo é o estigma social e o afastamento social, é mais isso que me vem á mente quando falamos numa doença infecto-contagiosa.” E10*

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2007:51) *“No México, em 2005, nove em cada dez queixas recebidas pela Comissão Nacional dos Direitos Humanos de pessoas com o VIH/SIDA envolviam o sector da saúde. Em França, um inquérito realizado em 2005 descobriu que a taxa de discriminação mais elevada foi sentida pelos inquiridos quando procuravam tratamento no sector dos serviços de saúde (43,7 por cento dos inquiridos), seguida pela discriminação no local de trabalho (33,7 por cento) e a encontrada quando solicitavam serviços no sector bancário ou segurador (33,6 por cento).”*

No presente estudo, num dos relatos de um participante cujo vínculo à Instituição era o contrato a termo certo é manifestado a vivência do medo de ser

afastado desta e da própria profissão no caso de ter contraído o VIH após a exposição ocupacional:

*“(...) eu considerei foi que iria ser rejeitada pela Instituição caso eu...contraísse... (pausa) (...) Surgiu-me esse medo (...) ninguém me disse nada, (...) se eu contrair agora o HIV, eu não vou mais poder trabalhar.” E13*

Actualmente e de acordo com a análise de conteúdo das entrevistas, os profissionais de saúde consideram ainda existirem alguns grupos de risco na transmissão do VIH e que identificam como sendo os toxicodependentes, os homossexuais e os hemofílicos, no entanto é percebido que ninguém se encontra verdadeiramente livre de contrair a infecção, estendendo este risco às mulheres, aos idosos e conseqüentemente à população no geral. Consideram ainda que a esperança de vida é diferente para cada uma destas populações em comparação com os utentes toxicodependentes.

A probabilidade de contrair o vírus de imunodeficiência humana (VIH) e a sua evolução para a fase de SIDA deixa de ser uma doença infecto-contagiosa de grupos restritos mas sim de âmbito mais alargado e que em qualquer altura da vida pode ser contraída devido a comportamentos de outros com as implicações graves desta doença.

No entanto o VIH continua ligado à imagem dos toxicodependentes, como utilizadores de drogas injectáveis.

*“Portanto, não podemos comparar uns com outros, nem os toxicodependentes com os homossexuais, nem os toxicodependentes com as pessoas que se encontram hoje, [infectadas com o vírus (...)]” E3*

Questionam-se também os comportamentos sexuais que comprometem a saúde e a vida de outros. À imagem do VIH e da SIDA liga-se frequentemente o estigma social e o afastamento social, apesar de 12 participantes manifestarem que não diferenciam os cuidados que prestam aos utentes com VIH referem a doença tendo grandes implicações sociais. Da análise de conteúdo, é referenciado que o VIH é

*“(...) uma doença crónica provocada por um vírus e com o qual podemos viver bastantes anos, mas com conseqüências a nível social e de relacionamento graves para a pessoa, nomeadamente no domínio sexual não é?” E6*

“(…) é mais o estigma de saber que o doente é portador do vírus e a mudança de comportamentos dos amigos, do mundo social que nos rodeia, da parte social, porque é o mais, é o estigma social em si, não propriamente o resto.” **E10**

No presente estudo seis entrevistados referem o baixo risco de transmissão nos acidentes por exposição microbiológica ocorridos na Instituição. Da análise dos acidentes ocorridos nos anos de 2002 a 2006, 29% dos utentes fonte tinham infecção ao vírus da hepatite C, 16% tinham infecção ao VIH e 5% tinham infecção ao vírus da hepatite B. A ocorrência da co-infecção tem vindo a manter-se estável sem grandes oscilações salientando-se porém a infecção aos três vírus (VHB, VHC, VIH) em um dos utentes fonte (1%).

Num estudo efectuado por Elmiyeh, Whitaker, James, Chahal & Galea (2004) num hospital geral distrital, em Inglaterra, 279 profissionais de saúde foram questionados acerca da sua experiência relativamente às picadas acidentais e a sua atitude perante a notificação, cerca de 70,8% dos médicos e 39,3% das enfermeiras referem como razão para a não notificação da ocorrência, o facto de considerarem haver um baixo risco de transmissão ao longo do tempo, o facto de haver uma baixa incidência de VIH e hepatites B e C nos seus doentes.

O *Centers for Disease Control and Prevention- CDC* (2004) estimou que ocorreram em 1985 cerca de 12.000 infecções pelo vírus da hepatite B (VHB), tendo vindo a diminuir para 500 infecções no ano de 1997 nos profissionais de saúde. O declínio da infecção ocupacional por VHB ao longo dos anos, está provavelmente ligada à imunização efectuada aos profissionais de saúde com a vacina e concomitantemente com o facto da introdução das precauções universais ajudarem a reduzir o número de infecções por VHB, no entanto, não existem dados precisos pelo que não se podem quantificar.

A vacina da hepatite B é essencial no meio laboral da saúde como medida de prevenção. Em relação à vacinação para a hepatite B dos 305 profissionais que notificaram acidentes nos 5 anos do estudo, verificou-se que 96% tinham completado o esquema de vacinação e 84% tinham imunidade para a hepatite B, isto é, após a administração das três doses da vacina o nível de anticorpos Ac. anti-HBs  $\geq$  10mIU/ml. Este valor é um pouco superior ao valor encontrado por Martí, Navarrete, Codes & Llorente (2003) que referem que no ano de 1998, 82,5% dos profissionais de saúde estavam vacinados para a hepatite B, e tem vindo a aumentar sendo de 88,3% em 2000.

De acordo com Puro et al. (2005) cerca de 5% a 10% da população adulta em geral não adquire nível de anticorpos após a vacinação para a hepatite B.

Em Portugal, num estudo divulgado por Antunes, Macedo & Estrada (2004) num grupo de 311 adolescentes de ambos os sexos a quem foi determinado o antigénio de superfície (AgHBs) e o anticorpo contra o antigénio de superfície (Ac. anti-HBs), foi encontrada uma taxa de cobertura vacinal com imunização de 85,8%.

### **6.4.3. Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de *Stress* Ocupacional e os Factores de *Stress* Ocupacional**

O entendimento das reacções ou comportamentos dos indivíduos perante determinadas situações stressantes é diferente e nem sempre é fácil, pois tem de se ter em consideração os processos cognitivos que predominam no momento do confronto com a situação e na reacção à mesma.

O relacionamento interpessoal pode constituir nas unidades de saúde um importante factor de *stress* no local de trabalho. O *burnout* que significa “esgotamento” é muito característico das profissões de ajuda e das ciências humanas.

Desta forma o *stress* e o *burnout* interferem nas actividades dos profissionais de saúde e conseqüentemente no funcionamento dos serviços de saúde e na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Os resultados obtidos em relação aos factores de *stress*, indicaram um grande número de agentes stressores no exercício da profissão percebidos pelo grupo de profissionais de saúde. A apresentação desses resultados foi dividida de acordo com a frequência que foram referidas pelos participantes do estudo e encontram-se descritas na Tabela 13. Constatou-se que os primeiros seis factores de *stress* foram os mais enumerados pelos participantes e são os seguintes:

- 1.Desorganização dos serviços
- 2.Sobrecarga de trabalho
- 3.Múltiplas solicitações
- 4.Recursos humanos/excessivo número de utentes/enfermeiro
- 5.Carência de recursos materiais e técnicos
- 6.Relacionado com a patologia, gravidade e estado clínico do utente

Da análise destes ítems enumerados como principais factores de *stress* pelos participantes do estudo, 8,5% identificou a desorganização dos serviços, em segundo lugar, a sobrecarga de trabalho e as múltiplas solicitações apontado por 7,1%, os factores relacionados com os recursos humanos/o excessivo número de utentes por

enfermeiro, e os factores relacionados com a carência de recursos materiais e técnicos igualmente com 7,1%, e finalmente com 7,1% os relacionados com o utente (patologia, gravidade e estado clínico do utente).

**Tabela 13- Factores de stress ocupacional**

	PARTICIPANTES	
	N (20)	%
1.Desorganização dos serviços	6	8,5%
2.Sobrecarga de trabalho	5	7,1%
3.Múltiplas solicitações	5	7,1%
4.Recursos humanos/excessivo número de utentes/enfermeiro	5	7,1%
5.Carência de recursos materiais e técnicos	5	7,1%
6.Relacionado com a patologia, gravidade e estado clínico do utente	5	7,1%
7.Organização do trabalho	4	5,7%
8.Trabalho na equipa multiprofissional	4	5,7%
9.Relacionado com a relação com a família do utente	4	5,7%
10.Ambiente Físico	4	5,7%
11.Sobrecarga Física	3	4,3%
12.Relacionado com a actividade no Bloco Operatório	3	4,3%
13.Multiplidade de tarefas	3	4,3%
14.Não reconhecimento no trabalho	3	4,3%
15.Relacionado com a prestação de cuidados em situações de emergência	2	3%
16.Falta de tempo para realizar as actividades	2	3%
17.Planeamento do trabalho	2	3%
18.Condições de trabalho	1	1,4%
19.Trabalho por turnos	1	1,4%
20.Ambiguidade de papeis	1	1,4%
21.Imagem profissional	1	1,4%
22.Falta de bem-estar no serviço e na Organização	1	1,4%

Ressalta-se que os indivíduos estão expostos a fontes stressoras diferentes, de maneira que alguns entrevistados podem considerar um agente como stressor, enquanto outros não o consideram. De acordo com Peiró (1993) e cit. por Martins (2003) a sobrecarga de trabalho é “(...) *quer em termos quantitativos como qualitativos, é uma fonte frequente de stress. Por sobrecarga quantitativa entende-se o excesso de actividades a realizar, num determinado período de tempo.*”

A relação da sobrecarga de trabalho, citada pelos entrevistados como stressor, implica considerar o que McIntyre (1994) cit. por Martins (2003) define como causas de sobrecarga de trabalho os “(...) *stressores de ordem organizacional, como conflito e ambiguidade de papel, e o nível de responsabilidade. Muitas vezes, a responsabilidade*

*não é acompanhada da possibilidade de tomar ou influenciar decisões, o que aumenta o stress envolvido.”*

Num inquérito europeu realizado sobre as condições de trabalho, dirigido a 13 mil empregados, Chambel (2005) refere que este estudo mostrou que 20% dos trabalhadores manifestavam haver constantes pressões no que se refere à concretização de múltiplas tarefas durante a sua actividade profissional. Este facto conduz por vezes a acidentes de trabalho, a doenças associadas ou agravadas pelo trabalho e a doenças profissionais.

Chambel (2005) refere em estudos realizados em enfermeiros, os factores desencadeantes de *stress* e que influenciam o bem-estar destes profissionais, são as relações interpessoais, as condições físicas do trabalho e o cuidado aos utentes. Um dos testemunhos prestados nas entrevistas do estudo explica como algumas situações graves dos utentes lhe provoca *stress*.

*“(...) depois as situações dos doentes que me chegam, que por mais barreira que se faça, (...) são sempre situações stressantes (...)” E3*

Num estudo, Chambel (2005) refere que o conflito, a ambiguidade e a sobrecarga de papéis têm sido consideradas como desencadeantes de *stress* com repercussões negativas no bem-estar dos trabalhadores.

Frasquilho (2005:442) refere que os mecanismos de *coping* a que os médicos recorrem para ultrapassar as situações de *stress* *“(...) são ineficazes recorrendo a repressão de emoções (excepto inusitadas explosões de hostilidade), evitamento e idealização, em suma estratégias passivas e que tem impacto directo na menor saúde mental.”*

O *stress* pós-traumático após a exposição microbiológica resulta da relação do indivíduo com o seu ambiente e das circunstâncias ao qual é submetido num determinado período. Estes episódios apesar de curtos mas de grande intensidade como no caso de uma exposição microbiológica a um potencial agente infeccioso tornam-se para alguns profissionais um acontecimento de vida traumático, manifestado nas entrevistas por 70% dos participantes que referenciaram a ocorrência de *stress* relacionado com a exposição microbiológica.

*“Foi uma situação stressante, foi.” E9*

*“(...) mas psicologicamente, foi muito duro, foi muito stressante, foi, criou muita insegurança, (...) mais nos primeiros seis meses (...)” E13*

*“Sem dúvida, (...) estes dias...tem sido, não paro de pensar, estou sempre a pensar no mesmo, ...foi sem dúvida.” E19*

Uma das formas de lidar com o *stress* provocado pela relação com os utentes é explicada por um participante do modo seguinte:

*“Nas regulações com os doentes habituei-me desde muito cedo a ter uma postura extremamente aberta e dialogar, nós não conseguimos responder a cem por cento aos problemas dos doentes e temos que conseguir lidar com essa falta de capacidade de resposta que é natural devido às limitações da ciência médica em si.”*

**E16**

Frequentemente as condições de trabalho e os factores relacionados com o ambiente de trabalho, estão interligadas com o aparecimento de algumas patologias em profissionais após a sua exposição a determinadas situações. O indivíduo tem a capacidade em se adaptar a situações adversas, através de comportamentos adquiridos ou pela exposição directa a estas situações stressantes.

Os múltiplos factores de risco a que o indivíduo é exposto durante a sua vida como os factores psicossociais (*stress*, insatisfação profissional, percepção negativa do trabalho desenvolvido), os factores individuais (sexo, a idade e o estado de saúde do indivíduo) e os factores biomecânicos constituem factores de *stress*.

O envelhecimento está associado a uma progressiva deterioração da saúde e a um aumento da susceptibilidade à doença. É importante a compreensão deste processo bem como da sua relação com a capacidade funcional do indivíduo, de forma a adaptar as exigências do trabalho aos indivíduos que envelhecem, evitando-se o afastamento precoce da vida activa.

Pestana (2003:53) define a capacidade de trabalho como sendo a “(...) *interacção entre os recursos do indivíduo, as condições de trabalho e a organização do trabalho (...)*” o envelhecimento funcional não está obrigatoriamente relacionado com o envelhecimento cronológico, depende sim das condições de vida e trabalho, bem como das características individuais, factores de vulnerabilidade pessoais, hábitos e estilos de vida adoptados.

A idade é um dos factores com maior importância, pois o envelhecimento biológico acarreta alterações da força muscular e da mobilidade das articulações, apesar de haver um efeito cumulativo da exposição ocupacional ao longo dos anos.

As actividades em que a exigência do posto de trabalho envolve sistematicamente tarefas repetitivas como a aplicação de força e posturas desconfortáveis, quando são associadas a antecedentes pessoais, aos dados antropométricos do indivíduo (peso e estatura), às doenças crónicas (diabetes e reumatismo), e a comportamentos, hábitos e estilos de vida, podem ter relação com o aparecimento das lesões, ou seja, com a sua etiologia.

#### **6.4.4. Redes de Suporte Social e a sua Importância para os Profissionais de Saúde**

Da análise de conteúdo efectuada verifica-se que após a exposição traumática a que foram expostos os participantes revelam ter recebido apoio nesta altura e ter sido deveras importante para ultrapassar a situação, uma vez que a disponibilização do apoio social na altura em que decorre um processo de vida stressante e traumático poderá ter um efeito protector e amortecedor, considerado como um efeito indirecto.

Da forma como o indivíduo vivência e ultrapassa a situação e dos meios encontrados para lidar com o *stress* provocado pelo acidente, depende o seu bem estar futuro na profissão e na Organização evitando o *turnover*. O suporte social percebido após o acidente é de importância primordial, 90% dos participantes sentem-se satisfeitos com o apoio e a intervenção efectuada pelos profissionais que efectuaram o atendimento e o seguimento no serviço de saúde ocupacional.

*“(...) sentimo-nos apoiados num momento de fragilidade (...)” E6*

O facto de saberem que existem profissionais de saúde cujo objecto de cuidados são os outros profissionais é um factor de confiança aquando da exposição. Parkes, Mendham & Von Rabenau (1994) cit. por Chambel (2005) verificaram que a saúde era mais deficiente em situações de trabalho com elevadas exigências e baixo suporte, no entanto surgiu um efeito moderador do suporte em relação à saúde no trabalho.

*“(...) isso[o apoio da saúde ocupacional] na altura foi uma das coisas que mais me marcou, sinceramente.” E2*

Reforçado pelo acompanhamento durante a vigilância após a exposição microbiológica e a toma da profilaxia pós-exposição.

*“(...) mesmo em termos da questão de repetir as análises, tudo isso, tiveram sempre muito em cima do acontecimento, (...)” E11*

*“(...) mandam também logo os avisos para fazermos as análises e tudo mais, por isso acho que sim.” E14*

O apoio da família, companheiro e amigos aquando da exposição microbiológica acidental constituiu um amortecedor do sofrimento e das angústias e no ultrapassar da situação. Assim como o apoio dos colegas aquando da exposição microbiológica acidental foi essencial para ultrapassar o *stress* verbalizado pelos participantes desta forma:

*“(...) conversei com ele, ele disse que me apoiava independentemente dos resultados e tenho tido o apoio dele frequentemente.” E19*

*“(...) eu também sou uma pessoa que preciso de verbalizar aquilo que sinto, e na altura tive necessidade de desabafar com as pessoas que me são mais próximas, inclusive com colegas.” E2*

A dimensão e redes de suporte social do presente estudo foi reveladora da importância destas para os seus participantes. Da análise do questionário, 10 participantes têm o apoio da família, 4 da família e companheiro e 3 da família e amigos, comparativamente à análise de conteúdo das entrevistas, onde 7 participantes referem a família, 17 os amigos e 11 os colegas.

Sargent & Terry (2000) cit. por Chambel (2005) referem um estudo em que o apoio social dado por um chefe atenuava o efeito negativo do trabalho, igualmente o suporte dado pelos colegas tinha o mesmo efeito moderador na relação entre os factores stressores do trabalho e do desempenho.

Para existir um verdadeiro conceito de família é fundamental persistir o envolvimento das diferentes pessoas que compõem o grupo familiar. É através da família e da percepção individual sobre este apoio e da sua coesão em momentos difíceis, que surgem os sentimentos de esperança e de reforço também manifestado pelos participantes do estudo.

*“E acabamos por às vezes até transmitir alguma ansiedade neles porque revêm doenças e às vezes até já ficam com a mania de também já estão doentes porque ouvirem...” E1*

Cohen & Brook (1993) cit. por Simões (2002:292) refere-se à importância do suporte social como *“(...) a percepção da disponibilidade destes recursos, é mais*

*importante que a sua utilização na hora de proteger os indivíduos, dos efeitos psicológicos negativos da adversidade.”*

Num estudo efectuado por Rasclé et al. (1997) e cit. por Silva et al. (2003) testemunham a existência de efeitos positivos entre o apoio social e a saúde não só pela acção directa como pela acção indirecta, incidindo na diminuição do *stress* psicológico induzido pela doença, pela redução do risco de depressão, da ansiedade e de algumas patologias em situações de *stress*.

Ao nível da ocupação dos tempos livres da análise do questionário, observou-se que a maioria dos participantes ocupam os seus tempos livres a ver televisão e estar com a família, dezasseis gostam também de ler, quinze gostam de estar com os amigos e apenas nove praticam exercício físico.

Dos vários riscos a que os profissionais de saúde estão expostos e que comprometem a qualidade de vida do profissional, a exposição a sangue e fluidos corporais é um dos mais frequentes no contexto de trabalho num hospital.

Nas entrevistas efectuadas constatou-se que catorze dos entrevistados sentem a necessidade de espaços e tempo de reflexão sobre as suas práticas de trabalho. O desenvolvimento desta capacidade auto-reflexiva é fundamental na prevenção dos acidentes por exposição acidental a agentes microbiológicos e na garantia da qualidade dos cuidados prestados. É importante a disponibilização de tempo, para que se reflecta sobre as práticas em contexto de trabalho. Como se exemplifica neste relato de um entrevistado.

*“Reflectir um bocadinho, sim na minha prática, na minha vida pessoal, sinto, sinto necessidade de passar algum tempo sozinha.” E13*

O número de acidentes por lesão percutânea é elevado e segundo Perry & Jagger (2003) um estudo do *Center for Disease Control and Prevention- CDC* em 2000 estimaram-se em 384 325 o número de lesões percutâneas anuais, o que equivale a cerca de 1000 lesões/dia, o que dá ideia da magnitude do problema, pelo que a reflexão sobre a prática profissional é particularmente importante na formação dos profissionais.

## **CONCLUSÃO**

No final de uma investigação surge uma última etapa que diz respeito às conclusões e estas deverão transmitir uma sumula de toda a investigação efectuada, de forma a se obter uma ideia geral do trabalho efectuado.

O estudo foi concebido como um estudo descritivo, com uma abordagem quantitativa e qualitativa. O contexto onde se desenvolveu o presente estudo, o ambiente hospitalar torna-se grande parte das vezes um ambiente hostil para os profissionais que aí desenvolvem a sua actividade profissional devido aos riscos a que se encontram expostos. A promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável é uma das formas de prevenir os riscos ocupacionais.

Os resultados obtidos revelaram que os acidentes de trabalho ocasionados por material perfuro-cortante entre os profissionais de saúde são frequentes devido ao número elevado de manipulação destes instrumentos, principalmente de agulhas e apresentam prejuízos aos profissionais e à Instituição.

As agulhas/catéteres intravenosos foram os objectos causadores do maior número de acidentes, merecendo ainda destaque a forma e o local de eliminação do material perfuro cortante. Através dos dados obtidos não foi constatado nenhum caso de contaminação pelos vírus VHB, VHC e VIH, no período em estudo.

A prevenção dos acidentes de serviço/trabalho por exposição microbiológica passa essencialmente pela introdução de dispositivos médicos com sistemas de segurança, por práticas de trabalho seguras e pela formação dos profissionais de saúde.

Apesar da formação já efectuada, consideramos que esta continua a ser insuficiente, existindo dificuldades na transmissão da informação acerca dos procedimentos após o acidente de serviço.

Dos riscos presentes neste ambiente, a exposição diária aos agentes biológicos responsáveis pelas hepatites B, C e VIH são deveras preocupantes, principalmente pela incidência destas infecções a nível da população, logo, a nível dos utentes que recorrem às unidades hospitalares.

As regras fundamentais na prevenção e diminuição do risco de transmissão das infecções passam essencialmente pela redução da possibilidade da ocorrência de uma exposição microbiológica acidental, diminuindo o possível contacto com sangue e fluidos corporais no local de trabalho.

As práticas adoptadas frente ao acidente dependeram da análise das características dos mesmos, ou seja, do volume de inoculação, profundidade da penetração da agulha, ou objecto cortante, tipo e formato da agulha (o risco é maior quando a agulha tem lúmen interno ou seja são oca) e a inoculação de sangue, características do utente fonte (estado serológico) e a imunidade do profissional de saúde para a hepatite B.

É pois essencial, a adopção de uma Política de Prevenção dos Acidentes de Trabalho adequada e direccionada para o tipo de actividade existente representando uma mais valia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho. Esta política de prevenção deverá ser integrada e combinar diversas acções, como a progressiva substituição de material convencional por material de biosegurança aliando o design e a engenharia de segurança, o reforço da formação e informação dos profissionais, a unificação de critérios de qualidade dos cuidados e segurança laboral nas práticas de trabalho, bem como a vigilância epidemiológica o que permitirá alcançar uma melhoria das condições de trabalho que se repercutirá na qualidade dos cuidados prestados.

É fundamental desta forma, reforçar como medida de prevenção a vacinação dos profissionais do Centro Hospitalar para a hepatite B, uma vez que esta vacinação previne a possibilidade da infecção pelo vírus da hepatite B e concomitantemente pelo vírus da hepatite D.

Uma das conclusões deste estudo prende-se com a necessidade de reformulação do circuito de notificação dos acidentes de serviço/trabalho no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E./Hospital de S. José, com o objectivo de diminuir o tempo e os vários constrangimentos durante o percurso.

A motivação para realizar pesquisas surge, de uma necessidade pessoal e profissional com o objectivo de dar resposta às dúvidas que surgem na prática diária.

A reflexão sobre as práticas profissionais, nunca esquecendo que este processo envolve uma transformação individual, na tripla dimensão do saber (os conhecimentos), do saber-fazer (as capacidades) e do saber – ser (as atitudes), a formação não deverá ser o consumo do saber mas sim uma formação – acção em que existe uma interacção entre a reflexão e a intervenção, sendo nesta dualidade que o indivíduo se forma.

É essencial que esta formação seja direccionada aos riscos específicos do contexto hospitalar e não se construa exclusivamente num consumo do saber geral.

Como medidas organizacionais, o treino e a formação dos profissionais de saúde nos procedimentos de prevenção da transmissão da infecção e incentivar a notificação

das exposições, desenvolvimento de um sistema adequado de monitorização e gestão das exposições ocupacionais.

Embora a contaminação aos vírus das hepatites B, C e VIH não tenha sido detectada, através da análise efectuada a nível dos processos de vigilância de saúde dos profissionais acidentados nos anos de 2002 a 2006 devido à grande quantidade de manipulação de agulhas e objectos cortantes, as estimativas da ocorrência de acidentes percutâneos divulgados e a gravidade das infecções impõe que se continue a investir no atendimento, acompanhamento, monitorização e investigação deste tipo de acidentes.

É assim considerado essencial direccionar medidas efectivas de prevenção que passam obviamente pela agilização de todo o processo de notificação bem como de encontrar peritos a nível dos locais de trabalho que possam de imediato após a ocorrência indicar qual o procedimento imediato a ser efectuada. Da mesma forma encontrar nas equipas de saúde, profissionais (médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde) que se encontrem motivados para serem parceiros nesta intervenção e a quem seria efectuada formação específica direccionada ao tema da exposição microbiológica acidental, torna-se emergente.

Estes acidentes podem oferecer riscos à saúde física e mental dos profissionais de saúde. Quando o acidente ocorre com material contaminado pode acarretar doenças como a hepatite B (transmitida pelo vírus VHB), hepatite C (transmitida pelo vírus VHC) e o síndrome de imunodeficiência humana adquirida – SIDA (transmitida pelo vírus VIH). O acidente pode ter repercussões psicossociais, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho.

A prevenção do *stress* na organização deverá ter uma intervenção dinâmica que envolverá as chefias intermédias e de topo de forma a prevenir o alheamento da organização em relação aos problemas dos profissionais de saúde. Embora modesto, este estudo poderá contribuir para a análise de um factor determinante no rendimento e qualidade dos cuidados prestados em unidades de saúde.

A representação que os profissionais de saúde têm das doenças como o VIH/SIDA e as hepatites B e C, como podem ser prevenidas e o nível de controlo que sentem exercer sobre os factores de transmissão, reflectem a percepção de que as medidas preventivas podem reduzir o risco de contaminação.

Após toda a pesquisa que foi efectuada sobre a temática em estudo constatou-se que em Portugal não existe um sistema de vigilância de acidentes por exposição microbiológica, os dados existentes são escassos, fragmentados e realizados de forma

individualizada por alguns serviços de saúde ocupacional. As unidades de saúde devem promover e facilitar a notificação das exposições por parte dos profissionais e os dados sobre os acidentes por exposição microbiológica devem ser analisados periodicamente e identificadas áreas de intervenção prioritárias.

Uma das sugestões deste estudo de investigação será a implementação de um sistema de vigilância destes acidentes a nível dos serviços de saúde do país. O objectivo será o de através de instrumentos de registo padronizados, permitir a obtenção de dados semelhantes, proporcionando o conhecimento do tipo de acidente mais frequente, o mecanismo e a tarefa associada ao acidente, o estado do utente fonte e as medidas profilácticas.

A análise de dados referentes aos acidentes de serviço por exposição microbiológica, os relatórios de análise das causas, a selecção e avaliação dos instrumentos aplicados promovem a criação de uma cultura de segurança.

## **BIBLIOGRAFIA**

Abiteboul, D. et al. (2003). *Risque d'exposition au sang parmi le personnel infirmier: Evolution 1990-2000*. INRS. Documents pour le Médecin du travail. 96.

Augusto, F., & Lobato, C. (2003). Hepatite C. In José Cotter. *Hepatites víricas*. Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais. (WWW document). URL Consultado em 5/7/2007: ([http://www.aids.portugal.com/hepatites/92\\_123.pdf](http://www.aids.portugal.com/hepatites/92_123.pdf))

Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho. (2000). *Inventário das informações socioeconómicas relativas às perturbações músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho nos estados membros da União Europeia*. FACTS 3. Spain. (WWW document). URL Consultado em 23/5/2006: (<http://www.agency.osha.eu.int>)

Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho. (2002). *Stresse relacionado com o trabalho*. FACTS 22. Bélgica. (WWW document). URL Consultado em 23/5/2006: (<http://www.agency.osha.eu.int>)

Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho. (2003). *Alergénos respiratórios*. FACTS 39. Bélgica. (WWW document). URL Consultado em 3/9/2007: (<http://www.agency.osha.eu.int>)

Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho. (2003). *Agentes sensibilizadores da pele*. FACTS 40. Bélgica. (WWW document). URL Consultado em 3/9/2007: (<http://www.agency.osha.eu.int>)

Agência Europeia de Informação Sobre Droga. (2005). *Relatório Anual 2005: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência. (WWW document). URL Consultado em 25/01/2008: (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/download/ar2005-pt.pdf>)

Allmers, H., Schmengler, J., & Skudlik, C. (2002). Primary prevention of natural rubber latex allergy in the German health care system through education and intervention. *Journal Allergy and Clinical Immunology*. 110, (2). 318-323.

Alvarado-Ramy, F. et al. (2001). Management of occupational exposures to hepatitis C virus: Current practice and controversies. *Infection control and hospital epidemiology*. 22, (1). 53-55.

Antunes, H., Macedo, M., & Estrada, A. (2004). Taxa de cobertura vacinal com imunização para o vírus da hepatite B. *Acta Médica Portuguesa*. 17. 303-308.

Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carta de Ottawa para a promoção da saúde. (1986). (WWW document). URL Consultado em: ([http://www.dgsaude.pt/prom\\_saude/carta\\_ottawa.html](http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html))

Castanha, A.R., & Araújo, L.F. (2004). *Representações sociais da AIDS: um estudo com agentes comunitários de saúde do município de Ipojuca-PE*. In V Congresso Virtual HIV/AIDS. Brasil. 1-9.

(WWW document). URL. Consultado em 25/1/2008: ([http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=240](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=240))

Centers for Disease Control and Prevention. (1987). *Universal Precautions for Prevention of Transmission of HIV and Other Bloodborne Infections*. MMWR. 36.

Centers for Disease Control and Prevention. (1996). *Standard Precautions*.

Centers for Disease Control and Prevention. (2001). *Updated U. S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis*. MMWR. 50 (No. RR-11). 1-52.

Center for Disease Control and Prevention. (2002). *Preventing Occupational HIV Transmission to Healthcare Personnel*.

Center for Disease Control and Prevention. National Center for Infectious Diseases. Division of Healthcare Quality Promotion and Division of Viral Hepatitis. (2003). *Exposure to Blood What Healthcare Personnel Need to Know*.

Center for Disease Control and Prevention. Division of Healthcare Quality Promotion. Workbook for Designing, Implementing, and Evaluating a Sharps Injury Prevention Program. (2004). *Overview: Risks and prevention of sharps injuries in healthcare personnel*. (WWW document). URL Consultado em 16/9/2007: [www.cdc.gov/sharpssafety/wk\\_overview.html](http://www.cdc.gov/sharpssafety/wk_overview.html)

Center for Disease Control and Prevention. (2005). *Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis*. MMWR 54 (RR09). 1-17. (WWW document). URL Consultado em 16/9/2007: [http://www.Updated%20U%20S%20Public%20Health%20Service%20Guidelines%20for%20the%](http://www.Updated%20U%20S%20Public%20Health%20Service%20Guidelines%20for%20the%20)

Center for Disease Control and Prevention. (2006). *A Comprehensive Immunization Strategy to Eliminate Transmission of Hepatitis B Virus Infection in the United States*. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Part II: Immunization of Adults. MMWR 55 (RR16).1-25.

Chambel, M. (2005). Stress e bem-estar nas organizações. In *Stress e bem-estar*. Pinto, A., & Silva, A. Climepsi: Lisboa.

Comissão das Comunidades Europeias. (2005). Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, *Relativa à luta contra o VIH/ SIDA na União Europeia e nos países vizinhos 2006-2009*. Bruxelas.

Comissão das Comunidades Europeias. (2002). *Comunicação da Comissão de 11 Março de 2002 - Adaptação às transformações do trabalho e da sociedade: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança 2002-2006*. Bruxelas.

Costa, J. A., & Melo, A. S. (1977). *Dicionário da Língua Portuguesa* (5ª ed.). Lisboa: Porto Editora.

Coutinho, M., Nóbrega, S., & Catão, M. (2003). Contribuições Teórica- Metodológicas acerca do uso dos instrumentos projectivos no campo das representações sociais. In *Representações Sociais – Abordagem interdisciplinar*. Org. por Coutinho, M., Lima, A., Oliveira, F., & Fortunato, M. Brasil: Editora Universitária/UFPB.

Coutinho, M., & Saldanha, A. (2005). *Representação social e práticas de pesquisa*. Ed. Universitária/UFPB.

Declaração de Alma-Ata. (1978). Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata.

Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde no século XXI. (1997).

Declaração do Luxemburgo sobre a Promoção da Saúde no local de trabalho na União Europeia. (1997). Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.

Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde. (1991). Sundsvall. Suécia.

Direcção Geral da Saúde. (2004). *Avaliação do Programa Nacional de Vacinação e melhoria do seu custo-efectividade: 2º inquérito serológico nacional: Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa.

Direcção Geral da Saúde. Divisão de saúde ocupacional. (2004). *Medidas de controlo de agentes biológicos nocivos à saúde dos trabalhadores - recomendações gerais*.

Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde (2004-2010)*.

Doise, W., & Palmonari, A. (1986). *L'étude des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé.

Doise, W., Clemence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Presses Universitaires de Grenoble.

Elford, W., Straker, L., & Strauss, G. (2000). Patient handling with and without slings: an analysis of the risk of injury to the lumbar spine. *Applied Ergonomics*. 31, (2).

Elmiyeh, B., Whitaker, I., James, M., Chahal, C., & Galea, A. (2004). Needle-Stick injuries in the National Health Service: a culture of silence. *Journal of The Royal Society of Medicine*. 97. 326-327. (WWW document). URL Consultado em 13/9/07: <http://www.jrsm.org/cgi/content/full/97/7/326/TBL1>

Esteves, A. (1998). Metodologias qualitativas, análise etnográfica e histórias de vida. In *Metodologias qualitativas para as ciências sociais*. Porto: Instituto de Sociologia.

European Agency for Safety and Health at Work. (2002). *New forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health*. Belgica: Office for Official Publications of the European Communities.

Ferreira, M. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Lusociência: Loures.

Paul, M. (2004). Prefácio. In *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Fonseca, A.M. (1ª ed.) Lisboa. Climepsi Editores.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência Lda.

Frasquilho, M. (2005). Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*. 18. 433-444.

Freitas, J. (2003). *Hepatites víricas perspectiva histórica*. In José Cotter. *Hepatites víricas*. Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais. (WWW document). URL Consultado em 5/9/07: [www.aidsportugal.com/hepatites/9-35.pdf](http://www.aidsportugal.com/hepatites/9-35.pdf)

Freitas, L. M. (2004). *Gestão da segurança e saúde no trabalho*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.

Giami, A. (2000). Seminário de Cooperação Brasil/França: *Profissionais de saúde frente ao manejo de infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília.

Hernández, E., Pereira, A., Jiménez, B., & González, J. (2003). Prevenção e intervenção na síndrome de burnout. Como prevenir (ou remediar) o processo de burnout. In *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. Org. Benevides Pereira. S. Paulo. Casa do Psicólogo.

International Health Care Worker Safety Center – EPINet. (1998). *Uniform Needlestick and Sharp Object Injury Report*. University of Virginia. (WWW document). URL Consultado em 14/6/2006: ([w.w.w.med.virgínia.edu](http://w.w.w.med.virgínia.edu))

International Health Care Worker Safety Center. (1998). *Annual Number of Occupational Percutaneous injuries and Mucocutaneous Exposure to Blood or Potentially Infective Biological Substances*. University of Virgínia. (WWW document). URL Consultado em 14/6/2006: ([w.w.w.med.virgínia.edu](http://w.w.w.med.virgínia.edu))

International Health Care Worker Safety Center. (2001). *Risk of Infection Following a Single HIV, HBV, or HCV – Contaminated Needlestick or Sharp Instrument Injury*. University of Virgínia. (WWW document). URL Consultado em 14/9/2006: ([w.w.w.healthsystem.virgínia.edu/internet/epinet/estimates.cfm?printfriendly=1&](http://w.w.w.healthsystem.virgínia.edu/internet/epinet/estimates.cfm?printfriendly=1&))

Jagger, J. (2007). Caring for healthcare workers: a global perspective. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 28, (1).

Martí, M., Navarrete, M., Codes, A., & Llorente J. (2003). Exposiciones ocupacionales a sangre y material biológico en los trabajadores sanitarios, proyecto epinetac (1998-2000). In *Guía de prevención del risco biológico para profesionales de enfermería*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Cecova.

Martins, M. (2003). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Revista Millenium do I.S.P.V.* 28. 229-249. (WWW document). URL Consultado em 1/9/07: ([w.w.w.ipv.pt/millennium/Millennium28/default.htm](http://w.w.w.ipv.pt/millennium/Millennium28/default.htm))

Martins, P., & Martins, A. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e domestica: Satisfação e estratégias de coping – Um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica*. 3, (17). 529-546.

Moura, M. C. (s/d). Imunopatologia das hepatites víricas. In *Hepatites víricas, bases científicas e prática clínica*. Biblioteca Gastrenterologica. Glaxowellcome.

Moscovici, S. (1994). *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris: Éditions Nathan.

Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petropolis, Rj: Vozes.

Muñoz – Gómez, J. (2003). Epidemiologia del dolor lumbar crónico. In Villoria, M.C., *Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico*. Salamanca: Fundación Grunenthal.

National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH. (1999). *Preventing needlestick injuries in health care settings*. Publication nº 2000-108. (WWW document). URL Consultado em 8/9/2007: ([w.w.w.cdc.gov/niosh/2000-108.html](http://w.w.w.cdc.gov/niosh/2000-108.html))

National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH. (2000). *What every worker should know: how to protect your self from Needlestick injuries*. Publication nº 2000-135. (WWW document). URL Consultado em 8/9/2007: ([w.w.w.cdc.gov/niosh/docs/2000-135/](http://w.w.w.cdc.gov/niosh/docs/2000-135/))

National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH. (1999). *Preventing Needlestick injuries in health care settings..* Publication nº 2000-108. (WWW document).URL Consultado em 8/9/2007: ([w.w.w.cdc.gov/niosh/docs/2000-108.html](http://w.w.w.cdc.gov/niosh/docs/2000-108.html))

Nóvoa, A. (1998). A Formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto prosalus. In: Nóvoa, A., & Finger, M. (org.). *O método (auto) biográfico e a formação*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Nunes, M. (2005). Apoio social na diabetes. *Revista Millenium do I.S.P.V: Educação, Ciência e Tecnologia*. 31. 135-149. (WWW document). URL Consultado em 13/9/2007: (<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/10.pdf>)

Perry, J., Robinson, E., & Jagger, J. (2004). Nursing 2004 needle-stick and sharps-safety survey: getting to the point about preventable injuries. *Nursing center; Journal Articles*. 34, (4). (WWW document). URL Consultado em 13/9/2007: (<file://E:\NursingCenter - Library - Journal Issue - Article-Nursing2004 needle-stick na...>)

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Organização Internacional do Trabalho. (2005). Relatório do Bureau Internacional do Trabalho para o Dia Mundial da Segurança e da Saúde no Trabalho. *Prevenção: uma estratégia global. Promoção da segurança e da saúde no trabalho*. Bureau Internacional do Trabalho. 1ª edição.

Organização Internacional do Trabalho. (2007). Relatório do Bureau Internacional do Trabalho para o Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho. *Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis. Tornar o trabalho digno uma realidade*. Genebra.

Organização Internacional do Trabalho. Conferência Internacional do Trabalho, 96.<sup>a</sup> Sessão. (2007). Relatório Global de Acompanhamento da Declaração da OIT, Relativa aos Direitos e Princípios Fundamentais no Trabalho. *Igualdade no trabalho: Enfrentar os desafios*. Bureau Internacional do Trabalho. Genebra.

Perry, J., Parker, G., & Jagger, J. (2004). *EPINet Report: 2002. Percutaneous injury rates Advances in Exposure Prevention*. International Healthcare Worker Safety Center. University of Virginia. 7, (2).18-21.

Perry, J., & Jagger, J. (2003). Healthcare worker blood exposure risks: correcting some outdated statistics. *Advances in Exposure Prevention*. 6, (3). 28-31.

Perry, J., Parker, G., & Jagger, J. (2007). *EPINet Report: 2004 Percutaneous injury rates*. International Healthcare Worker Safety Center. University of Virginia.

Pestana, N. (2003). *Trabalhadores mais velhos: Políticas públicas e práticas empresariais*. Cadernos de emprego e relações de trabalho n.º 01; Ministério da Segurança Social e do Trabalho, Direcção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho.

Portal de Saúde Pública. (2005). *B17.1 – Hepatite C*. (WWW document). URL Consultado em 6/9/07: [www.Saudepublica.web.pt/04PrevencaoDoenca/DTDO/manual/hpc.htm](http://www.Saudepublica.web.pt/04PrevencaoDoenca/DTDO/manual/hpc.htm)

Puro et al. (2005). *European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus*. Eurosurveillance. 10. 260-264. (WWW document). URL Consultado em 6/9/07: [www.eurosurveillance.org/em/u10n10/1010-226.asp#references](http://www.eurosurveillance.org/em/u10n10/1010-226.asp#references)

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de investigação em Ciências Sociais. Trajectos* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio, prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Revista Psychologica*. 45. 147-169.

Relatório de Consenso e Recomendações para a Prevenção e Tratamento da Hepatite C. (1999). Conferência de Consenso sobre Hepatite C.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. *Relatório anual 2005: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. (WWW document). URL Consultado em 12/01/2008: (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/download/ar2005-pt.pdf>)

Olivares, J., & Segarra, J. (2003). Infección por VIH en profesionales de la salud. In *Guía de prevención del riesgo biológico para profesionales de enfermería*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Cecova.

Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Salgueiro, H., & Faria, T. (2005). Envelhecimento activo: uma prioridade. In *Nursing* 199, (16). 36-38.

Segarra, J., Pérez, S., Aceitero, J., & Ortín, E. (2003). Estudios sobre prevención del riesgo biológico en profesionales de enfermería. In *Guía de prevención del riesgo biológico para profesionales de enfermería*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Cecova.

Selye, H. (1974). *Stress, tensão sem aflição. A saúde do mundo*. Genebra. 3-11.

Serra, A.,V. (2005). As Múltiplas facetas do stress. In *Stress e bem-estar* . Pinto, A., & Silva, A. Climepsi editores.

Serranheira, F., & Uva S. A. (2000). Avaliação do risco de lesões músculo -esqueléticas do membro superior ligadas ao trabalho (LMEMSLT): aplicação dos métodos Rula e Strain. Índex. *Revista Saúde & Trabalho*. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. 44, (3).

Simões, C. (2002). Da privação sócio-económica à falência dos conceitos de suporte social e desenvolvimento: reflexões para uma práxis interventiva. *Análise Psicológica*. 3, (xx). 291-295.

Silva, I. et al. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4, (1). 21-32.

Silva, L.F. (2004). *Sócio-Antropologia da saúde, sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Universidade Aberta.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.

Tura, L.F., & Moreira A.S. (2004). *Saúde e representações sociais*. Brasil: Editora Universitária/UFPB.

Uva, S. A., & Faria, M. (1992). *Riscos Ocupacionais em Hospitais e outros Estabelecimentos de Saúde*. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Lisboa.

Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In *Psicologia social*. Vala, J., & Monteiro, M. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Watzlawick, P. (1984). *Invented Reality*. New York, Norton.

World Health Organization. (1993). *Aging and working capacity: report of a WHO study group*. Geneva: World Health Organization. WHO technical report series.

World Health Organization. (2002). *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneve. (WWW document). URL Consultado em 27/07/2007: ([http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf))

Worthington, M.G., Ross, J.J., & Bergeron, E.K. (2006). Posttraumatic Stress Disorder After Occupational HIV Exposure: two cases and a literature review. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 27, (2). 215-217. (WWW document). URL Consultado em 27/07/2007: ([www.journals.uchicago.edu/cgi-bin/resolve?id=doi:10.1086/501155&erFrom=1880556680564681784Guest](http://www.journals.uchicago.edu/cgi-bin/resolve?id=doi:10.1086/501155&erFrom=1880556680564681784Guest))

Zancan, L. F. (1999). *Dilemas morais nas políticas de saúde: o caso da AIDS. Uma aproximação a partir da bioética*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 92, (viii).

## **IMAGENS**

National Surveillance System for Health Care Workers.

(WWW document). URL Consultado em 8/9/2007:

[http://w.w.w.cdc.gov/sharpssafety/wk\\_overview.html](http://w.w.w.cdc.gov/sharpssafety/wk_overview.html)

Perkins, J. A. (2002). Infectious. (WWW document). URL Consultado 16/02/2008:

<http://www.rit.edu/~japfaa/index.html>

Understanding HIV. (2007).

(WWW document). URL Consultado em 16/02/2008:

<http://www.vicolab.com/bgdisplay.jhtml?item=nameunderstandighiv&product=none>

World Health Organization. (2006). Consultado em 19/01/2008:

[http://www.who.int/ith/maps/HIVinfection2005\\_en.gif](http://www.who.int/ith/maps/HIVinfection2005_en.gif)

World Health Organization. (2004). *International Travel and Health*.

Consultado em 19/01/2008: [http://www.who.int/ith/maps/hepatitisc2004\\_en.gif](http://www.who.int/ith/maps/hepatitisc2004_en.gif)

## **LEGISLAÇÃO**

Decreto-Lei n.º 441/91 de 14 de Novembro, o presente diploma contém os princípios que visam promover a segurança, higiene e saúde no trabalho, nos termos do disposto nos artigos 59º e 64º da Constituição.

Decreto-Lei n.º 26/94 de 1 de Fevereiro, estabelece o regime de organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde nos locais de trabalho.

Lei n.º 7/95 de 29 de Março, estabelece o regime de organização e funcionamento dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho previstos nos artigos 13º e 23º do Decreto-Lei n.º 441/91.

Decreto-Lei n.º 191/95 de 28 de Julho, regula a aplicação do disposto no Decreto-Lei n.º 441/91 aos serviços e organismos da administração central, regional e local, incluindo os institutos públicos nas modalidades de serviços personalizados ou de fundos públicos.

Decreto-Lei n.º 84/97 de 16 de Abril, o presente diploma estabelece as regras de protecção dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos durante o trabalho, que procedem à transposição para o direito interno das Directivas n.º 90/679/CEE, do Conselho, de 26 de Novembro, e 93/88/CEE, do Conselho, de 12 de Outubro, e da Directiva n.º 95/30/CE, da Comissão, de 30 de Junho de 1995.

Decreto-Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro, este diploma aprova o novo regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais.

Decreto-Lei n.º 159/99 de 11 de Março, o presente decreto-lei visa regulamentar o seguro obrigatório de acidentes de trabalho para os trabalhadores independentes, previsto no artigo 3 da Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro.

Decreto-Lei n.º 488/99 de 17 de Novembro, o presente diploma define as formas de aplicação do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, à Administração Pública.

Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro, que estabelece o regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais ocorridos ao serviço da Administração Pública.

Decreto-Lei n.º 109/2000 de 30 de Junho, o presente diploma estabelece o regime de organização e funcionamento dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho previstos nos artigos 13º e 23º de Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro.

Diário da República - Código do Trabalho Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto. Aprova o Código do Trabalho.

Decreto-Lei n.º 35/2004. Regulamenta a Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto que aprovou o Código do Trabalho.

Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro de 2007. Este diploma cria com a natureza de entidades públicas empresariais, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., por fusão do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) com o Hospital de D. Estefânea e o Hospital de Santa Marta, E. P. E.

Decreto Regulamentar n.º 352/2007 de 23 de Outubro, aprova a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e a Tabela Nacional para avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil constantes respectivamente dos anexos I e II ao decreto-lei e que dele fazem parte integrante.

Portaria n.º 987/93. Estabelece a regulação das prescrições mínimas de segurança e saúde nos locais de trabalho.

Portaria n.º 1036/98 de 15 de Dezembro, Ministério da Saúde / Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Altera a lista dos agentes biológicos classificados para efeitos da prevenção de riscos profissionais, aprovada pela Portaria n.º 405/98, de 11 de Julho. Publicada no Diário da República: I série A; N.º 288. 6835-6843.

Portaria n.º 405/98 de 11 de Julho, Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Aprova a classificação dos agentes biológicos. Publicada no Diário da República: I série B; N.º 158. 3308-3314.

Portaria n.º 115-A/2004 de 30 de Janeiro. É criado o Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) que integra o Hospital de S. José, o Hospital de Santo António dos Capuchos e o Hospital do Desterro.

Directiva Quadro 89/54/CEE de 12 de Junho de 1989. Relativa à introdução de medidas para o desenvolvimento e implementação da segurança e saúde no trabalho.

Directiva 93/88/CEE do Conselho de 12 de Outubro de 1993 que altera a Directiva 90/679/CEE, relativa à protecção dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes biológicos durante o trabalho.

Directiva 95/30/CE da Comissão de 30 de Junho de 1995, que adapta ao progresso técnico a Directiva 90/679/CEE do Conselho, relativa à protecção dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes biológicos durante o trabalho.

Directiva Quadro 2000/54/CE cujo objectivo, é estabelecer as prescrições mínimas especiais destinadas a garantir um melhor nível de segurança e de saúde aos trabalhadores expostos a agentes biológicos durante o trabalho.

Directiva 2003/88/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 4 de Novembro de 2003. Estabelece as prescrições mínimas gerais de segurança e de saúde em matéria de organização do tempo de trabalho. Trata, além disso, dos períodos de descanso diário, das pausas, dos períodos de descanso semanal, das férias anuais e de certos aspectos do trabalho nocturno e do trabalho por turnos.

## **GLOSSÁRIO**

**ADN-** Abreviatura de ácido desoxirribonucleico: um ácido nucleico que é o principal formador de genes. Trata-se de uma macromolécula longa, formada através da junção de um grande número de nucleotídeos. Constitui uma espécie de código e é o portador da informação genética de geração em geração.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Agentes biológicos-** Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

**Análise de risco-** Processo de identificação dos perigos e estimativa dos respectivos danos potenciais de uma determinada situação.

**Anticorpo-** Substância que se forma no organismo quando este absorve um antigénio, seja alimentar, químico ou biológico - no caso um vírus ou uma bactéria. A sua presença significa que a reacção de defesa do hospedeiro contra o agente estranho (o antigénio que está a afectar o organismo) atingiu o pico máximo.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Antigénio-** Substância que estimula a produção de anticorpos específicos. Tem origens diversas, nomeadamente de células vegetais, de animais, bactérias ou de albuminas dissolvidas, e pode ser inofensiva, bastante tóxica ou virulenta.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Anti-HBc-** Anticorpo gerado contra o antigénio do «core» do vírus da hepatite B. Está presente nas fases aguda e crónica da hepatite B.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Anti-HBe-** Anticorpo gerado contra o antigénio «e» do vírus da hepatite B.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Anti-HBs-** Anticorpo gerado contra o antigénio de superfície do vírus da hepatite B.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**ARN-** Abreviatura de Ácido Ribonucleico: um ácido nucleico que é formado a partir do ADN. Transporta aminoácidos e orienta a síntese de proteínas. No caso dos vírus

formados por ARN, este ácido é o responsável pela transmissão genética.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Avaliação de risco-** Processo pelo qual se detecta, identifica, quantifica os riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores decorrentes dos factores de risco existentes no local de trabalho.

**Carcinoma hepatocelular-** Tumor com origem nas próprias células hepáticas, sendo o tumor maligno primitivo do fígado mais frequente. Quase sempre surge em doentes com cirrose hepática, geralmente de causa alcoólica ou viral. A nível mundial, o VHB é a causa mais importante nas regiões de elevada prevalência de hepatite B, mas é a infecção pelo VHC a causa mais frequente nas outras zonas. Em Portugal será ainda a cirrose alcoólica, em muitos casos associada à hepatite C, cuja importância relativa está a aumentar. (<http://www.mni.pt/guia/index.php?file=guia-artigo&cod=45>)

**Causas autoimunes-** Existem casos em que o indivíduo pode desenvolver anticorpos contra os próprios tecidos ou órgãos Esta alteração chamamos de doenças autoimunes.  
(<http://www.cemerj.com.br/aborto.html>)

**Cirrose-** Transformação modular do fígado. Vulgarmente, define uma doença grave do fígado, embora possa afectar outros órgãos. Resulta de uma lesão prolongada das células do fígado (hepatócitos); quando surge associada a uma hepatite crónica activa, diz-se que se trata de uma cirrose pós-hepatítica.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Co-infecção-** Infecção simultânea do organismo por dois tipos de vírus.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Cronicidade-** Qualidade ou estado do que é crónico  
(Costa, J. A., & Melo, A. S. (1977). Dicionário da Língua Portuguesa (5ª ed.). Lisboa: Porto Editora.)

**Efeitos secundários-** Conjunto de manifestações patológicas - sintomas e sinais - que aparecem após a tomada de um medicamento.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Endémica-** Doença relativa a um povo ou a uma região.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Equipamento de protecção individual (EPI)-** É todo o equipamento destinado a ser usado pelo trabalhador para a protecção contra um ou mais riscos susceptíveis de ameaçar a segurança e a saúde e a integridade física do trabalhador.

**Epidemiologia-** Estudo da distribuição e dos determinantes dos estados e eventos relacionados à saúde. (Dicionário Digital de Termos Médicos 2007)

**Flavivírus-** Família de vírus em que se inclui o vírus da hepatite C.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Follow-up-** Seguimento ou acompanhamento

Costa, J. A., & Melo, A. S. (1977). Dicionário da Língua Portuguesa (5ª ed.). Lisboa: Porto Editora.

**Genótipo-** Conjunto de genes que compõe as células de um organismo e contém todas as características hereditárias. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Hepatócito-** Célula do parênquima hepático, bastante volumosa e com forma poligonal, que constitui o elemento secretor endócrino e exócrino do fígado. Sin. de célula hepática. ([http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/10/glo\\_id/6210/menu/2/](http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/10/glo_id/6210/menu/2/))

**Hepatoma-** Em linguagem clínica, designa o cancro primitivo do fígado. Ling.: hepatoma maligno é o termo exacto, pois existem também tumores não cancerosos do fígado, cujo nome é hepatoma benigno.  
([http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/10/glo\\_id/6212/?menu=2](http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/10/glo_id/6212/?menu=2))

**Hepadnavirus-** Família de vírus em que se inclui o vírus da hepatite B.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Hepatite aguda-** Fase crítica da doença. Geralmente, termina ao fim de algumas semanas, mas pode assumir uma forma mais prolongada ao longo de três a quatro meses, ou originar uma recaída quando a cura parecia completa.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Hepatite crónica-** Significa que as transaminases permanecem elevadas durante mais de seis meses, após a hepatite aguda. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Hepatite fulminante-** Forma muito grave da evolução de uma hepatite aguda caracterizada pela interrupção total ou quase total do funcionamento do fígado que pode ser mortal. Constitui uma das indicações para transplante hepático de urgência. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Hepatócito-** Célula do fígado que assegura as funções principais do órgão. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Hepatomegalia-** Aumento do volume do fígado. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Imunidade-** Capacidade biológica de defesa do organismo face ao ataque de certos micróbios. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Imunoglobulina-** É obtida a partir de sangue humano e contém anticorpos contra os vírus. Concede rapidamente uma protecção (os anticorpos aparecem cinco dias após), mas esta protecção tem uma curta duração de três a seis meses. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Incubação, período de-** Espaço de tempo que medeia a entrada de um agente infeccioso no organismo e a manifestação dos sintomas da doença. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Infecções ocupacionais-** resultado da exposição dos trabalhadores aos agentes infecciosos.

**Infecções nosocomiais-** Infecções hospitalares adquiridas pelos utentes.

**Interferão-** Proteína produzida pelo organismo para combater uma infecção viral. Os interferões utilizados no tratamento das hepatites crónicas são obtidos por recombinação genética, a partir de genes de interferões humanos, os únicos que são eficazes no homem. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Lamivudina-** Substância semelhante aos nucleósidos, usada no tratamento da hepatite crónica B e da infecção VIH. (<http://www. Roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Local de trabalho-** Todo o lugar em que o trabalhador se encontra, ou donde ou para onde deve dirigir-se em virtude do seu trabalho, e em que esteja, directa ou indirectamente, sujeito ao controlo do empregador. (Decreto-Lei n.º 488/99 de 17 de Novembro, artigo 3).

**Luva-** Equipamento de protecção individual destinado a protecção das mãos e ou antebraço.

**Não respondentes à vacina hepatite B-** O indivíduo que após efectuar as três doses da vacina da hepatite B é determinado o nível da anticorpos 1-3 meses depois da última dose e cujo resultado é inferior a 10 mIU/ml.

(European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B vírus and hepatitis C vírus  
([www.eurosurveillance.org/em/u10n10/1010-226.asp#references](http://www.eurosurveillance.org/em/u10n10/1010-226.asp#references))

**Nanómetro ou milimícron-** Submúltiplo do metro, igual a  $10^{-9}$  m.  
(<http://www. Roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência-** Agência da Comunidade Europeia, com sede em Lisboa, que foi criada em 8 de Fevereiro de 1993, com o objectivo de fornecer à União Europeia e aos estados-membros informações objectivas, fiáveis e comparáveis a nível europeu sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência e respectivas consequências. Coordena a Rede Europeia de Informação sobre a Droga e a Toxicodependência.  
(<http://www. Roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Organização Mundial de Saúde-** ([www.who.int](http://www.who.int)) Nascida, oficialmente, a 24 de Outubro de 1945, data em que a sua Carta foi assinada pela maioria dos 51 Estados Membros fundadores, tem por objectivo a união de todas as nações do mundo em prol da paz e do desenvolvimento, com base nos princípios de justiça, dignidade humana e bem-estar de todos. Actualmente, é composta por 189 estados membros.  
(<http://www. Roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**OSHA-** Occupational Safety and Health Administration - dedica-se a prevenir acidentes, doenças e mortes relacionadas ao trabalho. Foi criada em 1971, está vinculada ao U.S. Department of Labor.

**Patologia-** Sinónimo de doença. Também pode usar-se para designar a área da medicina que estuda as origens, sintomas e natureza das doenças.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**PCR-** Sigla do inglês «Polimerase Chain Reaction», isto é: Reacção em Cadeia da Polimerase. É um método laboratorial que permite detectar a presença do vírus no sangue, amplificando o genoma. Até ao momento, é a metodologia mais sensível e específica, disponível até o momento para a análise de genes e seus transcritos.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Peginterferão-** Resulta da conjugação química da molécula proteica de Interferão alfa com uma macromolécula de polietileno glicol (1:1) formando uma barreira protectora que protege o IFN da destruição enzimática (proteólise). Permite aumentar a semi-vida média do Interferão e assim manter níveis séricos de IFN constantes durante mais tempo o que se traduz num efeito antiviral prolongado.  
(<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Perigo-** possibilidade de sofrer perda, dano físico, dano à propriedade, à equipamento, dano ao meio ambiente, doenças, etc. Situação inerente com capacidade de causar lesões ou danos à saúde das pessoas. (OIT)

**Portadores crónicos-** Pessoas em que o vírus permanece, podendo ser transmitido a outras pessoas. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Profilaxia** – Conjunto de providências que se tomam para prevenir uma doença ou contágio. (Costa, J. A., & Melo, A. S. (1977). Dicionário da Língua Portuguesa (5ª ed.). Lisboa: Porto Editora.)

**Radiação Ionizante-** Tipo de radiação que ao incidir sobre uma superfície ioniza os átomos desta.

**Redução dos riscos-** A exposição aos riscos deve ser evitada. Se tal não for tecnicamente praticável, o risco de exposição deve ser reduzido a um nível

suficientemente baixo, em especial mediante a aplicação de nove tipos de medidas. Por exemplo, a limitação do número de trabalhadores expostos, medidas de protecção colectiva e/ou individual, meios que permitam a recolha, a armazenagem e a eliminação dos resíduos, com toda a segurança, pelos trabalhadores. (Agentes Biológicos-Directiva 2000/54/CE)

**Respondentes à vacina da hepatite B-** O indivíduo que após efectuar as três doses da vacina da hepatite B é determinado o nível da anticorpos 1-3 meses depois da última dose e cujo resultado é superior a 10 mIU/ml. (European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus) ([www.eurosurveillance.org/em/u10n10/1010-226.asp#references](http://www.eurosurveillance.org/em/u10n10/1010-226.asp#references))

**Risco-** Possibilidade real ou potencial capaz de causar lesão e ou morte, danos ou perdas patrimoniais, interrupção de processo de produção ou de afectar a comunidade ou o meio ambiente. Uma combinação da probabilidade de que ocorra um acontecimento perigoso com a gravidade de lesões ou danos à saúde da pessoa, causado por este acontecimento. (OIT)

**Segurança do Trabalho-** Conjuntos de medidas que são adoptadas visando minimizar os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, bem como proteger a integridade e a capacidade de trabalho do trabalhador.

**Seroconversão-** Passagem do estado de portador de antigénios ao de portador de anticorpos. ([http://www.roche.pt/hepatites/tabela\\_hepatite\\_b.pdf](http://www.roche.pt/hepatites/tabela_hepatite_b.pdf))

**SIDA-** Iniciais da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, doença crónica causada por um vírus – Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) - que é transmitido por via sexual, através de transfusões de sangue ou por agulhas e outros objectos contaminados com sangue. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Sintoma-** Manifestação subjectiva que pode dar indicações sobre uma doença. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Sistema imunitário-** Componente do organismo que assegura a defesa contra os ataques de agentes infecciosos. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Superinfecção-** Infecção por vírus quando já existe uma outra infecção. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Taxa de contaminação-** Percentagem de pessoas contaminadas com uma determinada doença. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Taxa de incidência** - Percentagem de pessoas contaminadas em cada ano com uma determinada doença, relativamente ao total população a que pertencem. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Trabalhador** - Pessoa vinculada por nomeação, contrato administrativo de provimento ou contrato individual de trabalho que desempenhe funções nos serviços e organismos referidos no n.º 1 do artigo anterior e, bem assim, os que estejam na dependência económica do empregador em razão dos meios de trabalho e do resultado da sua actividade. (Decreto-Lei n.º 488/99 de 17 de Novembro, artigo 3).

**Transaminases ou aminotransferases-** Enzimas que se encontram em grande quantidade no interior das células do fígado. O aumento da sua quantidade no sangue é muito significativo em casos de hepatite aguda (mais de dez vezes o limite superior do normal) e mais moderado na hepatite crónica (em geral, duas a cinco vezes o limite superior do normal). (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Urticária-** Erupções na pele, de origem alérgica, que provocam ardor e comichão. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Vacina-** Substância biológica, preparada com agentes infecciosos atenuados ou por recombinação genética. Quando introduzida no organismo, impede o desenvolvimento de doenças provocadas pelos vírus de que é constituída. É combinada, quando serve para prevenir duas doenças, como no caso das hepatites A e B. (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**VIH-** Vírus da Imunodeficiência Humana, o microorganismo que provoca a SIDA (a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida). (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Viremia-** Palavra inglesa que designa a presença e a quantidade de vírus no sangue. Em português, pode dizer-se «carga viral». (<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>)

**Vírica** - Palavra usada, habitualmente, para designar doenças provocadas por vírus. Nestes casos, a língua portuguesa aconselha a utilização da palavra «viral» ou «virulenta» que significa, precisamente, provocada por vírus ou relativo a vírus.  
<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>

**Vírus**- Microorganismo infeccioso, geralmente constituído por uma molécula de ácido nucleico (ARN ou ADN) revestida por proteínas. Os vírus não têm metabolismo independente e só conseguem reproduzir-se no interior das células vivas do organismo hospedeiro. Estes agentes infecciosos são os causadores de muitas doenças contagiosas.  
<http://www.roche.pt/hepatites/glossario.cfm>

# **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **PEDIDO AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO C.H.L.C./E.P.E. HOSPITAL DE S. JOSÉ**



## **ANEXO II**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA**

## UNIVERSIDADE ABERTA

O presente questionário insere-se num estudo no âmbito do Mestrado Comunicação em Saúde da Universidade Aberta, subordinado ao tema

***“Acidentes de Serviço em Profissionais de Saúde: Representações e Comportamentos Face à Exposição Microbiológica Acidental”***

Ao responder a este questionário e entrevista, está a contribuir para melhorar o nosso conhecimento e compreensão dos factores que intervêm na ocorrência de um acidente de serviço e que podem afectar a sua prática profissional.

São ambos anónimos e não existem respostas certas ou erradas, estamos simplesmente interessados na sua opinião.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e o seu resultado será apresentado e divulgado em eventos científicos da área, garantindo o sigilo e anonimato.

Obrigado por nos dedicar algum do seu tempo

Assinatura

---

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

Obrigado pela sua colaboração!

Fátima Ramalho

**ANEXO III**

**QUESTIONÁRIO**

## QUESTIONÁRIO SÓCIO – DEMOGRÁFICO

### I – DADOS GERAIS

1- Sexo:  Masculino  Feminino

2- Idade: |\_\_| |\_\_| anos 3- Nacionalidade:  Portuguesa  Outra \_\_\_\_\_

#### 4- Estado Civil Actual:

Solteiro(a)  Casado(a)/ União de Facto  Separado(a)/ Divorciado(a)  Viúvo(a)

5- Filhos:  Sim  Não 6- N.º de Filhos \_\_\_\_\_

#### 7- Caracterização das Condições Habitacionais:

Apartamento  Moradia  Outro \_\_\_\_\_

8- Factores de Vulnerabilidade Pessoal / Doença Crónica:  Não  Sim

Alérgica  Cardíaca  Diabetes  Hepática  Hipertensão Arterial  Renal

Respiratória  Outra \_\_\_\_\_

#### 9- Apoio Social:

Família \_\_\_\_\_  Empregada  Companheiro(a)  Vizinhos  Amigos

Outro \_\_\_\_\_

#### 10- Ocupação dos Tempos Livres

Ver televisão  Ouvir música  Ir ao cinema  Ir ao teatro  Estar com a família

Ler  Estar com os amigos  Praticar exercício físico  Outro \_\_\_\_\_

#### 11- Habilitações Literárias

Primária  Ciclo Preparatório  9º Ano  12º Ano  Bacharelato  Licenciatura

Especialidade  Pós-graduação  Mestrado  Doutoramento  Outro \_\_\_\_\_

#### 12- Profissão

Auxiliar Acção Médica  Auxiliar Apoio Vigilância  Assistente Administrativo  Enfermeiro

Enfermeiro Graduado  Enfermeiro Especialista  Enfermeiro Chefe  Técnico de Diag. Terapêutica \_\_\_\_\_  Anestesiologista  Medicina Interna  Cirurgia Geral

Cirurgia (outra Especialidade) \_\_\_\_\_  Outro \_\_\_\_\_

#### 13- Horário Trabalho Semanal

35 horas/semana  42 horas/semana  Outro \_\_\_\_\_

**14- Regime de Horário**

Fixo  Turnos \_\_\_\_\_  Número de Turnos Nocturnos/Semana \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

**15- Experiência Profissional**

|\_\_|\_\_| anos

**16- Antiguidade no Hospital**

|\_\_|\_\_| anos

**17- Serviço ou Unidade onde exerce a sua actividade**

Se exerce a sua actividade em mais do que um local, indique por ordem numérica, aquele que considera ser o local onde permanece maior número de horas semanalmente.

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

4 - \_\_\_\_\_

**18- Número de Utentes no Serviço ou Unidade**

N.º de Utentes \_\_\_\_\_

**19- Antiguidade no Serviço ou Unidade**

|\_\_|\_\_| anos |\_\_|\_\_| meses

**20- Vinculo à Instituição**

Quadro  Contrato a termo certo  Contrato individual trabalho

Outro \_\_\_\_\_

**II – Ao responder às seguintes questões, solicitamos que se reporte à data em que ocorreu o seu acidente de serviço por exposição microbiológica.**

---

**2.1- Tinha conhecimento do circuito do acidente de serviço/trabalho no Centro Hospitalar de Lisboa (zona central) Hospital de São José?**

Sim  Não

**2.2- Sabia quais os procedimentos imediatos a efectuar?**

Sim  Não

**2.3- Sabia quais os procedimentos (ou a existência de terapêutica) se o contagiante fosse positivo para a Hepatite B (VHB) que teria de efectuar?**

Sim       Não

**2.4- Sabia quais os procedimentos (ou a existência de terapêutica) se o contagiante fosse positivo para a Hepatite C (VHC) que teria de efectuar?**

Sim       Não

**2.5- Sabia quais os procedimentos (ou a existência de terapêutica) se o contagiante fosse positivo para o Vírus Imunodeficiência Humana (VIH) que teria de efectuar?**

Sim       Não

**2.6- Sente necessidade de frequentar acções de formação neste âmbito?**

Sim       Não

**2.7 – Na sua actividade profissional quais os riscos ocupacionais a que se encontra exposto:**

- Biológicos (Microorganismos patogénicos como hepatite B, C e VIH);
- Físicos (Ruído, iluminação, ambiente térmico, radiações ionizantes e não ionizantes);
- Químicos (Gases anestésicos, Antineoplásicos, vapores, aerossóis);
- Mecânico (Manipulação de cargas, posicionamento de doentes, quedas, choques, ...);
- Psicossocial (Violência, stress, trabalho por turnos);
- Outro \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração!

## **ANEXO IV**

### **GUIÃO DA ENTREVISTA**

## ENTREVISTA

- 1- Após a ocorrência da exposição microbiológica como se sentiu? Teve alguma dúvida?
- 2- Considera que o acidente por exposição microbiológica constituiu uma situação ameaçadora da sua integridade física/psicológica? Foi uma experiência traumática ou stressante?
- 3- O que lhe sugere quando se fala em Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)/SIDA?
- 4- Como se sente ao cuidar de um utente com VIH, hepatite B ou C, como faz para prestar os cuidados?
- 5- Acha que poderiam ter sido tomadas medidas preventivas para evitar ou reduzir o risco do seu acidente?
- 6- Considera serem necessários disponibilizar outro tipo de recursos aquando da ocorrência de um acidente com exposição microbiológica?
- 7- Os Serviços de Saúde Ocupacional têm responsabilidades no acompanhamento dos acidentes por exposição microbiológica. Considera que o acompanhamento pós exposição do Serviço de Saúde Ocupacional foi facilitador da resolução do mesmo?
- 8- O que entende por Stress Ocupacional?
- 9- Alguma vez considerou o abandono da instituição após o acidente?
- 10- Modificou algo nas suas práticas e desempenho ou tem intenção de mudar depois do acidente?
- 11- Após o acidente teve o apoio de alguém em especial?
- 12- Sente necessidade de passar algum tempo sozinho (a)?

13- Considera importante conviver com os seus amigos e familiares? Recebe frequentemente o seu apoio?

14- Considera importante conviver com os seus colegas de trabalho? Recebe frequentemente apoio dos seus colegas?