



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Ramo: Higiene, Saúde e Segurança Ocupacional

Título da Dissertação

Conhecimento, atitudes e práticas sobre os riscos e perigos ocupacionais em Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no controlo da Tuberculose: Estudo qualitativo nos Centros de Saúde do Distrito da Matola, 2024.

Nome do estudante: Ana Maria Juliana Gomane Mutondo Cunat

Maputo, 02 de Julho de 2025



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Ramo: Higiene, Saúde e Segurança Ocupacional

Título da Dissertação

Conhecimento, atitudes e práticas sobre os riscos e perigos ocupacionais em Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no controlo da Tuberculose: Estudo qualitativo nos Centros de Saúde do Distrito da Matola, 2024.

Nome da estudante: Ana Maria Juliana Gomane Mutondo Cunat

Nome e título do Supervisor: Eduardo Munhequete: MD, PhD

Maputo, 02 de Julho de 2025

Declaração de originalidade do projecto

Declaro que esta Dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta Dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da Universidade Eduardo Mondlane.

Cidade de Maputo, 02 de Julho de 2025

Ana Maria Juliana Gomane Mutondo Cunat

Agradecimentos

Primeiro, á Deus por proporcionar-me a vida, saúde e motivação nesta jornada.

Ao meu supervisor, Dr. Eduardo Munhequete, pelo conhecimento transmitido e apoio na consolidação do conhecimento científico que possibilitaram a conclusão deste trabalho.

À Direcção, aos docentes e colaboradores do Departamento de Saúde da Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, pelos conhecimentos transmitidos.

Às coordenadoras do Ramo HSSO, Dra. Anita Odallah e Dra. Elzier Mavume que deram orientações com mestria.

À antiga Directora do SDSMAS da Matola, Dra Carla Samanta Cumbe, por ter anuído a continuação do estudo.

À Direcção do SDSMAS Matola, das US's, dos parceiros ADPP e CCS aos ACS's por permitirem a colheita de dados.

Ao meu ex-colega do trabalho, dr. João Niquice Bembele, pela ajuda na leitura e pelas sugestões de melhoria.

À minha família (meu esposo Óscar e filhos Emmanuel, Serena e Ariel) pelo amor e apoio.

Aos meus pais, Juliana e Januário e irmãos, Jaime e Osvaldo, pelo amor incondicional.

Às minhas amigas Recélia, Àguida e Reginalda pela amizade e suporte académico.

A todos os meus companheiros do curso, em especial ao Emídio Cuamba, Calton Lençol, Maria Judite e Fenias Tonela pela parceria durante o curso.

Às minhas sobrinhas, mana Juju e à Ana Maria.

À minha sogra, Maria Isabel pelo apoio moral.

A todos que directa ou indirectamente contribuíram para o sucesso deste trabalho, o meu muito **obrigada**.

“De todas as formas de desigualdades, a injustiça na saúde é a mais chocante e desumana.”

(Martin Luther King, 1963).

Índice

Declaração de originalidade do projecto.....	3
Agradecimentos	4
Índice.....	6
Índice de figuras e Tabelas	9
Tabelas	9
Listas de abreviaturas.....	10
Resumo	11
Abstract	12
1. Motivação	13
2. Introdução	14
3. Revisão bibliográfica	16
3.1 Fluxo de actividades e material de trabalho dos ACS's no controlo da TB	20
3.2 Hierarquia de Controlo de riscos ocupacionais e Medidas de prevenção e controlo da TB	23
3.3 Enquadramento teórico	26
4. Questões de pesquisa	27
5. Objectivos	28
5.1 Objectivo geral.....	28
5.2 Objectivos específicos	28
6. Metodologia	28
6.1. Tipo/desenho de estudo.....	28
6.2 Local do Estudo	29
6.3 Período de estudo	29
6.4 População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes	29
6.4.1 População do estudo	29

6.4.2. Amostra.....	30
6.4.3. Amostragem e Selecção dos participantes	30
6. 5 Procedimentos, técnicas e instrumentos de colecta/recolha de dados	31
6.6 Plano de gestão e análise de dados	33
7 Considerações Éticas	34
7.1. <i>Normas éticas seguidas para aprovação do estudo</i>	34
7.2 <i>Recrutamento e Consentimento informado</i>	34
7.3 <i>Benefícios e riscos e como estes foram minimizados</i>	35
7.3.1 <i>Riscos</i>	35
7.3.2 <i>Benefícios</i>	35
7.4 <i>Confidencialidade/privacidade/anonimato</i>	35
8 Limitações do estudo	36
9 Resultados e Discussão	37
9.1 <i>Resultados</i>	37
9.1.1 <i>Características sócio-demográficas dos entrevistados</i>	37
9.1.2. <i>Conhecimento dos ACS's sobre a TB</i>	38
9.1.3. <i>Conhecimento sobre os perigos e riscos no controlo da TB</i>	43
9.1.4. <i>Contribuições dos ACS's para melhoria das condições de trabalho face aos riscos e perigos ocupacionais.</i>	50
9.1.5 <i>Atitudes e prática dos ACS's durante a sua actividade no campo</i>	51
9.2 <i>Discussão</i>	53
10 Conclusões e recomendações.....	67
10.1 <i>Conclusões</i>	67
10.2 <i>Recomendações</i>	68
11 Referências bibliográficas.....	70
12. Apêndices.....	76

12.1	<i>Instrumento de recolha de dados</i>	76
12.2	<i>Termo de Consentimento Informado (a ser assinado pelo ACS)</i>	81
13.	Anexos	84
13.1.	<i>Carta de Cobertura do local onde foi realizado o estudo.</i>	84
13.2.	<i>Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação.</i>	84
13.3.	<i>Carta de Aprovação do Comité de Bioética em Saúde.</i>	84
13.4.	<i>CV</i>	84

Índice de figuras e Tabelas

Figuras:

Figura 1: Fluxo de actividades e material de trabalho dos ACS's no controlo da TB	20
Figura 2: Hierarquia de controlo de riscos ocupacionais	23

Tabelas

Tabela 1: Possíveis riscos e perigos existentes nas actividades dos ACSs	22
Tabela 2: Aplicação de pirâmide de controlo de riscos ocupacionais na prevenção e controlo da TB	25
Tabela 3: Distribuição da população do estudo por área de saúde	29
Tabela 4: Características socio- demográficas dos ACS's	37
Tabela 5: Medidas de prevenção da TB mencionadas pelos ACS's	39
Tabela 6: Histórico do ACS com a TB	41
Tabela 7: Principais tarefas dos ACSs	43
Tabela 8: Aspectos relacionados com perigos e riscos	44
Tabela 9: Tipos de riscos e perigos mencionados pelos ACS's	45
Tabela 10: Medidas de prevenção/mitigação dos riscos e perigos mencionados pelos ACS's	47
Tabela 11: Atitudes e práticas que propiciam a TB ocupacional entre ACSs	49
Tabela 12: Contribuições de melhorar na sua actividade de controlo da TB	50
Tabela 13: Atitudes e prática dos ACS's durante as actividades no campo	51
Tabela 14: Aspectos observados relacionados ao uso da máscara	51
Tabela 15: Aspectos observados relacionados ao uso da máscara	51
Tabela 16: Medidas tomadas relacionadas ao ambiente	52
Tabela 17: Aspectos relacionados a colheita de amostras	53

Listas de abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APSS	Apoio Psicossocial
DOT	Observação directa da toma do medicamento
EPI	Equipamento de Protecção Individual
MISAU	Ministério da Saúde
NIOSH	Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional
PNCT	Programa Nacional de Combate à Tuberculose
PP	Precaução Padrão
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TB	Tuberculose
US	Unidade Sanitária
NED	Núcleo Estatístico Distrital

Resumo

Contexto: A Tuberculose ainda é problema de saúde global. Moçambique tem taxa de incidência de 361/100,000, não afectando apenas a comunidade, podendo ser contraída também nos postos de trabalho. E uma das estratégias para reversão da incidência é o controlo de casos através de acções implementadas pelos Agente Comunitário de Saúde, mas pouco se sabe sobre o seu conhecimento em relação aos riscos e perigos que dessas acções podem advir.

Objectivo: analisar o conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde que trabalham no controlo da tuberculose em relação aos riscos e perigos aos quais estão expostos.

Métodos: realizado um estudo exploratório, de abordagem qualitativa em 3 centros de saúde do Distrito da Matola, com participação de 29 Agentes Comunitário de Saúde cuja selecção foi intencional e dentre os quais 28 foram acompanhados nas actividades de campo com intuito de observar as suas atitudes na prática.

Análise de dados: usada a técnica de análise Bardin 2011 após a transcrição e agrupamentos em unidades maiores.

Resultados: notou-se que os agentes comunitários de saúde possuem conhecimento satisfatório sobre a tuberculose, suas atribuições, percebem os riscos aos quais estão expostos e a necessidade de as medidas preventivas serem observadas de forma correcta e combinadas. As actividades do campo mostraram ainda que apesar dos conhecimentos, a percepção dos riscos e perigos não esta presente em todo tempo de trabalho.

Conclusão: O agente comunitário de saúde reconhece e tem consciência dos riscos e perigos a que está exposto apesar de as vezes os minimizarem, tornando-se fundamental intensificar a conscientização e a compreensão sobre riscos e perigos da tuberculose e não apenas a preocupação com o cumprimento das metas que lhes são atribuídas. Recomenda-se ainda estudos sobre a prevalência dos agentes acometidos pela doença.

Palavras-chave: CAP, tuberculose, saúde e segurança.

Abstract

Introduction: Tuberculosis is still a global health problem. Mozambique has an incidence rate of 361/100,000, not only affecting the community, but it can also be contracted in the workplace. And one of the strategies for reversing the incidence is case control through actions implemented by Community Health Workers, but little is known about their knowledge of the risks and dangers that these actions can pose.

Objective: to analyze the knowledge, attitudes and practices of community health agents working in tuberculosis control in relation to the risks and dangers to which they are exposed.

Methods: an exploratory study with a qualitative approach was carried out in 3 health centers in the district of Matola, with the participation of 29 Community Health Agents whose selection was intentional and among whom 28 were accompanied in field activities in order to observe their attitudes in practice.

Data analysis: the Bardin 2011 analysis technique was used after transcription and grouping into larger units.

Results: it was noted that the community health agents have satisfactory knowledge about tuberculosis, their attributions, understand the risks to which they are exposed and the need for preventive measures to be observed correctly and in combination. The activities in the field also showed that despite their knowledge, their perception of the risks and dangers is not present at all times when they are working.

Conclusion: Community health workers recognize and are aware of the risks and dangers to which they are exposed, although they sometimes minimize them. It is therefore essential to intensify awareness and understanding of the risks and dangers of tuberculosis and not just to worry about meeting the targets assigned to them. Studies on the prevalence of agents affected by the disease are also recommended.

Keywords: KAP, tuberculosis, health and safety.

1. Motivação

A Tuberculose (TB) é um problema de saúde pública global que se estende a diversas esferas sociais, afectando não só as comunidades, mas também alguns profissionais de saúde, dentre os quais os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) que têm um papel relevante na redução da morbi-mortalidade causada pela doença, em um contexto em que por manterem um estreito contacto com os pacientes estão expostos a agentes e factores que podem oferecer perigos e riscos à sua saúde.

O presente estudo surgiu da necessidade intrínseca de compreender até que ponto os ACS's que actuam no controlo da TB, apesar das capacitações periódicas, estão cientes dos perigos e riscos a que estão expostos no trajecto entre as US's de referência e os domicílios dos pacientes na comunidade e como essa consciência pode ter um impacto no seu dia a dia.

O interesse pela realização deste estudo surgiu igualmente da necessidade de contribuir para a valorização dos mesmos após ter constatado que apesar da existência de produção científica acerca do ACS's, as atenções estão mais viradas para a sua contribuição na diminuição de casos e pouca aborda sobre o conhecimento dos ACS's relativamente aos perigos e riscos ocupacionais aos quais estão expostos ao trabalhar no controlo da TB, de tal maneira que há escassez de dados mensuráveis dos registos da ocorrência da doença (diagnóstico, seguimento e tratamento enquanto pacientes), o que limita a capacidade de desenvolver políticas e práticas que assegurem a sua melhor protecção.

2. Introdução

A TB continua a ser um sério problema de saúde que afecta cerca de 10.6 milhões de pessoas e causou morte de cerca de 1.3 milhões de pessoas no mundo todo, em Moçambique tem uma taxa de incidência de 361/100,000, dos quais 50% referenciados pelos ACS's . (MISAU, 2023).

Para melhorar a cobertura dos serviços da TB no país, foi destacada uma equipa multidisciplinar com vista o seu controlo e combate, que envolve a comunidade através dos ACS's. Estes são seleccionados na e pela comunidade em coordenação com o serviço de saúde para, em conjunto, desenvolverem acções de promoção e protecção da saúde pública aproximando os serviços junto das populações residentes em zonas recônditas, vulneráveis ou incapazes.

A medida mencionada está definida na estratégia inserida no Plano de Acção da TB após a declaração da TB como Emergência Nacional em 2006 (MISAU, 2019a).

E para que se torne um ACS, deve possuir no mínimo o nível de escolaridade básico, receber formação sobre o Pacote Comunitário da TB para garantir a compreensão das suas atribuições para boa execução das tarefas que lhe são atribuídas mas deve-se no entanto, garantir-lhe incentivos ou compensação monetária pelos fundos disponibilizados pelo governo ou parceiros comunitários (MISAU, 2019a).

Durante o trabalho do controlo da TB, o ACS sofre de igual maneira a influência de determinadas doenças como a própria TB, o HIV/AIDS, o COVID-19 e outras doenças respiratórias tais quais as gripes e viroses, bem como a vários tipos de acidentes, que podem afectá-lo e ocasionar doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho.

Aspecto reforçado pelo pesquisador Cavalcante (2013), o qual refere que a influência de determinadas doenças que acometem tanto o paciente quanto aos profissionais de saúde, principalmente quando se trata de uma doença infecciosa pode ocasionar doença ocupacional ou pode resultar em acidentes de trabalho, em virtude do despreparo de certos profissionais, dos ambientes de assistência à saúde que concentram grande número de riscos ocupacionais ou de aspectos fora do controlo da mesma.

E pelo Pustiglione et al. (2020), em um estudo no Brasil evidenciaram que o risco de aquisição de TB no ambiente laboral é um facto concreto e diz respeito a algumas categorias profissionais, especialmente, as que exercem as suas actividades laborais em serviços de saúde.

Por isso, o MISAU reconhece que a taxa de incidência acima mencionada inclui profissionais de saúde e que são vários os factores que contribuem para o cenário epidemiológico no seio deste grupo, podendo ocorrer devido ao despreparo de certos profissionais, contacto com pessoas infectadas, ventilação de alguns gabinetes de atendimentos deficiente, manipulação de materiais contaminados, exposição em ambientes de alto risco e outros (Rahani e Xeko, 2021).

O Moreira et al. (2010), indicaram em um outro estudo que os ACS's quanto os outros profissionais de saúde que trabalham no sector da TB têm até seis vezes mais possibilidades de contrair TB em comparação com trabalhadores de outras áreas da saúde e que pode ser contraída nos postos de trabalho, confirmando que a TB não é um problema exclusivo da comunidade.

No entanto, pouco se conhece sobre as percepções dos profissionais de saúde relativamente aos riscos e perigos encontrados na sua actividade e considerando a sua proximidade com os pacientes e a biossegurança do trabalhador, existe a necessidade de se debater em torno do risco ocupacional no controlo da TB para saber como mitigá-lo ou preveni-lo (Gaspar et al., 2018).

A prevenção de riscos é interpretada como uma condição fundamental para que os trabalhadores tenham uma vida digna na sociedade e as empresas alcancem sucesso num mercado global, em outras palavras, é um conceito que abrange todas as valências que permitem eliminar ou reduzir uma multiplicidade de riscos com incidência técnica, social, médica, psicológica e económica (Organização Internacional do Trabalho, [OIT], 2013).

E este estudo trouxe resultados sobre os conhecimentos, atitudes e práticas em relação aos riscos e perigos aos quais os ACS's do Distrito da Matola estão expostos durante o controlo da TB, da US's às comunidades e vice-versa, evidenciando as falhas, barreiras e melhorias necessárias nas suas intervenções, num contexto em que pouco se sabe acerca das condições de trabalho sobre as quais actuam diariamente.

Os mesmos resultados servem de contribuições que podem reflectir-se em três níveis distintos:

Ao nível da base, podem levar à valorização dos ACS's enquanto agentes de saúde que vêm realizando o seu trabalho, procurando alcançar excelência no seu desempenho profissional apesar da sua exposição aos perigos e riscos e perigos ocupacionais de infecção pela TB.

Este reconhecimento e valorização podem despertar maior interesse por parte de pesquisadores em compreender melhor a condição dos ACS's e de responsáveis ao nível das US, no sentido de disponibilizar recursos materiais e informativos para que esses possam proteger-se dos riscos de infecção trabalhando num ambiente seguro.

Ao nível central, podem nortear a tomada de decisões e realização de acções por parte de gestores em saúde da Estratégia de Controlo da TB na comunidade que integrem conteúdos relevantes sobre a exposição a riscos e perigos ocupacionais e medidas eficazes para sua gestão.

No nível académico, podem contribuir para suprir a lacuna relacionada ao conhecimento do dia a dia dos ACS's no contexto da exposição aos riscos e perigos existentes no controlo da TB, possibilitando igualmente, aplicar conceitos como atitudes e práticas em saúde aplicados em outros profissionais de saúde.

3. Revisão bibliográfica

A TB continua a ser um problema de saúde pública global e conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), estimava-se que até os finais de 2023 existiam 8.2 milhões de pessoas diagnosticadas com TB, o maior número registado desde que OMS começou a monitorar a TB (OMS, 2024).

O relatório global da OMS (2024), destacou um progresso misto na luta contra TB, a título de exemplo o número de mortes por TB diminuiu de 1.32 milhões em 2022 para 1.25 milhões em 2023, mas a doença foi colocada novamente como a principal causa de morte por doença infecciosa que mais mata por via de um único agente causal.

Moçambique faz parte da lista dos 10 países com alta carga de TB, TB/HIV e TB Multirresistente (TB-MR) e integra a lista dos 10 países com mais de 70% de casos perdidos, apresenta actualmente uma taxa de incidência de TB estimada em 361 por 100,000 habitantes, o que inclui profissionais de saúde e embora não tenha registado avanços na redução na

incidência, apresentou uma redução da mortalidade por TB em 64% de 2015 a 2022 em resposta às diversas intervenções levadas a cabo pelo PNCT com apoio dos parceiros de implementação, doadores e organizações da sociedade civil (MISAU, 2023).

Apesar desses avanços notáveis, ainda persistem vários desafios, que incluem a baixa cobertura dos serviços de saúde na área da TB, o que impacta na perda de muitos casos de TB para o diagnóstico, o que resulta no tratamento igualmente baixo (MISAU, 2022).

Destacou-se, por isso, a necessidade de actuação de uma equipa multidisciplinar de controlo e combate à TB, o que conduziu ao envolvimento da comunidade através dos ACS's. Este é um profissional inserido no SNS responsável para actuar na promoção e prevenção em saúde (Maciel et al., 2008).

A necessidade de introdução de ACS's no SNS de Moçambique foi:

Devido à baixa cobertura da rede sanitária no País surge a necessidade por parte do MISAU em formar os ACS's para serem os educadores sanitários das comunidades na prevenção das doenças, assim como no tratamento de algumas doenças, reduzindo desta forma a morbilidade e mortalidade por estas doenças (MISAU, 2007: 2).

Para o controlo da TB, o ACS é seleccionado na e pela própria comunidade em coordenação com o serviço de saúde para desenvolverem acções de promoção e protecção a saúde, bem como aproximar os serviços para as comunidades mais recônditas, vulneráveis ou incapazes. Este é um dos objectivos da estratégia inserida no Plano de Acção da TB após a declaração da TB como Emergência Nacional em 2006 (MISAU, 2019a).

As principais atribuições do ACS no controlo da TB são: a identificação de suspeitos; detecção de casos de doença na comunidade através de rastreio de contactos; referência do paciente sugestivo de TB e/ou transporte de amostras dos casos presuntivos; APSS (educação para a saúde e suporte emocional dos pacientes e seus familiares); oferta de tratamento preventivo e curativo; busca activa dos faltosos e os que abandonaram o tratamento (MISAU, 2020).

Após o ACS ser seleccionado deve ainda receber formação de integração sobre o Pacote Comunitário da TB para garantir a compreensão sobre as suas acções interventivas laborais e suas respectivas medidas preventivas para minimizar ou prevenir os riscos e perigos que delas podem advir (MISAU, 2019a).

O envolvimento dos ACS's é na maioria das vezes uma actividade laboral remunerada e de geração de renda, por isso são sujeitos a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais com repercussões negativas para a sua saúde e da instituição (Ruiz, 2004).

É por essas e outras razões que o MISAU reconhece que o processo de qualificação e actualização dos ACS's deve ser permanente, uma vez que, estes desempenham um papel preponderante no controlo da TB nas suas respectivas comunidades garantindo ambiente saudável de trabalho (MISAU, 2020).

Os ambientes de assistência à saúde concentram grande número de riscos ocupacionais, o que oferecem condições para que os trabalhadores adquiram doenças ocupacionais/profissionais ou sofram acidentes de trabalho (Cavalcante, 2013). As doenças ocupacionais/profissionais são contraídas como resultado de uma exposição a factores de risco profissionais (OIT, 2013).

Os riscos profissionais ou ocupacionais são definidos como toda a situação encontrada no ambiente de trabalho que representa perigo para a integridade física e ou mental dos trabalhadores (Rahani e Xeko, 2021).

Por sua vez, perigos constituem situações danosas tais como lesões ou doenças, danos materiais ou ambientais ou a combinação de ambos, que podem ser provocadas por todo o tipo de instalações, actividades, equipamentos ou outro componente material do trabalho (Gabinete de estudos da FESETE, 2010).

As doenças profissionais, bem como acidentes ocupacionais, estão relacionadas a vários factores de riscos tais como agentes físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonómicos e psicológicos e dentre estes, os riscos biológicos podem constituir a principal forma de exposição do profissional de saúde durante a manipulação directa ou indirecta de material biológico no âmbito da assistência à saúde do paciente (Bakke e Araújo, 2010).

Um estudo mostrou que a infecção pela TB entre os ACS's foi significativamente maior que entre os seus familiares e que a prevalência de infecção latente por TB varia entre 33% e 79% do total de profissionais de todas as categorias da área da saúde, essas taxas contribuíram para o debate em torno do risco ocupacional e respectivas medidas de mitigação (Gaspar et al., 2018).

Os mesmos autores confirmam que a TB não é um problema de saúde exclusivo do público que geralmente se beneficia dos serviços de saúde, casos de infecção pela doença ocorridos no local de trabalho vêm sendo reportados, porém, até então, pouco se sabe acerca do conhecimento dos profissionais sobre os riscos e perigos aos quais estão expostos no ambiente laboral pelos contactos próximos que estabelecem com pacientes (Gaspar et al., 2018).

Sobre o assunto, refere-se que apesar das acções de controlo de TB na comunidade colocarem o ACS em estreito contacto com pacientes com TB, até então ainda não se reflectiu profundamente sobre o seu risco de infecção e adoecimento pela doença (Maciel et al., 2009).

Embora estudos que abordem a relação entre o trabalho de controlo da TB e adoecimento pela doença em profissionais de saúde, escassos são dos estudos que abordem sobre mesmo problema em ACSs, no entanto estudo realizado por Oliveira, et al., (2009), no Brasil avaliou a prevalência de infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* entre ACS's envolvidos no controlo da TB, onde comprovou-se que 26,7% dos ACSs testaram positivo para infecção latente por TB, contra apenas 3,3% dos familiares, tendo mostrado uma forte indicação de risco ocupacional devido ao contacto directo com pessoas sintomáticas.

Na mesma senda, outros estudos realizados em 2 países africanos (Nigéria e África do Sul) pelos autores Aliyu, et al., (2022) e Khalil e Davids (2010) mostraram associação entre o trabalho como ACS's e controlo da TB pois dos casos de TB entre trabalhadores da saúde, 60% eram ACS's com uma taxa de mortalidade de 30% e a incidência de casos de TB em ACS's foi de 4,39 por 100 pessoas/ano, respectivamente.

Isso realça que os ACS's representam um grupo vulnerável e frequentemente esquecido nos programas de protecção contra TB ocupacional têm alto risco de adoecer de TB devido à exposição directa nas comunidades, sugerindo-se melhoria nas condições de trabalho e rastreios regulares para prevenção da TB ocupacional.

A prevenção de riscos e perigos ocupacionais é encarada como uma condição fundamental para que os trabalhadores tenham uma vida digna em sociedade e as empresas alcancem sucesso num mercado global, ou seja, é igualmente um conceito que abrange todas as valências que permitem eliminar ou reduzir uma multiplicidade de riscos e perigos com incidência técnica, social, médica, psicológica e económica (OIT, 2013).

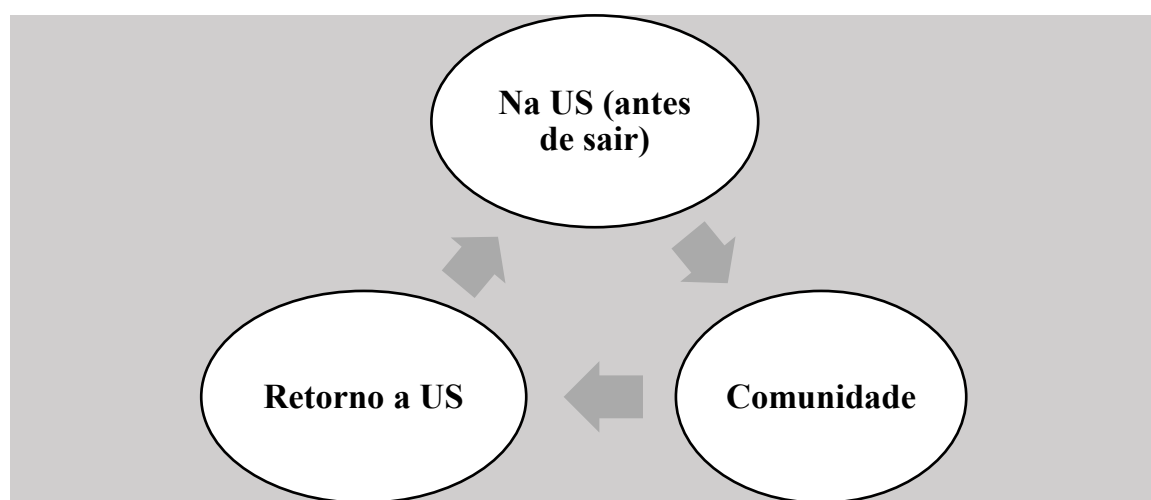
Dentre várias actividades realizadas no país para a prevenção de riscos contra a TB ocupacional, realizou-se a vigilância activa para a determinação precoce da infecção por TB em profissionais de saúde em 128 US das 10 províncias e rastreou-se 26,503 profissionais de saúde dos quais 492 foram confirmados TB activa e arrolados aos cuidados e tratamento (MISAU, 2019b).

A prevenção contínua é, portanto, a estratégia dominante nas intervenções da saúde cujo objectivo é reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade impostas por doenças transmissíveis, dando maior ênfase ao acesso universal aos cuidados de saúde, bem como fortalecendo o indivíduo e o sistema de saúde.

O presente estudo, não traz apenas o CAP dos ACS's em relação aos riscos e perigos ocupacionais que possam existir no controlo da TB ao compreender a realidade do dia-a-dia dos ACS's, mas contribui também para o reconhecimento dos mesmos cujas experiências e perspectivas representam fontes importantes para uma visão holística sobre riscos e perigos ocupacionais existentes no seu trabalho no SNS bem como auxiliar na implementação de intervenções mais eficazes que além de fortalecerem a resposta comunitária à TB, promovem um ambiente de trabalho mais seguro, um sistema de saúde mais apático e mais inclusivo e uma saúde pública mais robusta.

3.1 Fluxo de actividades e material de trabalho dos ACS's no controlo da TB

Figura 1: Fluxo de actividades e material de trabalho dos ACS's no controlo da TB



Fonte: Baseado nas actividades dos ACS's.

As actividades iniciam na US, no sector PNCT e laboratório, onde pode haver de reunião de coordenação com a equipa de saúde, onde recebem casos ou informações básicas sobre as famílias a seguir, o que define a área geográfica ou comunidade a visitar e recolhem os materiais de trabalho:

- ✓ Mochila (canetas, lápis, afiadores, diversas fichas, manuais de instruções, livros de registo diários).
- ✓ Material de educação para saúde.
- ✓ Fichas dos pacientes.
- ✓ Máscaras.
- ✓ Luvas de látex.
- ✓ Escarradores.
- ✓ Colman (para conservar amostras).
- ✓ álcool para desinfecção.
- ✓ Bicicleta.

Todo esse material visa garantir a integridade dos ACS's como estabelece o Artigo 55 da Lei de Trabalho 23/2007, no número 5, alíneas g) e h), as quais asseguram o trabalhador o direito a:

“...g) beneficiar de medidas apropriadas de protecção, segurança e higiene no trabalho aptas a assegurar a sua integridade física, moral e mental;...”

“...h) beneficiar de assistência médica e medicamentosa e de indemnização em caso de acidente de trabalho ou doença profissional;...”

Na comunidade:

- ✓ Realizar visitas domiciliar aos pacientes.
- ✓ Fazer a educação em saúde sobre TB.
- ✓ Rastrear dos suspeitos.
- ✓ Auxiliar os pacientes em tratamento (DOT-C).
- ✓ Orientar e entrega dos escarradores.
- ✓ Registrar visitas e dados relevantes nos instrumentos.

- ✓ Colectar de escarro dos suspeitos de TB.
- ✓ Armazenar das amostras no **colman** com acumuladores até retorno à US.

Retorno à (US):

- ✓ Entregar das amostras ao laboratório para análise, após a análise de qualidade.
- ✓ Actualizar de fichas dos pacientes.
- ✓ Fazer o levantamento de resultados dos suspeitos na comunidade para seguimento baseado nos mesmos.
- ✓ Apresentar e discutir casos, se necessário.
- ✓ Elaborar relatório de actividades no sector do PNCT.
- ✓ Planear as próximas acções baseadas nas necessidades.
- ✓ Participar em reuniões ou capacitações, sempre que necessário (MISAU, 2019a).

Com base na informação acima, pode-se prever possíveis riscos aos quais os ACS's estão expostos desde os químicos, físicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais até de acidentes de trabalho.

Tabela 1: Possíveis riscos e perigos existentes nas actividades dos ACSs

Grupo 1	Grupo 2	Grupo3	Grupo 4	Grupo 5
Riscos Físicos	Riscos químicos	Riscos Biológicos	Ergonómicos/Psicossociais	Acidentes de trabalho
Exposição ao sol	Compostos de medicamentos	Bacilo	Caminhar longas distâncias	Queda por bicicleta
Exposição a chuva	Composto de luvas de látex	Vírus de gripe	Pressão psicológica por parte de pacientes/familiares	Mordidas de cães
Exposição ao frio	Exposição a desinfetantes	Sangue em escarros	Peso de pasta de trabalho com material	Assédio/violações das ACS's femininas
Ar condicionado		Aerossois	Peso de <i>colman</i> de amostras	
			Esforço Físico intenso	
			Pressão no alcance das metas	

Fonte: Baseado em perigos e riscos e perigos ocupacionais em profissionais de saúde que trabalham no sector da TB.

Significado de cada cor:

	Riscos Físicos
	Riscos Químicos
	Riscos Biológicos
	Riscos Ergonómicos
	Riscos Mecânicos/acidentes de trabalho

3.2 Hierarquia de Controlo de riscos ocupacionais e Medidas de prevenção e controlo da TB

No âmbito de controlo de saúde ocupacional foi concebida a pirâmide de hierarquia de controlo de riscos, que é uma estratégia utilizada para prevenir acidentes e doenças no ambiente de trabalho, organizando as medidas de controlo do risco da mais eficaz à menos eficaz, a se observar:

Figura 2: Hierarquia de controlo de riscos ocupacionais



Fonte: *Adaptado do NIOSH 2020.*

1. ***Eliminação***: consiste em remover totalmente o risco do ambiente de trabalho. É a medida mais eficaz, pois elimina a exposição ao perigo.
2. ***Substituição***: envolve a troca do agente perigoso por outro menos nocivo, deve-se garantir que a alternativa seja realmente mais segura.

3. ***Controlos de Engenharia:*** são medidas que isolam fisicamente o trabalhador do risco ou modificam o ambiente de trabalho, como sistemas de ventilação, barreiras físicas e cabines de contenção.
4. ***Controlos Administrativos:*** Referem-se à mudança de procedimentos e organização do trabalho para reduzir a exposição ao risco, como treinamentos, revezamento de tarefas e sinalização.
5. ***Equipamentos de Protecção Individual (EPI):*** São os dispositivos de uso individual destinados à protecção do trabalhador, como máscaras, luvas e óculos, representam a última linha de defesa, sendo menos eficazes por dependerem do uso correcto e constante (Porto, 2016).

No âmbito do controlo da TB, as medidas de prevenção e controlo da transmissão podem ser classificadas em três categorias: Medidas Administrativas, Medidas de Controlo Ambiental e Medidas de Protecção Individual, devendo ser aplicadas também pela ordem de prioridades conforme estão mencionadas, da mais a menos eficiente (Destra et al., 2004):

1. Medidas administrativas:

- Investigação, diagnóstico e tratamento precoce dos casos;
- Planeamento para o controlo da infecção;
- Treinamento e educação dos ACS's;
- Triage e avaliação dos ACS's quanto ao risco de TB infecção e TB doença.

2. Medidas de controlo ambiental:

- Ventilação/exaustão do ambiente;
- Controlo de fluxo aéreo;
- Filtro HEPA e UVGI (irradiação germicida ultravioleta) - reduzir contaminação do ar e realizar limpeza.

3. Medidas de protecção individual:

- Máscaras cirúrgicas para pacientes;

- Máscaras N95/PFF2 profissionais de saúde;
- Uso de luvas;
- Desinfecção das mãos.

Questões abordadas no estudo de Rocha et al. (2015), que realçam que como medidas de protecção individual e colectiva são sugeridas o fornecimento protocolar de máscara a todos os provedores de saúde e pacientes que tussam; isolamento desses pacientes; obtenção de uma amostra de expectoração para análise; disponibilização de exames auxiliares para os profissionais de saúde e colocação dos infectados em quartos com pressão negativa e arejados.

Tabela 2: Aplicação de pirâmide de controlo de riscos ocupacionais na prevenção e controlo da TB

Nível da Pirâmide	Medidas de controlo da TB	Acções
Engenharia	Medidas de controlo ambiental	Reduzir contaminação do ar , Controlo de fluxo aéreo(ventilação/exaustão do ambiente, isolamento, filtros HEPA e UVGI (irradiação germicida ultravioleta)
Administrativo	Medidas administrativas	Triagem, diagnóstico/tratamento precoce/planeamento, capacitação e educação, procedimentos e políticas
Equipamento de Protecção Individual	Medidas de controlo individual	Uso de máscaras N95 (profissionais) e cirúrgicas (pacientes), uso de luvas e desinfecção das mãos

Fonte: Baseada no enquadramento das medidas de controlo da TB na pirâmide de controlo de risco.

A tabela acima ilustra que no nível mais alto da pirâmide destaca-se as medidas de **controles de engenharia** correspondem às **medidas de controlo ambiental**, que têm por objectivo reduzir a concentração de bacilos no ar.

As **medidas administrativas** integram as medidas visam reduzir a exposição por meio de mudanças nos procedimentos organizacionais, como triagem eficaz de pacientes com sintomas

respiratórios, encaminhamento rápido para diagnóstico e isolamento, além de treinamentos contínuos dos profissionais de saúde sobre prevenção da TB.

Por fim, na base da pirâmide, estão os *equipamentos de proteção individual* que na TB correspondem *as medidas de prevenção individual*, que refere ao uso da máscara adequada, uso de luvas, desinfecção das mãos, representam a última barreira de protecção e são menos eficazes quando usados isoladamente, pois dependem da adesão, uso correcto.

Em suma, a aplicação da hierarquia de controlo de riscos na prevenção da tuberculose evidencia que a protecção eficaz dos trabalhadores e da comunidade exige uma abordagem integrada, com prioridade às medidas que actuam na fonte do risco.

3.3 Enquadramento Conceptual

Este estudo enquadra-se na área da higiene, saúde e segurança no trabalho porque debruça-se em torno do conhecimento, atitudes e práticas referentes aos perigos e riscos existentes no ambiente laboral de controlo da TB, bem como das medidas laborais de segurança para protecção dos ACS's, o que pode culminar com a redução do risco de infecções e acidentes ocupacionais (Mastroeni, 2006).

A prevenção da transmissão de doenças ocupacionais ou acidentes de trabalhos requer medidas diversificadas para reduzir o risco ocupacional como, por exemplo, as precauções básicas. Estas são consideradas uma das principais medidas preventivas para evitar a exposição ao risco (Neves et al., 2011).

As precauções básicas são um conjunto de directrizes práticas eficazes que criam uma barreira física, mecânica ou química para proteger os trabalhadores do sector de saúde e utentes contra infecções provocadas por patógenos, bem como reduzir a exposição desses trabalhadores aos riscos e perigos ocupacionais (MISAU, 2003).

Essas precauções devem ser utilizadas durante a execução de actividades laborais – estas incluem a manipulação de sangue, secreções e excreções, dispositivos perfurocortantes, contacto com mucosas, pele e outras áreas comprometida – pautando-se pela higienização das

mãos, uso de equipamento de protecção individual, descarte adequado de materiais perfurocortantes e imunização do pessoal de saúde (Peci, 2003).

Os ACS's envolvidos no controlo da TB são expostos a vários riscos e perigos no decurso das suas actividades como qualquer outro profissional de saúde, apesar de estarem mais direccionados a prestar serviços às comunidades. Cabe assim aos ACS's se atentarem aos riscos e perigos aos quais são expostos. Esta atenção deve estar igualmente direccionada à formação oferecida antes de iniciarem as suas actividades como agentes em matérias de biossegurança e outras estratégias desenvolvidas para a prevenção, protecção, minimização de riscos e perigos inerentes às diferentes actividades de trabalho desenvolvidas no contexto de controlo da TB (Minasi, et al.,2020).

Portanto, estar ciente e conhecer os riscos e perigos aos quais estão expostos desde a US de referência até o domicílio do paciente é o primeiro passo para o real conhecimento da sua situação de exposição, sendo esta a base para o fortalecimento das medidas de prevenção e promoção da consciência dos agentes sobre as boas práticas laborais de prestação de serviços de controlo da TB à comunidade para a gestão dos riscos e perigos promovendo um ambiente laboral seguro.

4. Questões de pesquisa

O estudo pretendeu responder à seguinte questão de pesquisa: ***Qual é o conhecimento, atitudes e práticas dos ACS's em relação aos riscos e perigos ocupacionais existentes no controlo da TB?***

Para responder da questão de base acima colocada, foram feitas as seguintes questões correspondentes aos objectivos específicos:

1. Que conhecimento os ACS's possuem em relação aos riscos e perigos ocupacionais existentes no seu trabalho de controlo da TB?
2. Quais são as atitudes dos ACS's perante aos riscos e perigos ocupacionais existentes no seu trabalho no controlo da TB?
3. Que práticas os ACS's adoptam relativamente aos riscos e perigos ocupacionais existentes ao seu trabalho no controlo da TB?
4. Que aspectos de melhoria para risco e perigo ocupacionais são sugeridos por ACS's para tornar o seu trabalho mais seguro?

5. Objectivos

4.1 Objectivo geral

- Analisar o conhecimento, atitudes e práticas laborais dos Agentes Comunitários de Saúde em relação aos riscos e perigos ocupacionais existentes no controlo da tuberculose.

4.2 Objectivos específicos

- Identificar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os riscos e perigos ocupacionais existentes no controlo da tuberculose.
- Descrever as atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no decurso de suas actividades no âmbito do controlo da tuberculose.
- Propor recomendações de melhoria voltadas a prevenção de riscos ocupacionais associados a actividade dos ACS's tornando-o mais seguro.

6. Metodologia

6.1. Tipo/desenho de estudo

O estudo realizado foi do tipo exploratório baseado numa abordagem de pesquisa qualitativa. A pesquisa exploratória (...) tem como vista esclarecer e modificar conceitos e ideias, (...) e a maioria dessas pesquisas envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (Gil, 1999, p.46).

Por sua vez, a abordagem de pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivações, compreensões, interpretações, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 1993). Esta abordagem tem a vantagem de estudar a realidade de forma profunda, inserindo as experiências individuais no contexto social em que são vivenciadas e tornam-se compreensíveis (Goldenberg, 2004).

Portanto, o tipo de estudo e pesquisa acima mencionados visam a oferecer uma melhor compreensão em relação ao conhecimento, atitudes e práticas dos ACS's existentes aos riscos e perigos existentes no controlo da TB, onde durante a recolha, análise e interpretação dos dados procurou-se sempre inserir as experiências e perspectivas dos participantes da pesquisa nos contextos sociais (institucionais e comunitários) fazendo cruzar a sua subjectividade.

6.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em 3 Centros de Saúde (CS's), nomeadamente o CS da Matola 2, CS de Khobe e CS de Ndlavela. Estes CS's estão inseridos nas 16 áreas de saúde que fazem controlo da TB comunitária e possuem o maior número de ACS's ao nível do SDSMAS Matola. Por extensão e pela necessidade de observar directamente a actuação dos ACS's junto da população beneficiária, o estudo foi realizado nas comunidades onde esses agentes prestam cuidados preventivos e assistenciais no controlo da TB.

6.3 Período de estudo

A recolha de dados decorreu no mês de Julho de 2024. A análise e interpretação dos dados, seguidas da redacção do relatório prolongou-se até o mês de Julho de 2025. Prevê-se fazer a disseminação dos resultados no mês de Julho 2025, com a defesa da dissertação.

6.4 População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes

6.4.1 População do estudo

A população do estudo foi constituída pelos ACS's que se encontram vinculados às 16 CS's que prestam cuidados assistenciais e preventivos no controlo da TB nas respectivass áreas de saúde. Conforme o Relatório do SDSMAS de TB do 1º semestre de 2024, a população é composta por um total de 99 ACS's como se mostra na tabela abaixo:

Tabela 3: Distribuição da população do estudo por área de saúde

Nº	Unidade Sanitária	Nº de activista
1	Boquisso	7
2	Muhalaze	3
3	Matola 2	11
4	Matola C	6
5	Sao Damanso	5
6	Liberdade	3
7	Unidade A	3

Nº	Unidade Sanitária	Nº de activista
8	Khobe	10
9	Khongolote	8
10	Ndlavela	12
11	Machava 1	5
12	Matola Gare	7
13	Tsalala	7
14	Machava2	6
15	Lingamo	3
16	Bedene	3
	Total	99

Fonte: Relatório de TB do 1º semestre do SDSMAS Matola -2024.

6.4.2. Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 29 ACS's das US's de Ndlavela, Matola 2 e Khobe.

6.4.3. Amostragem e Selecção dos participantes

A selecção dos elementos da população para a definição da amostra foi feita em dois momentos de acordo com duas amostragens não probabilísticas. Entende-se por amostragem não probabilística como aquela cuja selecção dos sujeitos de pesquisa é intencional ou por julgamento, considerando que os mesmos representam características relevantes da população em estudo (Gomes e Barbosa, 2009).

Inicialmente, aplicou-se a amostragem intencional para seleccionar intencionalmente os CS's Ndlavela, Khobe e Matola 2. Optou-se por estas, por serem as três que possuem os maiores números de ACS's, sendo 12, 10 e 11, respectivamente, totalizando 32 ACS's.

Posteriormente, devido às condições encontradas nas US's acima indicadas, que impossibilitaram observar todos os 32 mas sim 29 ACS's, devido a redução do número de ACS's no Distrito, ausência ao local do trabalho e indisponibilidade de dois para participar do estudo, razão pela qual se recorreu à amostragem por conveniência.

Conforme Gil (1999, p. 94), a amostragem por conveniência possibilita ao pesquisador seleccionar “...os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo.” Isto significa que, nos três CS's, limitou-se a seleccionar e observar aqueles ACS's aos quais foi possível ao pesquisador ter acesso, pois se fizeram ao local de

trabalho e consentiram a sua participação no estudo. Desta forma, foram entrevistados 29 e observados 28 ACS's. Este tamanho da amostra possibilitou maior profundidade e diversidade na recolha de dados. Após a aprovação da entrada no campo da equipa do estudo (autora e assistentes) aos níveis do distrito e das US's seleccionadas assumiram a responsabilidade de seleccionar e abordar os ACS's que participaram do estudo. A identificação destes foi facilitada pelo ponto focal do PNCT indicado pela Direcção da US.

Isto significa que a equipa do estudo assumiu a responsabilidade de assegurar a observância rigorosa dos critérios de elegibilidade (de inclusão e exclusão) no processo de recrutamento dos ACS's participantes do estudo.

6. 5 Procedimentos, técnicas e instrumentos de colecta/recolha de dados

A recolha de dados foi feita com recursos a duas técnicas de recolha de dados: a entrevista semi- estruturada e a observação directa não participante. A primeira técnica é aplicada por meio de um número limitado de questões a serem colocadas a todos os entrevistados reservando ao investigador espaço para formular novas questões oferecendo ao entrevistado liberdade de formular as suas respostas com certo grau de liberdade (Gil, 1999).

Por sua vez, a observação directa não participante ou observação simples, conforme o mesmo autor, ocorre quando “(...) o pesquisador (...) [permanece] alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os factos que aí ocorrem. [Ele] é muito mais um espectador que um actor” (Gil 1999, p. 120).

As duas técnicas seleccionadas foram administradas para a recolha de dados em todos os casos inseridos na amostra de estudo em etapas subsequentes. Inicialmente, foram realizadas as entrevistas semi- estruturadas para recolher dados referentes ao conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com os riscos e perigos associados ao controlo do TB, bem como às propostas de melhoria associadas a esses riscos e perigos no contexto laboral.

As entrevistas foram conduzidas pela autora do estudo e dois assistentes de pesquisa nos dias 23 á 25 de Julho de 2024. As conversas decorreram das 8horas a 14:30horas, baseadas na disponibilidade dos mesmos e com uma duração média de cerca de 45 a 50 minutos.

As entrevistas foram realizadas em diferentes locais dentro dos CS's de acordo com a indicação dos participantes do estudo, pois se concedeu a eles, liberdade de escolha, portanto os mesmos indicaram ambientes específicos que foram desde as novas salas do SAAJ (Serviço Amigo de Adolescente e Jovem) do CS da Matola 2, sala de atendimento do GAI (Gabinete Atendimento Integrado a Vitimas de Violência Baseada no Género) no CS de Ndlavela e em uma tenda que funciona a testagem rápida para o HIV para centro de saúde de Khobe.

Para conduzir as entrevistas, foi conduzido um guião de entrevista contendo um número reduzido de perguntas consideradas chaves, no entanto, os assistentes foram treinados para fazer novas questões ao longo das conversas. As conversas foram conduzidas em língua portuguesa e documentadas simultaneamente por meio das fichas e gravadores para que fossem posteriormente transcritas para análise e interpretação.

A observação simples foi uma técnica de recolha de dados aplicada para obter dados referentes às atitudes e práticas dos ACS's relacionadas com os riscos e perigos aos quais estão expostos durante à prestação dos serviços de controlo da TB nos bairros das áreas de saúde: da Matola 2 (Matola B, Matola G e H, Matola F, Matola J), de Ndlavela (Bairro de Zona Verde, Ndlavela, Unidade D, Acordos de Lusaka) e de Khobe (Khobe e Matlemele). Adoptou-se esta técnica de recolha de dados pelo interesse de captar a sujeição aos riscos e perigos de infecção pela TB enquanto estivessem a ocorrer.

As observações foram igualmente feitas pela autora do estudo e assistentes de pesquisa durante os diversos momentos em que os ACS's estiveram a prestar serviços na comunidade: durante as actividades de sensibilização porta à porta, a recolha de dados durou cerca de 3 a 10 minutos, para palestras, a recolha de dados durou cerca de 30 minutos, nas actividades de esclarecimento de dúvidas, cerca de 5 a 15 minutos e por fim, no tratamento directamente observado na comunidade (DOT-C), observou-se os ACS's actuando por cerca de 12 minutos.

O período de observação mais longo foi durante as caminhadas e negociações para os ACS's acederem às casas dos pacientes.

Para conduzir as observações simples, foi usada uma *check-list* contendo os pontos-chave relevantes de serem observados, tendo usado o bloco de notas para descrições mais extensas.

Os dados obtidos por meio da observação directa tiveram duas finalidades: cruzar com os dados das entrevistadas para evitar reproduzir discursos institucionalmente correctos, pois os ACS's podem ter facultados respostas que correspondessem as prescrições formais das USs de referência e captar aqueles riscos, perigos das quais os ACS's não tinham conhecimento, pelo que, não podiam expressá-los durante a entrevista.

6.6 Plano de gestão e análise de dados

Os dados foram processados e analisados com base na técnica da análise do conteúdo de Lawrence Bardin, complementada pelo pacote informático Microsoft Office Excel v.2010.

A técnica de análise do conteúdo de Bardin (2011) permite a análise das formas de linguagem escrita e oral e divide-se em três etapas: *pré-análise* – processo de escolha dos documentos ou definição do 'corpus' de análise; *exploração do material/codificação* – processo de transformação dos dados brutos agregando-os em unidades para descrição exacta das características pertinentes ao conteúdo; e, *tratamento dos resultados* – processo de análise e interpretação dos dados sustentando-as com base em evidências.

A análise de conteúdo foi aplicada neste trabalho observando as três etapas acima descritas para analisar e interpretar os dados obtidos por meio das duas técnicas de recolha de dados aplicadas neste estudo. Iniciou-se com a leitura preliminar dos dados transcritos e descritos identificando os seus conteúdos relevantes e secundários.

A seguir, procedeu-se com a leitura de exploração e codificação dos conteúdos agrupando-os segundo os principais temas do estudo, nomeadamente o conhecimento, atitudes, práticas e propostas de melhoria. Por fim, esses temas foram aprofundados usando os dados antes agrupados, cuja análise e interpretação foram sustentadas com base em ilustrações (Bardin, 2011).

Foi neste sentido que se aplicou o pacote informático Microsoft Office Excel v.2010 para codificar e apresentar os dados em gráficos e tabelas, analisando-os por meio de frequências absolutas (Fr) e percentagens (%).

7 Considerações Éticas

7.1. Normas éticas seguidas para aprovação do estudo

O estudo foi desenvolvido apenas após a obtenção de uma aprovação ética por entidades competentes: Comité Científico e Institucional de Bioética em Saúde (CIBS) da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo, cujo número de registo foi CIBS FM&HCM/01/2023. (*Vide anexo 13.3*).

Para preservar os valores e direitos éticos, os participantes foram informados sobre a pertinência da pesquisa; vantagens e desvantagens de participar da pesquisa; importância da sua contribuição no referente ao conhecimento sobre os perigos e riscos que podem ser encontrados no âmbito do controlo da TB para melhor adopção de medidas de prevenção e de controlo da doença para si, familiares e comunidade onde estão inseridos, bem como para os ACS' participantes do estudo, preveniu-se contra o risco de serem conotados como queixosos ou fofoqueiros caso falassem de aspectos que violam os seus direitos ou deveres enquanto estiverem a actuar no controlo da TB.

A confidencialidade e anonimato foram estratégias adoptadas para eliminar ou minimizar esse risco, enquanto os dados foram e continuam a ser de acesso apenas da pesquisadora principal e nenhum participante terá a sua identidade conhecida ou divulgada.

No mesmo contexto, as entrevistas com esses participantes foram realizadas em locais indicados pelos entrevistados. Estes foram orientados a escolherem locais isolados onde se sentiam seguros para se expressar livremente sem interferências e inibições.

Não foi adoptado nenhum procedimento invasivo que provocasse dano físico aos participantes, pois o contacto com eles limitou-se à realização das entrevistas e da observação directa sem interferir no curso das actividades dos ACS's.

7.2 Recrutamento e Consentimento informado

A participação do estudo foi de carácter voluntário. Antes de conduzir a entrevista e a observação simples, os participantes seleccionados foram convidados a ler o Consentimento Informado contendo informações relevantes sobre a pesquisa como tema, objectivos,

finalidade, procedimentos metodológicos, seus deveres e direitos. Após o entendimento e esclarecimento de dúvidas, os participantes e a pesquisadora/assistentes assinaram dois termos de consentimento, ficando cada parte com uma versão. (*Vide apêndice 12.2*).

7.3 Benefícios e riscos e como estes foram minimizados

7.3.1 Riscos

A participação no estudo não apresenta riscos ou qualquer mal na vida ou no trabalho do ACS, uma vez que se trata de uma pesquisa qualitativa.

7.3.2 Benefícios

Os participantes não foram directamente beneficiados financeiramente ou de outra forma por participarem do estudo.

Os benefícios foram de carácter indirecto, na medida em que os participantes puderam contribuir com informações relevantes com potencial de ajudar na alteração ou formulação das políticas públicas, ou estratégias de saúde que visem melhorar a gestão dos riscos e perigos ocupacionais no contexto do controlo da TB no distrito, criando um ambiente mais seguro para a actuação dos ACS's, bem como para pacientes e familiares.

7.4 Confidencialidade/privacidade/anonimato

Para assegurar a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes da pesquisa, observaram-se os procedimentos padrão: a) realização das entrevistas em locais isolados e privados, indicados pelos entrevistados; b) não se solicitou e nem se gravou nomes ou dados identitários dos participantes. Apenas lhes foram atribuídos códigos para a identificação dos estratos das entrevistas que constam do relatório de pesquisa; c) armazenamento dos guiões preenchidos e das gravações em arquivos electrónicos e/ou físicos, que permaneceram e ainda permanecerão sob acesso restrito e responsabilidade da pesquisadora principal durante um período de dez anos.

8 Limitações do estudo

Ciente que qualquer estudo está sujeito a limitações na sua realização e nos resultados produzidos, foram identificadas as seguintes limitações para este estudo:

1. **Escassez do tempo**- no cronograma do estudo, não foi previsto o tempo para realizar um estudo exaustivo e prospectivo para produzir dados estatísticos de casos que confirmassem a ocorrência de infecções por TB ocupacional entre os ACS's das USs seleccionadas.
2. **Viés de selecção**- a selecção dos participantes não foi aleatória, o que afectou a representatividade da amostra;
3. **Viés de resposta e viés de lembrança**- alguns participantes responderam de maneira institucionalmente desejável, ocultando práticas inadequadas ou não admitindo a falta de conhecimento;
4. **Limitações na observação**- a presença de observadores influenciou o comportamento dos participantes.

As estratégias abaixo foram adoptadas para a minimizar a influência das limitações, conduzindo a coerência e a validade dos resultados do estudo:

- ✓ **Escassez de tempo**- usou-se alguns dados das variáveis que abordem conhecimentos, práticas passadas e a história de exposição dos ACS's, o que trouxe informação sobre a possível ocorrência ou não de tuberculose ocupacional ao longo do tempo.
- ✓ **Viés de selecção**- a selecção de ACS's foi em diferentes CS's, diferentes supervisores e bairros de actuação (comunidade), o que possibilitou diversificar as experiências estudadas.
- ✓ **Viés de resposta e viés de lembrança**- foram feitas perguntas de maneira neutra e não sugestiva para minimizar o viés de resposta.
- ✓ **Limitações na observação**- a presença dos observadores foi não interventiva para minimizar a influência no comportamento dos participantes e das comunidades.
- ✓ **Acompanhamento e controlo de qualidade** -foi feita uma verificação de qualidade, como revisão de questionários e observações pelo supervisor para garantir a precisão dos dados recolhidos.

9 Resultados e Discussão

9.1 Resultados

9.1.1 Características sócio-demográficas dos entrevistados

Tabela 4: Características socio- demográficas dos ACS's

<i>Característica sócio-demográficas</i>		<i>n=29</i>	<i>%</i>
<i>Idade</i>	20 a 30 anos	8	28
	31 a 35 anos	15	52
	35 anos +	6	21
<i>Sexo</i>	F	18	62
	M	11	38
<i>Nível de escolaridade</i>	Básico	12	41
	Médio	17	59
	Superior	0	0
<i>Tempo no controlo da TB</i>	01 a 03 anos	12	41
	04 a 06 anos	17	59
<i>Posição hierárquica</i>	ACS	24	83
	Gestor de caso	4	14
	Supervisor	1	3
<i>Número de membros com quem vive</i>	01 a 05 membros	16	55
	06 a 10 membros	13	45

Fonte: *Dados do estudo*

Segundo a tabela, dos ACS's que participaram no estudo, estavam assim distribuídos quanto as idades, 52% (15/29), 28% (8/29) e 6% (21/29) estavam na faixa dos 31 a 35 anos, 20 a 30 anos e 35 mais respectivamente. A maioria com 62% (18/29) eram do sexo feminino e 38% (11/29) do sexo masculino.

Quanto ao nível de escolaridade, 59% (17/29) dos ACS's tinham o nível médio e 41% (12/29), o nível básico. Relativamente ao tempo de actuação no controlo da TB, este variava de meses a 6 anos, sendo que a maioria com 59% (17/29) tinham 4, 5, 6 anos no controlo.

A sua distribuição das posições hierárquicas mostra que 83% (24/29) ocupa a posição única de ACS enquanto 14% (4/29) que está na posição gestores de caso e 3% (1/29) é supervisor das actividades. Observa-se ainda que 55% (16/29) referiram viver em uma família de 1 a 5 membros e 45% (13/29) em famílias de 6 a 10 membros.

9.1.2. Conhecimento dos ACS's sobre a TB

Nesta segunda fase procede-se com a apresentação dos dados referentes ao conhecimento dos ACS's participantes do estudo sobre a TB, onde foram consideradas todas as respostas referidas com base na experiência e no conhecimento adquiridos durante as capacitações.

A maioria, 69% (20/29) dos ACS's demonstrou ter conhecimento sobre o que é a doença da TB, tendo mencionado a sua periculosidade, órgãos que pode ser afectados e o agente etiológico da doença.

“A tuberculose é uma doença causada pelo bacilo de Koch (bactérias), afecta principalmente os pulmões, mas pode atingir outros órgãos do corpo e é contagiosa” **(ACS 04 CSN, sexo feminino, 27 anos, com ensino médio).**

No entanto, o outro grupo 31% (9/29), definiu a TB de forma parcial, não tendo mencionados todos os aspectos necessários, como o agente etiológico, sua periculosidade ou mesmo órgãos possíveis de ser afectados, como se vê a seguir:

“A tuberculose é uma doença que se transmite de pessoa para pessoa e é muito perigosa” **(ACS 07 CSM2, masculino, 29 anos, com ensino básico).**

Relativamente ao conhecimento sobre a transmissão da TB, os ACS's apontaram os escarros, aerossóis, gotículas do suspeito ou doente pela TB como as formas de transmissão, evidenciado pela maioria, 97% (28/29) que responderam correctamente.

“A TB transmite-se bem, bem, bem, através do ar, das gotículas, da saliva que caem do paciente ou suspeito ao tossir, espirrar ou falar em voz alta” **(ACS 09CSM2, sexo masculino, 33 anos, com ensino básico).**

“A TB é transmitida através do ar quando uma pessoa com a forma activa da doença tosse, espirra ou fala, porque liberta gotículas ou saliva que carrega os bacilos de kosh ou mesmo através de escarros de doentes ou suspeitos quando não são manipulados dentro das regras” **(ACS 02CSK, sexo feminino, 20 anos, com ensino médio).**

E somente 3% (1/29) não respondeu.

Em relação ao conhecimento sobre os sinais e sintomas da TB, os entrevistados mencionaram a sigla dos sinais e sintomas da TB pulmonar, FESTA que refere a Tosse, Febres, Suor nocturno, Falta de apetite (anorexia), Emagrecimento e Cansaço (astenia) e alguns da TB extrapulmonares (caroços no pescoço ou na axila, diarreia crônica, dores de cabeça, inchaço da barriga) mostrando que a maioria tinha domínio sobre a matéria, comprovado nos dados em que 86% (25/29) dos ACS's mencionou todos os sinais e sintomas essenciais da doença, enquanto 14% (4/29) mostrou incertezas, tendo mencionado de forma incompleta, como se pode ver nas ilustrações seguintes:

“Os principais sinais e sintomas da TB são a tosse seca e produtiva a mais de duas semanas, emagrecimento sem motivo aparente, suor nocturnos, febres principalmente a noite, astenia, falta de apetite as vezes e também pode ter dores de cabeça e barriga” (ACS 05CSM2, sexo feminino, 36 anos, com ensino médio).

“Uma pessoa que tem TB pode ter febres, suar a noite, emagrece com facilidade e também pode apresentar caroços no pescoço” (ACS 01CS, sexo feminino, 31 anos, com ensino médio).

Tabela 5: Medidas de prevenção da TB mencionadas pelos ACS's

Medidas mencionadas	Fr.	%
Medidas administrativas (C)	9	31
Medidas do Controlo Ambiental (B)	15	52
Medidas de Protecção individual (A)	27	93
Medidas A, B e C	26	90
Não respondeu	1	3

Fonte: *Dados do estudo*

Foi evidente com a tabela acima que 93% (27/29) apontou ter conhecimento das medidas de protecção individual que incluem o uso da máscara (cirúrgica para pacientes e N95 para activistas ou profissionais de saúde), seguindo-se as medidas A, B e C, 90% (26/29) a qual refere a necessidade de combinação das medidas administrativas, de Controlo Ambiental e de protecção individual para prevenir ou proteger tanto a população como dos trabalhadores de saúde contra TB.

“Uma das coisas que podemos fazer é usar a máscara, lavar as mãos e usar luvas se formos tocar ou atender um paciente, ou suspeito ou quando formos colher amostras” **(ACS 04CSK, sexo feminino, 27 anos, com ensino médio).**

“... devemos usar máscara, etiqueta da tosse, evitar contacto com escarros, usar luvas para recolher amostra, estar em locais arejados dentro e fora do hospital, lavar as mãos com água e sabão ou usar desinfetante, dar prioridade a pessoas com tosse nas consultas, vacinar bebés recém-nascido contra TB” **(ACS 03CSM2, sexo feminino, 35 anos, com ensino básico).**

As medidas do controlo ambiental que referem a necessidade da existência de ventilação natural ou artificial foram mencionadas por 52% (15/29), pois permite a circulação do ar reduzindo a transmissibilidade da TB. E por fim, medidas administrativas, 31% (9/29) foi mencionado pela minoria, fazem menção ao rastreio, a educação, a separação, a priorização e investigação e referência dos casos da TB na comunidade e US, vice-versa. Lamentavelmente, a medida prioritária na escala da prevenção da TB foi a menos mencionada.

“...é bom permitir a entrada do ar natural nas casas, nas chapas e em todos os locais onde exista aglomerado de pessoas, ficar onde o ar circula e que tem raios solares, se possível” **(ACS 02CSN, sexo feminino, 34 anos, com ensino médio).**

“...nas bichas, sabemos que tem que se dar prioridade as pessoas com tosse para serem atendidas primeiro, ...lá vão ser testadas se tem tosse de outra coisa ou da TB mesmo” **(ACS 07CSM, sexo masculino, 27 anos, com ensino básico).**

Apenas 3% (1/29) não respondeu porque não saberia explicar, embora se tenha dado a oportunidade de dar exemplos, preferiu passar para pergunta seguinte.

Quando questionados sobre a existência de tratamento, todos os entrevistados 100% (29/29) responderam positivamente que a TB tem tratamento, razão pela qual eles presam o diagnóstico oportuno para tratamento oportuno e atempado da doença, onde alguns se expressaram da seguinte forma:

“...eu rastreio casos na comunidade e contactos desses para garantir tratamento da TB atempado. Quanto mais cedo iniciar com o tratamento, melhor para o doente e sua família” **(ACS 011CSN, sexo masculino, 28 anos, com ensino médio).**

Em relação à questão referente a existência de cura para TB, 97% (28/29) dos ACS's afirmaram ter conhecimento sobre a existência da cura para TB, tendo referido ainda que para ter o sucesso no mesmo, deve-se cumprir com o tratamento de forma correcta, seguir recomendações como evitar o consumo de bebidas alcoólicas, fumar cigarros e outros, evitar comportamentos de riscos, não perder noites.

Houve 3% (1/29) que foi mais além dizendo que era preciso ter-se muita sorte para estar vivo após ter a doença, mostrando que acredita no tratamento, mas também na sorte individual.

“O paciente chega á cura, sim, mas tem que fazer bem o tratamento, cumprir com horário de tomar os comprimidos, não pode beber, fumar, não pode perder noites, deve mesmo se concentrar no tratamento e cura da doença para o bem dele e da família”
(ACS 09CSK, sexo masculino, 34 anos, com ensino médio).

“TB é uma doença difícil...(…)..tem que ter sorte para continuar vivo após te atacar”
(ACS 06CSM2, sexo feminino, 29 anos, com ensino básico).

Em suma, para prevenção foram apontadas várias medidas mencionadas de forma isolada ou combinadas, apesar de que houve umas mais mencionadas que outras devido a hábito, costume e experiência, porém, foi nítido que estão cientes de que a prevenção para TB requer a combinação de medidas de prevenção e nenhuma funciona de forma isolada.

Tabela 6: *Histórico do ACS com a TB*

Categoria	Sim	%	Não	%
Histórico prévio de luta contra a TB	8	28	21	72
Recebeu formação sobre o pacote da TB	29	100	0	0
Importância dos refrescamentos sobre TB	22	76	7	24

Fonte: *Dados do estudo*

O histórico com a TB em ACS's é algo que deve- se valorizar no acto pois pode influenciar positivamente ou não no seu conhecimento e acções perante a doença, pacientes, comunidade e entre eles. Com a tabela acima, nota-se que todos os participantes 100% (29/29) apontaram ter recebido formação sobre o pacote da TB, nos mesmos 76% (22/29) reconheceram a importância dos refrescamentos sobre TB e deles 28% (8/29) é que possuía histórico prévio de luta contra TB na sua trajectória pessoal.

A capacitação ou refrescamento na TB tem intuito de aprimorar e actualizar os conhecimentos sobre a doença contribuir para melhores seguimentos dos casos. No referente ao último refrescamento recebido no âmbito da TB, 90% (26/29) ACS's recebeu pelo menos um refrescamento nos últimos 12 meses, significando que um número significativo dos ACS's está a ser actualizado com informações recentes e práticas relevantes.

Por outro lado, 10% (3/29) afirmou não lembrar da última vez que participou de um refrescamento, embora o plano de refrescamento dos ACS's seja inclusivo e sem excepção, podendo se assumir que apesar de não lembrar do período foram refrescados.

“O nosso grupo teve o último refrescamento quase no ano passado, por aí em Setembro ou Outubro. Mas fazemos sempre formações de trabalho nas discussões de dados mensais onde aproveitamos discutir sobre as nossas dúvidas e nos ajudamos a ultrapassar” (ACS 03CSM2, sexo masculino, 30 anos, com ensino médio).

“Na formação dita formação mesmo, não me lembro quando foi que fizemos pela última vez, mas fizemos” (ACS 05CSK, sexo feminino, 22 anos, com ensino básico).

Sobre os motivos pelos quais os entrevistados acham o refrescamento importante, 93% (27/29) ACS's revelou que a prática é crucial para a actualização sobre aspectos pertinentes da doença e do seu trabalho, 7% (2/29) disse que o refrescamento não fazia diferença no seu dia a dia, mostrando necessidade de melhorar a comunicação e atitudes que possam levar a esse desinteresse:

“O refrescamento é importante porque permite que estejamos sempre preparados para enfrentar os desafios durante a actividade e nos lembra sempre do que fazer e o que não fazer para não nos colocar em risco nem a comunidade que fomos confiados” (ACS 04 CSM2, sexo masculino, 28 anos, com ensino médio).

“Com formação ou sem formação, a informação é a mesma todos os anos, tirando uma e outra coisa diferente que não muda nada no meu trabalho” (ACS 07CSN, sexo masculino, 37 anos, com ensino médio).

9.1.3. Conhecimento sobre os perigos e riscos no controlo da TB

A seguir, nesta secção, continua-se a aprofundar o conhecimento dos ACS's sobre a TB, incidindo especificamente sobre os perigos e riscos durante as actividades de controlo da doença.

Tabela 7: Principais tarefas dos ACSs

Categoria	Fr.	%
• Educação para saúde: aconselhamento/palestras/diálogos comunitários + visitas domiciliárias + rastreio de casos	5	18
• Educação para saúde: aconselhamento/palestras/diálogos comunitários + visitas domiciliárias + rastreio de casos + busca de faltosos + colheita de amostras	9	32
• Educação para saúde: aconselhamento/palestras/diálogos comunitários + visitas domiciliárias + rastreio de casos + colheita de amostras + busca de faltosos + apoio psicossocial	6	21
• Educação para saúde: aconselhamento/palestras/diálogos comunitários + rastreio de casos + colheita de amostras + busca de faltosos + apoio psicossocial + DOTC	8	29

Fonte: Dados do estudo

A tabela 7 reflecte as actividades realizadas pelos ACS's entrevistados, observando-se que 32% (9/29) mencionaram a combinação **B** que refere a educação para saúde, visitas domiciliárias, rastreio de casos, busca de faltosos e colheita de amostras como actividades mais frequentes, sendo a abordagem menos integrada.

Em sequência, segue-se **D** com 29% (8/29) na qual disseram que realizavam o mencionado acima e incluíram apoio psicossocial e a toma sob observação directa (DOT- C), o que reflecte uma abordagem mais integrada da actividade. Enquanto 21% (6/29) que refere a combinação **C**, que falhou por não mencionar o DOT- C, uma actividade fundamental.

E por fim, a combinação menos indigitada, com 18% (5/29), foi a **A**, inclui apenas educação para saúde, visitas domiciliárias e rastreio de casos como principais actividades.

Os depoimentos seguintes representam qualitativamente cada uma das combinações das actividades descritas na tabela acima, como se pode ver respectivamente:

“eu, no meu dia a dia, faço educação para saúde, organizo diálogos nas comunidades, faço palestras, entro nas casas para fazer visita e rastrear casos, faço busca de activa de pessoas que desistiram de tomar medicamento. Quando desconfio de alguém, aconselho

e colho amostras para o laboratório e só descanso após ter os resultados” (ACS 01CSK, **sexo feminino, 32 anos, com ensino médio**).

“nós fazemos um pouco de tudo, ajudamos os doentes que não conseguem ir ao CS a tomarem comprimidos em casa...fazemos o rastreio das pessoas que vivem colhendo amostras para análise...para ter essa amostra, às vezes, temos que estar ali para orientar para tirarem amostra de qualidade...fazemos também aconselhamentos aos nossos visitados e suas famílias...nós acabamos sendo também psicólogos (risos) e também organizamos palestras dentro e fora da unidade sanitária” (ACS 03CSN, **sexo feminino, 27 anos, com ensino básico**).

“eish, são várias as coisas que costumo fazer, depende dos dias de semana e dos casos que a supervisora me dá...mas faço rastreio de casos na comunidade, no hospital...na comunidade faço palestras, sensibilizo de porta em porta, converso com pacientes ou pessoas que ficam ansiosos a espera dos resultados, dou-lhes força, faço-lhes também perceber que ter TB não é o fim, TB tem cura, basta cumprir e eu mostro que estou lá para lhe apoiar...as vezes, quando é preciso, faço colecta de amostras, mas depende da situação” (ACS 06CSK, **sexo masculino, 24 anos, com ensino médio**).

“nosso trabalho basicamente é fazer aconselhamento às comunidades...as vezes, fazemos palestras nos mercados, nos círculos nos dias de reuniões...também fazemos visitas nas casas e quando desconfiamos do paciente ou quando nos dizem que tem alguém com os sinais e sintomas, rastreamos para ter certeza se tem ou não a doença” (ACS 08CSM2, **sexo masculino, 26 anos, com ensino básico**).

Tabela 8: Aspectos relacionados com perigos e riscos

Categorias	Sim	%	Não	%
Trabalhar com paciente ou suspeito a TB oferece risco, ou perigo	28	97	1	3
Precisa se proteger contra a TB mesmo não sendo doente	29	100	0	0
Importante seguir sempre os protocolos de seguranças	26	90	3	10
Faz exames de rastreio	29	100	0	0

Fonte: *Dados do estudo*

Conhecer os riscos e perigos ocupacionais no sector do trabalho é essencial para construir um ambiente de trabalho mais seguro, saudável e adoptar boas práticas seguras e os dados acima são referentes à percepção sobre a existência de perigos e riscos no curso de suas actividades, sendo que a maioria 97% (28/1) dos ACS's participantes reconheceu que trabalhar com pacientes ou suspeitos de TB representa um risco significativo para si e para os outros. Apenas 3% (1/29) afirmou que não havia nenhum perigo desde que se cuidasse.

Em relação à necessidade de se proteger contra a TB, todos os participantes 100% (29/29) concordaram ser fundamental, mesmo sem apresentarem sintomas ou sinais da doença e afirmaram ainda terem realizado o rastreio contra TB enquanto ACS's no ano do estudo, demonstrando um seguimento do estado de saúde dos ACS's.

Quanto a importância de seguir os protocolos de segurança contra TB, 90% (26/29) reconheceu como essencial para se prevenir da contaminação ou propagação da TB e 10 % (3/29) afirmou não ser tão importante assim uma vez que mesmo quem segue por azar por adoecer.

Tabela 9: Tipos de riscos e perigos mencionados pelos ACS's

Categorias	Fr.	%
3 Riscos Físicos (exposição a diferentes temperaturas, visita em ambientes visivelmente inadequados)	19	66
4 Riscos Biológicos (bacilo, vírus, sangue em escarro, parasitas, bactérias, aerossóis)	29	100
5 Riscos Ergonómicos (peso de colman, das pastas, esforço físico intenso, pressão no alcance das metas, pressão psicológica por parte de pacientes/familiares)	27	93
6 Acidentes de trabalhos (mordeduras por cães, caminhadas longas, quedas/escorregamentos, atropelamentos, assédio/violações das ACS's femininas), assaltos/roubos)	26	90
7 Riscos químicos (poeiras, pó de luvas, resíduos das máscaras, desinfectantes)	17	59

Fonte: Dados do estudo

Os ACS's se expõem em situações desafiadoras no seu trabalho e saber identificar e reconhecer os riscos e perigos ocupacionais permite maior atenção aos cuidados para preservação da sua saúde e prevenção de doenças ou acidentes ocupacionais.

Para este estudo os ACS's arrolaram, por exemplo, ou nomes dos tipos de riscos e perigos por eles conhecidos, que posteriormente foram agrupadas pelos respectivos grupos de classificação dos riscos.

Segundo a tabela acima nota-se que os riscos biológicos envolvem a exposição a agentes biológicos medo de serem contaminados, por exemplo, pelo vírus do HIV, apanhar a bactéria da TB, parasita que causa malária, foram reconhecidos e mencionados por todos os 100% (29/29) dos ACS's participantes do estudo.

Os riscos ergonómicos que estão relacionados ao ambiente de trabalho como aguentar o peso do seu material de trabalho foram mencionados por 93% (27/29). Mencionaram também frequentes ameaças de frequentes, assédios, que podem resultar em danos para sua saúde, foram mencionados por 90% (26/29) dos participantes do estudo.

Foram mencionados ainda em 66% (19/29), os riscos físicos, referente a diversa exposição a factores ambientais que os pode afectar durante o seu trabalho. E por último com 59% (17/29) foram mencionados os riscos químicos:

“...uma das coisas que eu em particular sofro é quando chove porque molhamos...as vezes, a chuva para, mas as águas nas ruas não secam logo, estragamos sapatos nas ruas, pisamos águas sujas, outras com micróbios, nas casas somos picados com mosquitos, mas não temos como, trabalho é trabalho...e outra e eu até no início, luvas me faziam sair borbulhas nas mãos, mas Graças a Deus, já habituei” **(ACS 09CSM2, feminino, 21 anos, com ensino básico).**

“...os riscos aqui são muitos, mas tenho mais medo de ter tuberculose e ainda do Covid porque tenho filhos pequenos, por isso, uso sempre máscara, apesar de aumentar a minha sinusite...é normal também seguir paciente que tem TB mais HIV ou diábetes, então aí mesmo, todo cuidado é pouco” **(ACS 08CSK, feminino, 29 anos, com ensino médio).**

“..neste trabalho, a pessoa, primeiro, deve ter muita paciência...andamos distâncias, mesmo eu que tenho bicicleta, há sítios que prefiro ir a pé porque podem-me roubar...nem tem como não ir porque as nossas actividades, são mais do que disso...corremos riscos de ser atropelados, mesmo nas casas, às vezes, não nos atendem, insultam-nos ou soltam cães...mas nos comprometemos com a causa, mesmo

isso tudo e com peso, cansaço, vamos atrás do nosso objectivo” (ACS 07CSN, sexo masculino, 32 anos, com ensino básico).

Tabela 10: Medidas de prevenção/mitigação dos riscos e perigos mencionados pelos ACS's

<i>Categorias</i>	<i>Freq</i>	<i>%</i>
Seguir protocolos de segurança contra a TB na US e na comunidade	19	66
Manter a postura profissional e seguir as recomendações sobre o cuidado ao aceder às casas na comunidade	21	72
Boa comunicação entre si e provedores de saúde	18	62
Uso de equipamento adequado para o trabalho de campo	12	41
Independentemente dos esforços de protecção, pode-se apanhar a TB	3	10

Fonte: *Dados do estudo*

Para mitigar ou prevenir-se contra os riscos e perigos identificados, os ACS's apontam algumas medidas que adoptam, a mais mencionada foi a que refere a manter a postura profissional e seguir as recomendações sobre o cuidado ao aceder às casas na comunidade com 72% (21/29), focando não só na segurança e protecção, também para o bem-estar da comunidade por eles atendida.

Os protocolos de segurança contra a TB na US e na comunidade foi mencionado por 66% (19/29) referindo que além de os proteger, contribuem para o controlo da TB e garantem um ambiente de trabalho seguro.

62% (18/29) mencionaram que a boa comunicação entre si e provedores de saúde facilita o fluxo de informações, melhora a coordenação das actividades.

O uso de equipamento adequado para o trabalho de campo foi mencionado por 41% (12/29) dos ACS's tendo referindo essencial para minimizar a exposição a doenças e acidentes de trabalhos.

Houve ainda, 10% (3/29) dos ACS's que afirmou que independentemente dos esforços de protecção, pode-se apanhar a TB, talvez pela longa experiência no trabalho sem presenciar incidentes ou contaminação de ACS's, que pode ter fê-los acomodarem-se.

Para melhor compreensão da perspectiva dos entrevistados quanto às medidas de mitigação ou prevenção dos riscos e perigos, pode-se atentar para as seguintes ilustrações:

“..epah, eu acho que devemos seguir tudo aquilo que nos ensinam para nos prevenir, desde o uso correcto do EPI, lavar as mãos sempre que necessário, atender paciente onde passa ar, coordenar com as estruturas locais as visitas e com os donos das casas, mesmo dentro do hospital, se ouvirmos alguém a tossir muito na bicha, devemos encaminhar para gabinete da consulta da tosse, estar sempre vigilante para poder agir rápido” (ACS 03CSM2, sexo masculino, 25 anos, com ensino médio).

“..nós somos sempre orientados a ter boas maneiras para sermos aceites nas casas, devemos sempre ter respeito pelas famílias, respeitar as suas opiniões, mesmo para lhes fazer mudar de ideia, devemos arranjar maneiras sem passar dos limites...todas actividades do campo são coordenadas entre as nossas US's onde estamos colocados e as comunidades” (ACS 05CSK, sexo feminino, 26 anos, com ensino médio).

“sabe, por mais que a gente se cuide, faça tudo que nos dizem, pequeno descuido, pode-se apanhar a TB...mesmo os pacientes, você pode falar isso e aquilo e não ouvem, há outros que tosse na sua cara e cospem perto... então, é só entregar tudo nas mãos de Deus” (ACS 06CSN, sexo masculino, 29 anos, com ensino médio).

Em relação ao rastreio da TB, todos 100% (29/29) dos ACS's afirmaram terem sido rastreados ao longo dos seus trabalhos, dos quais 86% (25/29) dos ACS's mencionaram terem sido rastreados como rotina e 14% (4/29) rastreados por suspeita de TB.

Vejam-se as ilustrações seguintes para mais detalhes relativamente às razões que levaram a realizar o rastreio da TB:

“..eu, desde que trabalho no programa, já faz mais ou menos 4 anos, faço rastreio para ver se ainda estou bem ou não...sabemos que nem todos que têm TB tosse logo, é sempre bom se controlar” (ACS 05CSM2, sexo masculino, 33 anos, com ensino médio).

“...a última vez que fui rastreada foi porque os colegas e meu marido me aconselharam a fazer, pois eu estava a tossir muito e já passavam 3 semanas que mesmo com medicação não passava, então, fui colher expectoração para ter a certeza... fiquei com

muito medo do resultado mas só foi susto, não era a TB” (ACS 10CSN, sexo feminino, 28 anos, com ensino médio).

Quanto a periodicidade do rastreio 86% (26/29) dos ACS’s entrevistados que afirmou ter feito rastreio no último período entre 6 a 12 meses e 10% (3/29) no intervalo de 6 a 12 meses.

Na questão concernente ao conhecimento sobre existência de casos de TB entre os ACS’s, o 93% (27/29) dos ACS’s afirmaram categoricamente que não tinham conhecimento sobre infecção de algum ACS’s durante o controlo da TB e 7% (2/29) preferiram não responder.

Vejam-se abaixo ilustrações que espelham esses posicionamentos:

“...um de nós com TB?...não, não sei, se houve, talvez foi antes de eu entrar no programa mas, mesmo assim, acredito que iria ouvir *zum, zum*, sobre isso” (ACS 03CSN, sexo masculino, 23 anos, com ensino médio).

“Yuh, não tenho nada a dizer, não sei..?” (ACS 06CSM, sexo feminino, 35 anos, com ensino básico).

Sem conhecimento de casos entre os ACS’s não foi possível saber a possível conduta que é tomada aquando dos possíveis casos.

Tabela 11: Atitudes e praticas que propiciam a TB ocupacional entre ACSs

Categorias	Fr.	%
Negligência nas medidas de protecção/protocolos de segurança	28	97
Disponibilização deficiente de insumos para prevenção por parte da ONG	24	83
Falta de integração com profissionais de saúde	21	72
Falta de consciência de que a doença pode acometer a todos	13	45
Ficou indiferente	1	3

Fonte: Dados do estudo

Os ACS’s mencionaram várias atitudes e práticas que propiciam para o aumento dos riscos e perigos de infecção por TB entre eles que quando agrupadas mostram que:

As atitudes e práticas mais mencionadas que propiciam a TB entre os ACSs com com 97% (28/29) foi a negligência nas medidas de protecção/protocolos de segurança, alegando que são cruciais na prevenção entre eles e a comunidade.

A disponibilização deficiente de insumos para prevenção por parte da ONG foi mencionada por 83% (24/29), propiciando a vulnerabilidade perante a doença a qual controlam.

Foi mencionado ainda, a falta de integração com profissionais de saúde por 72% (21/29), dizendo que sem a coordenação das acções de saúde pode ser deficiente e criar ineficiência na assistência prestada.

Outros mencionaram a falta de consciência de que a doença pode acometer a todos com 45% (13/29), mencionando ainda que alguns não percebem o risco que TB representa negligenciando assim os protocolos recomendados.

E por último uma minoria de 3% (1/29) é que se revelou indiferente perante a questão, motivado talvez por medo, falta de confiança nas suas respostas.

9.1.4. Contribuições dos ACS's para melhoria das condições de trabalho face aos riscos e perigos ocupacionais.

Nesta secção, são arroladas as propostas feitas pelos ACS's entrevistados relativamente às melhorias que gostariam de ver introduzidas no âmbito do seu trabalho de controlo da TB nas comunidades.

Tabela 12: Contribuições de melhorar na sua actividade de controlo da TB

Categoria	Fr.	%
Garantia de EPI de forma contínua e oportuna	25	86
Valorização do seu trabalho	23	79
Políticas inclusivas aos ACS's	5	17

Fonte: *Dados do estudo*

Após agrupar-se as respostas, pode-se notar que a disponibilização de EPI de forma contínua e oportuna, foi a medida mais indicada no seio da amostra do estudo com 86% (25/28), pois há vezes que usam máscaras erradas pela indisponibilidade do ideal.

Outros ACS's com 79% (23/28) mencionaram a valorização do seu trabalho e 15/ (5/28) referiam a necessidade de implementação de políticas inclusivas para a sua categoria de profissionais de saúde, visando a protecção não só da sua saúde, mas da sua integridade física e mental.

9.1.5 Atitudes e prática dos ACS's durante a sua actividade no campo

Nesta secção apresentam-se os dados referentes às atitudes e práticas relacionadas com os riscos e perigos de infecção pela TB, durante a observação de 28 ACS's na sua actuação de \controlo da doença.

Tabela 13: Atitudes e pratica dos ACS's durante as actividades no campo

Categorias	Fr.	%
Desinfectantes	21	75
Água e sabão	28	100

Fonte: *Dados do estudo*

Quando observados sobre a higienização das mãos durante as suas actividades, 21/28) dos ACS's usou desinfectante com base de álcool a 70% disponibilizados pelo programa para o efeito e todos, 100% (28/28) fê-lo com água e sabão, significando que 25% (7/28) usou simultaneamente água e sabão e desinfectante para o efeito.

Tabela 14: Aspectos observados relacionados ao uso da máscara

Categoria	Uso da máscara			
	Sim		Não	
	Fr.	%	Fr.	%
1. O ACS fez o uso da máscara?	21	75	7	25
Subcategoria	Tipo de Máscara			
	Fr.		%	
Máscara cirúrgica	8		38	
Máscara N95	13		62	

Fonte: *Dados do estudo*

Os dados acima são referentes ao uso da máscara durante o trabalho de campo e por ser meio-crucial na prevenção da TB, 75% (21/29) dos ACS's fizeram o uso nas suas diversas actividades e 25% (7/29) não fez o uso desse meio de protecção em várias actividades como, por exemplo, as de colheita de amostra e DOT-C.

Foi notável ainda que dos que usaram as máscaras, 62% (13/21) usou a N95, a recomendável e 38% (8/21) usou a cirúrgica.

Tabela 15: Aspectos observados relacionados ao uso da máscara

Categoria	Uso de luvas		Sim		Não	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%

Usou luvas	17	61	11	39
Subcategoria: O que foi feito com as luvas depois	Fr.		%	
Deitou no lixo comum no domicílio	1		6	
Deitou no lixo infeccioso da US	12		71	
Deitou lixo Comum da US	3		17	
Conservou para usar depois	1		6	

Fonte: *Dados do estudo*

Em relação ao uso da luva percebeu-se que 61% (17/28) fizeram o uso das luvas durante alguns procedimentos, como colheita de amostra e DOT- C, no entanto, 39% (11/28) trabalhava normalmente, sem as usar, algum momento porque não precisam e outras por negligência.

Relativamente ao destino das luvas pós-uso, 71% (12/17) as descartou no lixo infeccioso, acção ideal, outros com 17% (3/17) as deitou no lixo comum da US, 6% (1/17) e outro grupo com o mesmo número de representantes no seio da amostra do estudo com 6% (1/17), deitou no lixo comum no domicílio e outro a conservou com intuito de usar posteriormente.

Tabela 16: Medidas tomadas relacionadas ao ambiente

Categorias	Sim		Não	
	Fr.	%	Fr.	%
Nas visitas domiciliárias, o ACS aproveitou os locais de ventilação natural ou radiação solar	19	68	9	32
Seguiu com outras recomendações (distâncias, disposição do ar) entre ele e o visitado (os)	22	79	6	21

Fonte: *Dados do estudo*

Durante as visitas domiciliárias, observou-se igualmente se os ACS's tomavam as medidas viradas para o espaço e ambiente onde decorriam as suas actividades. Parte dos mesmos com 68% (19/28) aproveitou os espaços ou locais com ventilação natural, ou que recebiam luz solar, mostrando seguimento do recomendado sobre esse aspecto.

Na mesma senda, notou-se que 79% (22/28) dos participantes seguiu as recomendações relacionadas com as distâncias e disposição do ar antes de se sentar e atender os visitados.

Tabela 17: Aspectos relacionados a colheita de amostras

Sobre amostras		Sim		Não	
Categoria		Fr.	%	Fr.	%
Durante a actividade, houve colheita de amostra		15	54	13	46
No momento da colheita estão isolados dos demais		12	80	3	20
A embalagem da amostra foi feita de forma correcta		13	87	19	13
Subcategorias				Fr.	%
Embalagem usada no transporte de amostra colhida	<i>Colman</i>			15	100
Caminho usado de volta após a recolha das amostras	Menos frequentados			4	27
	Qualquer basta ter acesso rápido a US			11	73

Fonte: *Dados do estudo*

No concernente a procedimentos relativos à colheita das amostras, 54% (15/28) realizou colheita de expectoração durante o tempo observado e dentre os mesmos, 80% (12/15) isolou-se dos demais, tendo ficado apenas com o suspeito para realizar procedimento e ainda 87% (13/15) efectuou a embalagem da amostra de forma correcta.

Ainda relativamente a amostras, notou-se que todos os ACS's que colheram amostras nas suas actividades usaram o *colman* para o transporte das mesmas e apenas 27% (4/15) e tomou o cuidado de escolher os caminhos menos frequentados e a maioria de 73% (11/15) retornou usando qualquer caminho, bastasse que o levasse a sua US de referência.

E no final das actividades, 86% (25/28) dos ACS's deixou recomendações e orientações baseadas na actividade exercida no dia e 14% (4/28) apenas se despediu.

9.2 Discussão

A TB continua a ser um sério problema de saúde global e em Moçambique foi destacada uma equipa que inclui os ACS's com vista a diminuir a morbi-mortalidade pela doença, desenvolvendo actividades desde identificar os sintomáticos, rastreá-los, educar os suspeitos, pacientes e comunidade em geral bem como auxiliar no DOT-C.

Este estudo avaliou os CAP relacionados com os perigos e riscos ocupacionais em ACS's que trabalham no controlo da Tuberculose no Distrito da Matola, tendo em conta as acções de promoção e protecção da saúde pública por eles desenvolvidas, baseando em uma análise qualitativa que busca conhecer a percepção do ACS sobre o risco de contrair a TB e como eles actuam dia a dia frente à percepção. Portanto, este texto constitui um documento legítimo de conhecimento da realidade e da proposta para melhoria.

Os resultados captados a partir das entrevistas feitas mostram que os ACS's além de alguns possuírem experiência ou histórico prévio, também tiveram formações/refrescamento sobre a doença e aspectos relacionado com seu trabalho não só para proteger a comunidade, mas a eles também, considerando que eles são um dos principais responsáveis pela diminuição da morbi-mortalidade pela TB.

Os resultados revelaram também um nível de conhecimento considerável dos ACS's participantes sobre aspectos relevantes e pertinentes sobre a TB, actividades por eles desenvolvidas, medidas de protecção e prevenção da doença.

Neste estudo, a maioria das ACS's estavam na faixa dos 31 a 35 anos, a proporção das mulheres foi maior em relação a dos homens, o que está segundo a distribuição dos dois sexos e de idade na população em geral, de acordo com a população operacional do País (Instituto Nacional de Estatística, [INE], 2017).

Em relação ao nível de escolaridade, os ACS's tinham os níveis básicos e médios respectivamente, nenhum dos ACS's possuía o nível superior e avaliando a realidade dos mesmos possuem o nível de escolaridade necessário porque o mínimo exigido é o nível básico.

E segundo estudo realizado pelo Barros, realçou a importância da escolaridade, dizendo ter impacto no conhecimento, nas práticas e experiências, o que já tinha sido evidenciado ao se afirmar que “para que as acções de educação em saúde sejam eficazes e efectivas, é preciso ainda, considerar todos os aspectos que envolvem a percepção cultural ..(..).. que inclui o grau académico.” (Barros, 2020: 51).

Mais que a metade dos ACS's está no controlo da TB há mais ou menos seis anos, o que tem impacto na experiência acumulada e no desempenho demonstrado. Este é um facto revelado em um estudo realizado no Município de Belo Horizonte, no Brasil em 2.720 ACS's, que mostrou que os ACSs com mais de cinco anos de trabalho demonstraram um desempenho

satisfatório, um estreitamento do vínculo com as famílias, bem como respeito na comunidade (Rocha et al., 2015).

Foi notável a existência de uma hierarquia entre os ACS's, a divisão papéis e de funções de acordo com o ideal, o que pode permitir maior vigilância e observância das medidas de mitigação e prevenção dos riscos e perigos, onde no topo está o supervisor, este responsável pelos gestores de casos, que, por sua vez, são responsáveis pelos restantes ACS's, que são a maioria.

Em relação ao conhecimento sobre aspectos relacionados com a TB, os participantes revelam uma heterogeneidade, existindo aqueles que se aproximam significativamente do saber técnico e os que têm uma proximidade relativa sobre a definição da TB.

Na mesma senda, menor parte de entrevistados definiu de forma parcial TB, revelaram lacunas nas suas respostas, não mostrando todos os aspectos necessários como o agente etiológico ou a sua periculosidade ou mesmo órgãos possíveis de ser afectados apesar de estarem a trabalhar no controlo da TB em um período de mais ou menos 3 anos.

Ainda assim, entre estes ACS's, a maioria demonstrou conhecimento sobre a transmissão da TB, tendo apontado os escarros, aerossóis, gotículas do suspeito ou doente pela TB como as formas de transmissão (evidenciado pela maioria), que também mencionaram os sinais e sintomas da TB. Em suma foram capazes de descrever aspectos essenciais relacionados com a doença e sua manifestação, o que é fundamental para a realização quotidiana do seu trabalho.

Como afirma um estudo realizado em 172 ACS's no Oeste de Goiânia, notou-se que era esperado que as actividades dos ACS's fossem pautadas por práticas laborais embasadas em conhecimentos específicos, como definição da infecção, manifestações clínicas, classificação, medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento (Alves, et al.; 2023:4). Contrariamente, aqueles que não conhecem sintomas e sinais da TB podem contribuir negativamente no controlo da TB.

Os participantes do estudo foram unânimes em afirmar haver tratamento para TB, o qual culmina com a cura da doença (este último defendido por parte deles), caso o tratamento seja feito atempadamente, de forma correcta e adequada. Estando em concordância com o estudo do Matos et al, (2022, 6) ao afirmar que “o tratamento da TB pretende a cura da doença e a minimização do risco de transmissão comunitária”.

Referiram ainda que para o sucesso do tratamento, quebrar de alguma maneira o ciclo de transmissão, os pacientes devem aderir ao tratamento e evitar o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e alguns comportamentos de risco que inclui perda de noites.

Outro estudo desenvolvido no Município de Vitória, no Espírito Santos- Brasil feito em ACS's confirmou que os mesmos possuíam também conhecimento sobre a cura da doença..." TB é uma doença que tem cura, o que ocorre praticamente em "100% dos casos novos, desde que obedecidos aos esquemas de tratamento da TB e um rápido diagnóstico, o qual depende muito dos ACS por serem considerados elo entre a comunidade e a unidade de saúde" (Velez, 2013).

Desta forma, a existência de ACS's que entendem que a TB não tem cura, é um aspecto crítico no controlo da doença, pois esses agentes podem influenciar as percepções da comunidade relativamente à pertinência do tratamento da doença, embora seja uma pequena parcela da amostra do estudo.

No que concerne à prevenção e mitigação da TB, notou-se que os ACS's têm conhecimento fundamental considerando que foram capazes de mencionar as medidas que devem ser adoptadas, mencionando deste modo as medidas preconizadas de prevenção da TB: as protecção individual, de controlo ambiental e administrativas, mesmo tendo mencionado mais da menos eficientes para os mais, o contrário do recomendado.

O cruzamento dos dados mostra ainda que, em alguns casos, o mesmo ACS aponta para diferentes medidas, o que sugere a combinação de medidas de mitigação e prevenção. Acerca da eficácia da estratégia do uso combinado de medidas, afirma-se que:

"As medidas ambientais buscam reduzir a concentração de partículas infectantes no ar e dependem da execução das medidas administrativas, que estas envolvem arquitectura e engenharia que devem promover a ventilação/exaustão do ambiente e irradiação germicida de ultravioleta e por fim as medidas de protecção respiratória individual, o mais importante é que estas medidas de prevenção da TB não funcionam de maneira isoladas" (Cavalcante, 2013,15).

Observou-se que os ACS's demonstraram ter conhecimento sobre a TB (sinais, sintomas, medidas preventivas) que lhes permite proteger-se dos riscos e perigos, orientar e educar melhor o seu público-alvo, apesar de alguns serem cépticos em relação aos aspectos relacionados a eles serem acometidos pela doença e sua valorização dentro do seu trabalho.

Verifica-se o reconhecimento da importância do conhecimento “(...) a falta de informação impede que o indivíduo identifique e perceba a magnitude dos riscos presentes nas ocasiões mais variadas...a ausência ou reduzida percepção de risco impossibilita o homem a assumir condutas de prudência (Oliveira, 2011,76).

O conhecimento é também apropriado à medida que se aproxima do saber técnico transmitido ao longo das formações e ou refrescamentos. Em um estudo realizado por Gaspar et al. (2018) verificou-se que cerca de 60% dos ACS's escolarizados possuía um conhecimento adequado sobre a TB.

No entanto, não é o caso deste estudo, pois não se observou nenhuma influência dos níveis de escolaridade, nem do tempo de trabalho no controlo da TB, no nível de conhecimento que os ACS's possuem sobre a doença, o que significa que os factores que condicionam as informações que esses agentes têm devem ser contextualizados. Achados semelhantes a estes foram destacados num estudo realizado na Etiópia no qual se constatou que 60% dos ACS's possuía nível satisfatório de conhecimento (Rocha et al., 2015).

No que concerne ao histórico prévio da relação com a TB em ACS's, observa-se que apenas a menor parte possuía experiências passadas. A experiência prévia com a TB permite que os ACS's actuem de maneira mais eficaz e sensível, contribuindo para o controlo e a prevenção da doença na comunidade. Na mesma senda, autores revelam que:

Existe uma complexidade envolvida na percepção de risco, porque não só o conhecimento e a assimilação da informação são importantes para que o indivíduo perceba os riscos, pois como o ACS é um actor que convive com a realidade da comunidade onde trabalha também influem os processos socioculturais como crenças, valores e experiências, nas escolhas e percepção dos riscos (Guivant, 1998 citado em Velez, 2013).

A experiência do trabalhador é de suma importância para o conhecimento profundo sobre os perigos e riscos, pois possibilita-se identificar situações nas quais o trabalhador esteja exposto e, a partir deste ponto, gerir os cenários e ambientes antes que ocorram as situações desagradáveis (Pacheco, 2012, 38).

Todos os participantes do estudo afirmaram ter recebido o pacote de indução para o trabalho no controlo da TB, pois com um treinamento adequado e através das acções para as quais são formados, fortaleceriam a resposta comunitária para TB. A pertinência da formação e

treinamento prévio é reconhecida no contexto da introdução dos ACS's nas USs de referência corroborando o argumento de autores que defendem que:

“As capacitações são importantes para o desenvolvimento do trabalho do ACS para que eles possam exercer efectivamente seu papel no controlo da TB que são a busca activa de sintomáticos respiratórios, dar educação a família e acompanhar no tratamento do paciente com TB” (Velez, 2013, 47).

E, olhando pelo ângulo das formações no âmbito da protecção da saúde do trabalhador, reforça-se que:

“O profissional de saúde deve ter conhecimento dos factores e condições de risco dos ambientes de trabalho, a fim de investigar a possibilidade de exposição ocupacional, devendo no então o empregador assegurar a capacitação aos trabalhadores, antes das actividades e de forma continuada” (Couto, 2012, 37).

O artigo 246 da Lei de trabalho, 23/2007, em vigor em Moçambique estabelece que a formação, aperfeiçoamento e reconversão profissionais são regidos pelo Estado em coordenação com os parceiros sociais, visando assegurar o desenvolvimento de capacidade e a aquisição de habilidades e de conhecimentos necessários para o exercício de uma profissão qualificada.

Sobre as capacitações de refrescamento, cujo objectivo é actualizar todos os ACS's sobre aspectos pertinentes da doença, a maioria afirmou ter recebido dentro do preconizado pelo PNCT - e parceiros de apoio - (pelo menos uma capacitação de refrescamento por ano), evidenciando a prática de educação contínua para prestação qualificação dos serviços de controlo da TB.

Esta exigência é igualmente destacada na literatura que defende que “A capacitação deve ser adaptada à evolução do conhecimento e à identificação de riscos, medidas de prevenção a serem adoptadas pelos trabalhadores” (Couto, 2012,37. Mesmo posicionamento é assumido pelos autores seguintes:

“É importante que a formação contínua do ACS seja uma realidade e assim ocorra um melhor e maior aproveitamento desses multiplicadores em potencial de mitigar as lacunas, no sentido de melhorias nas acções e serviços de saúde” (Rocha, 2014, 25).

Ao analisar o conhecimento dos ACS's reactivamente aos riscos e perigos existentes no controlo da TB, destaca-se o facto de existirem aqueles que apenas dedicam-se à educação para saúde, visitas domiciliárias e o rastreio.

Esta parcela de entrevistados levanta preocupações, pois revela uma actuação limitada para aquilo que é o quadro de referência das funções a serem desempenhadas por ACS's no âmbito do controlo da TB pois espera-se que o ACS seja um profissional de saúde "(...) seja capaz de exercer efectivamente seu papel no controlo da TB que são a busca activa de sintomáticos respiratórios, dar educação a família e acompanhar no tratamento do paciente com TB" (Velez, 2013, 47).

Para além das actividades supramencionadas, outros ACS's destacaram o apoio psicossocial como umas das funções que exercem no âmbito das suas actividades diárias, outros foram mais abrangentes incluindo o DOT-C como aspecto também preponderante da sua actuação. Em suma, combinadas essas funções todas desenham um quadro de intervenção integral dos ACS's no controlo da TB, cumprimento com as recomendações definidas no SNS, que pressupõem que:

“No âmbito da implementação da estratégia de inclusão de ACS's no controlo e combate a TB, os mesmos participam activamente na identificação de suspeitos, detecção de casos de doença na comunidade através de rastreio incluindo os contactos, referência do paciente sugestivo de TB e/ou transporte de amostras dos casos presuntivos, educação para a saúde e suporte emocional dos pacientes e seus familiares, a oferta de tratamento preventivo e curativo, a busca activa dos faltosos e abandonos ao tratamento e de medidas de controlo” (MISAU, 2020, 16).

Apesar deste estudo não ter abordado a relação entre o conhecimento e as proporções de riscos entre ACS's, mostra que os mesmos têm consciência que estão sob risco de contrair a TB. Essa consciência inclui doenças infecto-contagiosas, riscos ergonómicos, riscos físicos, riscos químicos e acidentes de trabalho e atribui esses riscos à função por si exercida.

Por isso todos os entrevistados destacaram simultaneamente todas as categorias de riscos supramencionadas por cada um atribuir maior ou menor importância a um determinado risco em detrimento do outro, mas o facto de todos os riscos terem sido indicados por mais da metade da amostra do estudo, revela que os mesmos (riscos) estão presentes no ambiente de trabalho

dos ACS's, manifestando-se de forma combinada. Esta combinação é corroborada pela Couto quando ressalta que:

“factores ou condições de risco (químicos, biológicos, físicos, ergonómicos, mecânicos, e da organização do trabalho ou psicossociais) estão relacionados às características do processo de trabalho, seu ambiente e organização, ocorrendo sempre de forma combinada ou associada” (Couto, 2012, 37).

Trata-se de um reconhecimento generalizado de que o controlo da TB é uma actividade que *per si* sujeita os profissionais de saúde que nele actuam a uma variedade de riscos de forma, o que torna indispensável que os mesmos sejam devidamente conhecidos, pelo que estudados, para serem definidas medidas apropriadas para sua gestão.

Ao respeito, argumenta-se que:

“Frente à classificação dos riscos ocupacionais, o profissional que trabalha no controlo da TB está exposto aos diversos tipos de risco podendo sofrer agressões a saúde ao adquirir doenças, assim como sofrer acidentes no momento da assistência ao cliente, evidenciando-se a importância de estudos sobre os riscos e perigos ocupacionais visando medidas de controlo e prevenção que contribuam para a promoção da saúde do trabalhador” (Cavalcante, 2013, 11).

“.. é igualmente o entendimento de Velez (2013, 24) quando afirma que a percepção de risco influencia na decisão influencia na “na tomada de decisões e na prevenção de danos, conhecer o risco é importante porque ajuda-nos a conhecer as respostas e actuar nos perigos frente a uma situação específica”.

No concernente às medidas de prevenção dos riscos e perigos acima mencionados, constatou-se que os ACS's reconhecem a necessidade de seguir os protocolos de protecção contra a TB que lhes são atribuídos nas US's, que do ponto de vista da segurança no trabalho, esta é uma postura desejável. Veja-se que o PNCT é que é responsável, entre outras acções, por estabelecer as directrizes para o controlo da TB, sendo que padroniza o tratamento, os procedimentos laboratoriais, cria um sistema de vigilância dentro de todo sistema de saúde, define as acções de biossegurança e organização de serviços, bem como estratégias de prevenção e combate a doença que devem ser adoptadas.

Os ACS's revelaram ainda estar conscientes da relevância de manter a postura profissional e seguir as recomendações sobre os cuidados a ter ao acederem às comunidades para a sua segurança e eficácia no trabalho, promovendo a ética profissional e a empatia no atendimento, o que culmina com a sua aceitação e colaboração da comunidade.

Associadas a essas acções, está a valorização da comunicação como um processo essencial para a coordenação de cuidados. Entretanto, esta postura é construída ao longo do trajecto feita da US de referência até a comunidade e vice-versa, o que destaca o papel desempenhado pelos profissionais de saúde das US's.

Outros autores reconhecidos afirmam é preciso que os profissionais de saúde acompanhem o processo de aprendizagem do ACS e prestem apoio necessário, pois são eles que estão familiarizados com a linguagem da comunidade, por exemplo o ACS é um facilitador capaz de construir pontes entre os serviços de saúde e a comunidade, identificando prontamente seus problemas, actuando no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde (Maciel et al., 2008, 2).

Ainda no que concerne às medidas de prevenção dos riscos e perigos, outros entrevistados mencionaram o uso de EPI de forma adequada pois, se usado de forma errado pode aumentar o risco de infecção. Por exemplo, o uso de máscara cirúrgica e não da N95 em casos em que está última é a opção adequada.

É interessante observar que da mesma forma que os riscos e perigos antes mencionados actuam de forma combinada, as medidas de prevenção são adoptadas igualmente de forma combinada, o que representa uma postura apropriada para melhor protecção contra os riscos e perigos ocupacionais.

Na questão relacionada com o acompanhamento da saúde dos ACS's que trabalham no controlo TB, como acontece com outros profissionais de outras categorias da área, o rastreio da TB foi realizado como rotina e por suspeita. O resultado de todas as suspeitas foi negativo para TB ocupacional.

Estudo realizado por Soares, et al., (2021, 9), em um estudo realçam que o rastreio da TB no seio dos profissionais de saúde é relevante para o “(...) que inclui uma avaliação de risco individual, avaliação de sintomas e um teste para infecção por M. tuberculosis e deve continuar

a ser feito anualmente e também reforçam a importância da testagem dos profissionais expostos e imediata testagem de seus contactos caso a doença se confirme.

Na questão referente ao conhecimento sobre os casos de infecção antigos ou recentes entre eles, a maioria afirmou não saber da sua existência e outros optaram pelo silêncio, mas apesar de não terem conhecimento, os mesmos mostraram a preocupação em relação a essa possibilidade (maior tempo de tratamento e possibilidade de perder emprego de activista).

Sobre as atitudes e práticas que colocam os ACS's propensos aos riscos e perigos da TB, reconheceram que a negligência das medidas de protecção previstas nos protocolos de segurança, associada a esse factor, foi igualmente identificada, a disponibilização deficiente de insumos por parte da Organização Não Governamental (ONG) responsável pelo programa em implementação como outro aspecto que cria pré-disposição para a sujeição ao risco ocupacional da TB.

Houve também casos de ACS's que mencionaram a falta de integração com outros profissionais de saúde como factor negativo, pois as dificuldades de interação e comunicação mostra o desamparo e desvalorização do trabalho.

Segundo o estudo do Sakata e Mishima (2011), a desconexão pode resultar em informações incompletas sobre práticas seguras, abrindo espaço para condutas arbitrárias por parte dos agentes, o que impacta na implementação de medidas de protecção contra infecção pela TB.

Um aspecto bastante significativo mencionado foi a falta da consciência de que a doença por infectar a todos independentemente das características pessoais e sociais, o que indica que alguns ACS's não percebem a gravidade da doença ou da possibilidade da mesma afectar qualquer pessoa, incluindo eles.

Esta realidade pode resultar, talvez, da falta de evidências de casos confirmados de TB entre eles. Daí a importância de estudos analisarem e evidenciarem a importância de estudos sobre os riscos ocupacionais visando medidas de controle e prevenção que contribuam para a promoção da saúde do trabalhador (Xavier e Gusmão, 2020, 10).

O último tópico analisado é relativo às as contribuições de melhorias no controlo da TB, onde os ACS's consideraram essencial ter acesso garantido de forma contínua e oportuna do EPI, destacando aqui a necessidade de as organizações responsáveis implementarem um sistema eficaz de fornecimento de EPIs e outros insumos indispensáveis para actividade. Esta é uma

exigência institucional, pois são deveres do empregador fornecer, sempre que necessário, equipamento de protecção e roupas de trabalho apropriados para prevenir os riscos de acidentes ou efeitos prejudiciais a saúde do funcionário (Couto, 2012, 37).

Os ACS's enfatizaram igualmente a importância da valorização de seu trabalho. Esta valorização inclui remuneração justa, assistência à saúde e inclusão no sistema de saúde com benefícios adicionais. A sua justificativa é que de seu trabalho ser fundamental, não recebem o reconhecimento e o suporte adequados e nem são considerados como parte dos profissionais de saúde. Este sentimento foi mencionado em outro estudo no qual afirma-se que:

“O ACS é preconizado na equipe de saúde como o actor principal na ESF, mas como pode ser constatada por meio deste estudo a desvalorização do ACS não sendo considerados como profissionais de saúde, nem se sentindo importantes na equipe de saúde, sentem-se desmotivados para seu trabalho” (Velez, 2013, 46).

Está claro que a valorização é um aspecto não apenas que visa melhorar a moral e a motivação dos ACS's, mas também promover o maior desempenho e comprometimento com o trabalho controlo da TB, o que pode impactar positivamente na gestão dos riscos e perigos ocupacionais, enquanto eles podem estar mais motivados a cumprir com as recomendações protocolares.

Os resultados na segunda fase do estudo, foram observados 28 ACS's em algumas actividades dos ACSs no campo, onde realizaram visitas de sensibilização porta a porta nos quarteirões, visitas domiciliárias, palestras, rastreio de casos e DOT- C.

Foi possível também observar a acção da colheita e transporte de amostras, registo de dados de trabalho diário e discussão do relatório mensal entre os ACS's de diferentes categorias (normais, gestores e supervisor) e de modo geral mostram que os ACSs observados possuem conhecimento sobre a TB e consciência sobre os riscos e perigos aos quais estão sujeito, apesar de que em algum momento age de forma antura perante eles.

As actividades começavam na US com actualização e confirmação das actividades preconizadas, bem como atribuição de casos novos para seguimento.

O primeiro aspecto observado no campo foi a questão do uso da máscara, pois a máscara é um recurso indispensável devido à sua função como reconhecem autores ao afirmarem que “as

medidas de protecção respiratória individual evidenciam a importância do uso de máscara especiais pelo profissional, para evitar inalação de partículas infectantes, assim como o uso de máscara cirúrgica pelo paciente” (Cavalcante, 2023, 15).

Foi observado, no entanto terem feito uso da máscara segundo as recomendações. Isto significa que existe uma parcela que não fazia o uso deste recurso de protecção, o que reflecte o não cumprimento das medidas de protecção preconizadas nos protocolos institucionais aumentando o risco de contaminação

Notou-se ainda que dentre os que usaram a máscara, minoria usaram a cirúrgica que não substitui a máscara especial N95, realçado pelo estudo do Cavalcante que afirma que, esta impede a inalação de aerossóis e oferece maior protecção que apenas diminui a propagação de gotículas no ambiente e é recomendada para o paciente ou suspeito, apesar de poder ser usada pelo ACS em casos de menor riscos (Cavalcante, 2023, 15).

Quanto ao uso de luvas, observou-se que as luvas foram usadas pelos ACS's que colheram de amostras e os que auxiliaram no DOT-C que quanto ao descarte a maioria o fez no lixo infeccioso, o que mostra que muito seguiam a orientação sobre descarte desse tipo de lixo.

No entanto, preocupante é a situação de ACS's que deitaram o par de luvas usadas no lixo comum da casa do suspeito e outro que conservou para voltar a usar a posterior sob argumento de não terem encostado no paciente. Trata-se assim de práticas de tratamento inadequado dos instrumentos de protecção pós-utilização, o que representa o alastramento do risco de infecção pela TB para além dos locais e ambientes de trabalho dos ACS's.

Quanto ao DOT- C, na realidade estudada é feito da seguinte forma:

Ao paciente lhe dado a medicação para 15 dias, sendo que, durante alguns dias, o ACS passa para averiguar a toma. Nos dias em que não consegue ir monitorar a toma, esta supervisão é feita por um membro treinado para o efeito no seio da família. Neste dia, o ACS chegou a casa do paciente, colocou as luvas, separou a medicação do dia e lhe foi entregue na tampa, o mesmo retirou e os colocou na boca, a seguir o ACS's averiguou se ele havia engolido, pedindo para ele abrir a boca e subir e descer a língua. (Extracto da observação directa, 29/07/24.)

Este foi o procedimento com o base no qual o ACS em questão entendeu que poderia voltar a usar as luvas após a primeira utilização, acção foi contra as medidas de biossegurança, podendo colocar em risco a família do suspeito, outros membros da comunidade e as pessoas que

recolhem os resíduos sólidos, bem como aumentar o risco de contágio para o mesmo ACS's e outra pessoa que tenha acesso a sua pasta.

Em relação à higienização das mãos durante as fases preponderantes das actividades, foi possível observar que todos os entrevistados lavaram as mãos com água e sabão e parte deles, mesmo após a lavagem das mãos, aplicou o desinfectante com base no álcool a 70%, em algum momento ofereciam o desinfectante à pesquisadora.

Quanto a este aspecto, os ACS's reflectiram uma prática de cumprimento rigoroso das medidas de protecção recomendadas, sendo que “Os profissionais são orientados a realizar constante higienização das mãos utilizando a técnica adequada diminuem a propagação do bacilo e outros agentes patológicos” (Cavalcante, 2013, 15).

Outra actividade assistida foi as visitas domiciliárias, nas quais seguiram as medidas de controlo ambiental, aproveitando locais onde a radiação solar ou ventilação eram naturais, mostrando estarem atentos à segurança durante as visitas.

Por um lado, alguns ACS's não observaram essa medida não foi por negligência, mas porque o ambiente não permitia, visto que, o paciente não conseguiu deslocar-se por estar debilitado pela doença, por outro lado, aos ACS negligentes mostrava a falta de consciência sobre a importância do seguimento das medidas de controlo ambiental na luta contra TB. Acerca disso, afirma-se que:

As medidas de controlo ambientais buscam reduzir a concentração de partículas infectantes no ar e dependem da execução das medidas administrativas; envolvem arquitectura e engenharia que devem promover a ventilação/exaustão do ambiente e irradiação germicida de ultravioleta (Xavier e Gusmão, 2020, 10).

Houve ainda casos de observação de colheita de amostras, nos quais notou-se que parte dos ACS's conseguiu se isolar durante o processo após explicarem aos suspeitos alguns detalhes para a colecta de expectoração de maneira correcta, com qualidade e sem colocar em risco tanto os ACS's quanto aos outros conviventes.

Preocupantes são os casos em que, forma consciente, não o fizeram, negligenciando assim as medidas de controlo ambiental, cujo intuito é reduzir a concentração de partículas infectantes no ar, elas incluem a arquitetura dos locais e o uso de sistemas ou equipamentos de engenharia

que controlam a troca de ar, a direcção de seu fluxo ou, ainda, que tenham acção germicida (Soares, et al., 2021, 4).

Apesar de ter-se observado pouquíssimos ACSs, outra situação preocupante foi a embalagem das amostras colectadas, fê-lo de maneira incorrecta – um escarrador com amostra caiu, não levantou; colocou a requisição da amostra dentro do *colman*, embora tenha deixado ao lado –. Esse é uma prática crítica, pois a embalagem inadequada pode comprometer a segurança e a integridade das amostras, bem como colocar em risco todos envolvidos no processo de manuseio das amostras.

E apesar da situação arrolada acima, foi observado que todas foram transportadas em *colmans* com acumuladores que garantem a conservação. Os caminhos a serem usados pós colheita de amostras devem ser preferencialmente os menos movimentados/frequentados, porem observou-se que usou a via rápida, não seguindo a orientação do Pacote de Formação Comunitária da TB, o qual refere que:

- Proteger as amostras do sol (coloque as no colman);
- Os escarradores devem estar voltados para cima bem fechados e organizados no colman; Não juntar os escarradores com as requisições ou outros papéis,
- Evitar o uso de caminhos muito frequentados (mercados, lojas e escolas);

Na componente relacionada com a educação para saúde, em todas visitas à comunidade, observou-se que maior parte deixou recomendações, o que é um aspecto positivo, pois demonstra que muitos ACS's se preocupam em educar e informar as pessoas visitadas sobre os cuidados necessários. A literatura ressalta a relevância desse procedimento afirmando-se que:

A visita domiciliar é a actividade mais importante no trabalho do ACS porque ajudará a estabelecer uma relação de confiança entre a família e o ACS. Através da visita é possível identificar quais famílias estão em risco e aquelas que precisam de um acompanhamento mais frequente, principais problemas de saúde da comunidade, conhecer as condições de moradia, dar educação, de prevenção de doenças e promoção da saúde para saúde baseada na necessidade (Moreira, 2008, 34).

No entanto, há necessidade de intensificar a promoção da consciência dos outros sobre a importância do ACS, o que pode consistir em deixar sempre educação e/ou orientação sobre a doença para os indivíduos, famílias e comunidade, baseadas nas suas necessidades.

10 Conclusões e recomendações

10.1 Conclusões

Os resultados do estudo mostraram que apesar deste estudo não ter abordado a relação entre o conhecimento e as proporções de riscos entre os diferentes actores que trabalham no controlo da TB, o ACS acredita estar sob risco de contrair a TB e de ser infectado por outras doenças infecto-contagiosas, bem como afectado por acidentes de trabalho e atribui esse risco à função por si exercida.

Observou-se que ainda a falta de acompanhamento ou monitoria de casos suspeitos, de incidência e prevalência da TB entre ACS's é uma lacuna crítica que deve ser preenchida para entender-se melhor a realsituação dos ACS's baseada em evidências para garantir a segurança no exercício das suas funções.

No mesmo contexto, pôde-se ainda observar que os ACS's reconhecem os riscos e perigos aos quais expostos, estão cientes os mesmos têm igual peso na sua vida, e que muitas das vezes, ocorrem de forma combinada, sendo tornando fundamental intensificar a conscientização e compreensão do ACS's sobre esses riscos e perigos, bem como os métodos de protecção.

O estudo mostrou que o desempenho dos ACS's reflecte o conhecimento técnico aceitável mas não os garante protecção pois o estudo mostram falhas nas práticas de segurança, mesmo entre ACS's bem informados, mostrando que é preciso mais do que saber mas também condições para que o conhecimento se transforme em acção no trabalho de campo.

Em suma, os resultados do estudo possivelmente reflectem a realidades de outros ACS's do distrito ou província, portanto, espera-se que as evidências apresentadas possam nortear acções para a meliori gestão de riscos e perigos entre outras questões relacionadas com a saúde dos ACS's.

10.2 *Recomendações*

Com base nos principais resultados do estudo apresentam-se as seguintes recomendações:

1. **Políticas/programáticas:**

- Integrar os ACS's na consulta do trabalhador ou outra consulta específica para se garantir o registo e seguimento de casos suspeitos e confirmados de TB em ACS's (incidência e prevalência);
- Fortalecer as formações práticas e contínuas voltadas aos riscos ocupacionais existentes no controlo da TB;
- Incrementar no **EPIs** sapato fechado e impermeável, capacete, capa de chuva, boné, camisa de mangas longas, óculos de sol e **Equipamento** (colecte reflectores, bandeirolas para as bicicletas);
- Introduzir uso de bolsa o lixo infeccioso produzido na comunidade (luvas, máscaras usadas);
- Prevenção de Acidentes: capacitação para primeiros socorros, uso sistemático de Comunicação de Acidentes de Trabalho, campanhas de segurança no trânsito e contra agressões;
- Saúde Mental: apoio psicológico, readaptação de tarefas, fortalecimento de relações profissionais e canais seguros para denúncias / relatos de agressão;

2. **Científicas:**

- Incentivar estudos qualitativos que investiguem os obstáculos enfrentados pelos ACS's para não adopção efectiva das medidas de protecção contra riscos e perigos ocupacionais;
- Incentivar pesquisas que determinem a probabilidade de infecção e adoecimento pela TB em ACS's que trabalham no controlo da TB no país;
- Incentivar estudos prospectivos sobre a incidência da TB em ACS's.

3. **Para os ACS's**

- Aplicar o conhecimento na prática- adoptar medidas de segurança no quotidiano, mesmo diante de limitações;
- Fortalecer o autocuidado e a biossegurança- utilizar EPIs sempre que possível e reconhecer sinais de risco e perigos;

- Participar de espaços de diálogo com os superiores- contribuir com sugestões que melhorem as condições do seu trabalho;
- Reconhecer-se como sujeito de direitos e não apenas executor de tarefas- comunicar situações de riscos e perigo para seguimento oportuno.

11 Referências bibliográficas

Aliyu, M. A., Musa, A., Danburam, A., Umar, A., Bala, S., Lawal, S. A., ... & Olayinka, A. 2022. Tuberculosis among health workers in Kaduna state, Nigeria: A 15-year review. *The Pan African Medical Journal – One Health*, 12(2). <https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/12/2/full/>.

Alves, C. M. S., Amaral, T. S., Rezende, F. R., Júnior, H. G., Guimarães, R. A., Costa, D. M., & Tipple, A. F. V. 2023. Factores associados ao conhecimento sobre tuberculose de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(2), e 20220520. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0520pt>.

Bakke, H. A., & Araújo, N. M. C. 2010. *Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário*. Produção, 20(4), 669–676. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132010005000015>.

Bardin, L. 2011. *Análise de conteúdo* (229 p.). Lisboa: Edições 70.

Barros, I. S. 2020. *Conhecimento, atitudes e práticas sobre o aleitamento materno exclusivo em gestantes atendidas na consulta pré-natal* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo).

Cavalcante, D. S. 2013. *Fatores de riscos ocupacionais na assistência de enfermagem em tuberculose* (Monografia de Bacharelado, Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia). Brasília. 53 f. bdm.unb.br.

Couto, I. R. R. 2012. *Riscos de contágio em tuberculose entre funcionários em um hospital universitário no município de Niterói – Rio de Janeiro* (Dissertação, Universidade Federal Fluminense). Niterói. 93 f.

Destra, A. S., Angelieri, S. B., Bakowski, E., & Sassi, S. J. G. 2004. Risco ocupacional e medidas de precauções e isolamento. In *Infecções relacionadas à assistência à saúde* (pp. 23–26). São Paulo.

Furlan, I. L. 2016. *Biossegurança no atendimento do paciente com suspeita ou diagnóstico de tuberculose pulmonar em uma unidade de emergência hospitalar*. (Dissertação de Mestrado Profissional, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis. Brasil.

Gabinete de Estudos da FESETE. 2010. Manual de avaliação de riscos. Porto. Portugal: Gabinete de Estudos da FESETE.

Gaspar, L. M. S., Braga, C., Albuquerque, G. D. M., Silva, M. P., Maruza, N., Montarroyos, U., & Albuquerque, M. F. P. M. 2018. Conhecimento, atitudes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar em uma capital do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (10), 3815- 3824. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.01722018>.

Gil, A. C. 1999. Métodos e técnicas de pesquisa social (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Goldenberg, M. 2004. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais (8ª ed). Rio de Janeiro: Record.

Gomes, M., & Barbosa, E. 2009. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. Acessado em 12 de março de 2020, de <http://www.educativa.org.br>.

Instituto Nacional de Estatística. 2019. IV Recenseamento Geral da População e Habitação. Moçambique.

Khalil, M., Gulumian, M., & Davids, C. 2010. Tuberculosis among community health workers in the Western Cape province of South Africa. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 14(10), 1244–1251. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21144243/>.

República de Moçambique. 2007. *Lei n.º 23/2007., de 1 Agosto: Lei de Trabalho*. Maputo: Imprensa Nacional de Moçambique.

Maciel, A. 2008. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1377–1386. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600018>.

Maciel, E. L. N., Prado, T. N., Fávero, J. L., Moreira, T. R., & Dietze, R. 2009. Tuberculose em profissionais de saúde: Um novo olhar sobre um antigo problema. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1). <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000100012>.

Mastroeni, M. F. 2006. Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde (2ª ed., 338 p.). São Paulo: Atheneu.

- Matos, S., Duarte, A., Almeida, M., Gonçalves, I., Miranda, M., & Abreu, M. 2022. Vigilância da tuberculose nos profissionais de saúde como contributo na erradicação de uma pandemia. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 13, 45–60. <https://doi.org/10.31252/RPSO.08.01.2022>.
- Minasi, A. S. A., L. M. de, Nobre, C. M. G., Amarijo, C. L., Figueira, A. B., & Pintanel, A. C. 2020. Profissionais de saúde expostos à tuberculose: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), e37973536. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3536>.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. 1993. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 239–262. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.
- Ministério da Saúde. 2003. Manual de referência: Prevenção e controlo de infecções nas unidades sanitárias. Maputo, Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2007. Manual de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Maputo, Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2019a. Directriz para as actividades comunitárias para a TB. Maputo, Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2019b. Visão geral de tuberculose em profissionais de saúde. Maputo, Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2020. Relatório anual do programa: Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Maputo, Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2022. Relatório anual do programa: Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Maputo, Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2023. Termos de referência do Programa Nacional da Tuberculose. Maputo, Moçambique.
- Moreira, T. R. 2008. Risco ocupacional dos agentes comunitários de saúde envolvidos no controle da tuberculose no município de Cachoeiro de Itapemirim – ES. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(2), 335–342. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200015>.

Moreira, T. R., Zandonade, L. N., & Maciel, E. 2010. Risco de infecção tuberculosa em Agentes Comunitários de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 44(2), 332–338. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200014>.

Neves, H. C. C. 2011. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19(2), 354–361. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200018>.

Oliveira, D. A. M. 2011. Percepção de riscos em catadores de materiais recicláveis: Estudo em uma cooperativa em Salvador - Bahia. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina). repositorio.ufba.br.

Oliveira, H. B., Cardoso, J. C., Costa, M. C. R. A., & Fregona, G. 2009. Prevalência da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* em agentes comunitários de saúde envolvidos no controle da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(6), 580–587. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000600009>.

Organização Internacional do Trabalho. 2013. A prevenção das doenças profissionais. Genebra: Organização Internacional do Trabalho. <https://www.ilo.org/pt-pt/publications/prevencao-das-doencas-profissionais>.

Organização Mundial da Saúde. 2024. Relatório global da tuberculose. <https://www.paho.org/pt/noticias/1-11-2024-tuberculose-ressurge-como-principal-cao-morte-por-doenca-infecciosa>.

Pacheco, C. 2012. Percepção de risco e comportamentos seguros: Qual o papel destes elementos enquanto componentes da cultura de segurança organizacional? (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4222/1/MSHT%20090314016.pdf>.

Peci, A. 2003. Estrutura e ação nas organizações: algumas perspectivas sociológicas. *Revista de Administração de Empresas*, 43(1), 24–35. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902003000100004>.

Pustiglione, M., Galesi, V. M. N., Santos, L. A. R., Bombarda, S., Tognini, S., Freitas, A. C., & Feijó, C. A. 2020. Tuberculose em trabalhadores de serviços de saúde: Um problema a ser

enfrentado. *Revista de Medicina*, 99(1), 16–26. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i1p16-26>.

Rahani, M. F., & Xeko, J. C. A. 2001. Tuberculose: Risco ocupacional em profissionais de saúde. *Revista de Patologia Tropical*, 30(1), 1–8. <https://doi.org/10.5216/rpt.v30i1.15788>.

Ribeiro, K. C. 2016. Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde de Belo Horizonte sobre tuberculose e tratamento. *Universidade Federal de Minas Gerais*.

<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-AT6JXS> Rocha, G. G. 2014. A importância da capacitação para os agentes comunitários de saúde. Minas Gerais, Brasil. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-9L5Q3G>.

Rocha, G. S. S., Lima, M. G., Moreira, J. L., Ribeiro, K. C., Ceccato, M. G. B., Carvalho, W. S., & Silveira, M. R. 2015. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(7), 1483–1496. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00131414>.

Ruiz, M. T., Barboza, D. B., & Soler, Z. A. S. G. 2004. Acidentes de trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral. *Arquivo Ciências de Saúde*, 11 (4) , 219–224. <https://www.scielo.br/j/acsci/a/6h7J9y8g9zK8h9F6tL9F9g/?lang=pt>.

Sakata, N. K., & Mishima, S. M. 2011. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 557–563. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>.

Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Ação Social da Matola. 2024. Relatório semestral. Moçambique.

Soares, R. J. O., Barba, M. L., Gonçalves, G. A., Bussardes, L. P. B., & Vianna, R. T. 2021. Tuberculose ocupacional: Um desafio para os serviços de saúde. *Jornal Brasileiro de Desenvolvimento*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.34119/jbds.v7i1.40557>.

Velez, Y. E. V. 2013. Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao risco de infecção da tuberculose. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo). https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/UFES_3c2c48eb8bd7bd8f9c4e247b00ef77b0.

Xavier, E. K. M., & Gusmão, I. C. 2020. Risco ocupacional dos profissionais de enfermagem frente ao atendimento de pacientes com diagnóstico de tuberculose. (Trabalho de Conclusão

de Curso, Pontifícia Universidade Católica de Goiás).
<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/217>.

12. Apêndices

12.1 *Instrumento de recolha de dados*

Bom dia/ Boa tarde,

Obrigada por dedicar um tempo para participar deste estudo. O objectivo do mesmo é analisar o conhecimento, atitudes e práticas laborais dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito da Matola, Província de Maputo que trabalham no controlo da TB, em relação aos riscos e perigos ocupacionais existentes no seu trabalho, da US à comunidade, nas comunidades para que se possa proporcionar uma melhor compreensão dos mesmos e inclui-los na gestão da TB ocupacional.

Vamos fazer algumas perguntas e você pode escolher responder-lhas ou não. Não há resposta certa ou errada, a entrevista levará cerca de 40 á 45 minutos. A posterior iremos apenas acompanhar o decurso das suas actividades desde a US até a comunidade, sem nenhuma interferência. Se você concordar, gravarei nossa conversa e suas respostas para facilitar a transcrição das respostas.

Todas as informações que você compartilhar são confidenciais e nenhuma de suas respostas será divulgada a qualquer pessoa que não faça parte da equipe deste estudo. Você pode recusar responder a qualquer uma das perguntas sem com isso ser penalizado.

Agradecimento antecipados.

Dados sócio-demográficas:

Data ____ / ____ / ____

Idade ____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Nível de escolaridade: Básico () Médio () Superior ()

Tempo de serviço no controlo da TB (meses/anos): _____

Posição hierárquica _____

Número de agregado familiar com quem vive: _____

1- Explorar dos ACS's o conhecimento sobre a tuberculose associados ao seu trabalho de controlo da TB:

1. Conhecimentos sobre a TB:

- 1.1 Pode dizer o que é a TB?
- 1.2 Como a TB é transmitida.
- 1.3 Quais sinais e sintomas que a pessoa apresenta quando você desconfia ter a TB?
- 1.4 Você conhece as medidas de prevenção para a TB? Sim () Não (). Caso esteja ciente, pode me falar sobre algumas delas?
- 1.5 Existe tratamento para a TB Sim () Não () Não sei ()
- 1.6 A TB tem cura? Sim () Não () Não sei ()
- 1.7 Parte dos ACS têm história na luta contra TB, você ou alguém de seu agregado teve TB? Sim () Não (). Se sim, conte-nos pouco sobre isso.
- 1.8 Recebeu alguma formação sobre o pacote TB? Sim () Não (). Se a resposta for sim, há quanto tempo foi realizado a última capacitação: 0-6 mês () 6- 12 () 1 ano– 2 anos ().
- 1.9 Acha importante ter-se capacitações de refrescamento sobre a doença? Sim () Não () Não sei (). Porque?

_____.

2. Conhecimento sobre perigos e riscos no exercício da actividade de controlo da TB:

1. Quais são as principais tarefas que você realiza durante a actividade de controlo da tuberculose? _____.
2. Trabalhar com o paciente ou suspeito com a TB oferece algum risco e ou perigo à sua saúde (desde a US até comunidade e vice-versa)? Sim () Não ().
3. É preciso se proteger contra tuberculose durante o seu trabalho sendo que você não está doente? Sim () Não () Não sei (). Se sim, que medida que podem ser tomadas para prevenir/mitigar a TB? Sim () Não ().
4. Já fez exames de rastreios da TB por ser ACS? Sim () Não (). Porquê?
5. E se sim, quando foi a última vez que fez (em meses)? _____.
6. Desde que trabalhas como ACS houve algum caso da TB nas equipas? Se sim, quantos casos? R: _____.

7. E em caso de desconfiança que um ACS possa estar contaminado, qual costuma ser conduta do ACS e do patronato?

R: _____.

8. Pode mencionar outros perigos e riscos que você enfrenta no seu dia -a dia de trabalho?

R: _____

9. O que faz para prevenir-se e prevenir os outros desses outros perigos e riscos que mencionou acima? R: _____.

10. Ainda sobre a sua actividade, quais as suas ou atitudes de colegas que podem contribuir negativamente para a prevenção da TB ocupacional? _____.

3. Contribuições dos ACS's para melhoria das condições de trabalho face aos riscos e perigos ocupacionais.

1. Que aspectos na sua opinião, que deveriam ser melhorados no seu trabalho de modo a prevenir a TB ocupacional.

2. O que você mudaria para tornar o seu ambiente, rotina de trabalho mais seguro?

Obrigado pela sua participação! _____, aos ____ de _____ de 2024.

Checklist para a observação directa.

1. Descrever as atitudes e práticas adoptadas pelos ACS's durante no decurso de suas actividades - Observação directa.

Medidas de protecção individual:

- Aspectos relacionados com a higienização:
- Durante a actividade faz-se a higienização das mãos? Sim () Não (). Se sim, lava com água e sabão () usa desinfetante ().
- Em que momento higieniza as mãos?
R: _____.
- O ACS faz o uso máscara de protecção? Sim () Não ().
- Momentos o ACS usa a máscara: no recinto hospitalar (); Gabinetes de tosse (); Durante a colheita da expectoração (); Fora da US (); Visitas ao domicílio de pacientes na fase inicial do tratamento (); (); No auxílio para a DOT ().
- Que tipo de máscara: De capulana () cirúrgica () N95 ().
- Usa luvas? Sim () não ().
- Se usa luvas, em que momento: Na colheita da amostra (); Na deslocação para US ou domicílio do paciente (); Na embalagem da amostra e rotulagem da amostra (); No laboratório na entrega das amostras ().
- O que faz com as luvas descartadas: Deita no lixo comum do domicílio (); Descarta no lixo comum da comunidade (); Descarta na rua/caminho (); Leva até o descarte no lixo infeccioso da US (); Leva até o descarte no lixo comum da US ().
- Atendimento nas visitas domiciliárias:
- Nas actividades ao domicílio, havendo um local externo que haja radiação solar e condição do visitado, aproveitam? Sim () Não ().
- Há janelas que permitem a ventilação natural? Sim () Não (). Se não, qual é a proposta para a circulação de ar natural na casa? R: _____.
- Nas intervenções domiciliárias há cumprimento das recomendações sobre as distâncias entre paciente/provedor? Sim () Não ().
- Houve necessidade de colher a amostra? Sim () Não (). Se sim, a colheita da amostra induzida é feita no local fechado () aberto ou ventilado ().
- No momento da colheita estão isolados dos demais? Sim () não ().

- A embalagem da amostra é feita de forma correcta? Sim () Não ().
- Após a embalagem o que usa para o transporte? Colman () Outro meio (). A ser outro meio, por favor indique o que observa _____.
- No transporte de amostra usa caminhos com menos frenquetados? Sim () Não ().
- Dão recomendações as famílias sobre a situação dependendo do motivo da visita domiciliária? Sim () Não ().

Obrigado pela sua participação! _____, aos ____ de _____ de 2024.

12.2 Termo de Consentimento Informado (a ser assinado pelo ACS)

Título da Pesquisa: **Conhecimento, atitudes e práticas sobre os perigos e riscos ocupacionais em Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no controlo da Tuberculose: *Estudo qualitativo nos Centros de Saúde do Distrito da Matola.***

Investigadora principal: Ana Maria Juliana Gomane Mutondo Cunat.

Saudações. Chamo-me Ana Maria Mutondo Cunat, estudante da Universidade Eduardo Mondlane, estamos a fazer um trabalho de pesquisa para fins de obtenção do grau de Mestrado em Saúde Pública, no ramo de Higiene, Saúde Segurança Ocupacional, na Faculdade de Medicina, cujo tema é: ***Conhecimento, atitudes e práticas sobre os perigos e riscos ocupacionais em Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no controlo da Tuberculose.*** O objectivo do mesmo é analisar o conhecimento, atitudes e práticas laborais dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito da Matola, Província de Maputo que trabalham no controlo da TB, em relação aos riscos e perigos ocupacionais existentes no seu trabalho, da US à comunidade, nas comunidades para que se possa proporcionar uma melhor compreensão dos mesmos e inclui-los na gestão da TB ocupacional.

Convidamos a você para participar neste estudo por ser ACS que trabalha nas áreas de saúde do Distrito da Matola. A sua participação neste estudo é voluntária. Se decidir não participar, nada afectará nos resultados do desempenho das suas actividades. Mesmo que aceite participar neste momento, poderá, se assim quiser ao decorrer da pesquisa, interromper sua participação no estudo caso não desejar continuar. Caso aceite, terá de responder algumas perguntas sobre os conhecimento da TB, sobre os perigos e riscos existentes bem como suas atitudes e práticas na sua actividade de controlo da TB. É uma conversa individual com uma duração média de 40 á 45 minutos. Se não quiser responder a uma determinada pergunta, estará livre de não responder. A conversa irá decorrer no lugar que você preferir e não será permitida a presença de outras pessoas e durante a observação, sinta-se a vontade para desempenhar as suas atitudes normalmente, não será avaliado por isso, o observador será um elemento neutro.

Toda informação que nos der é confidencial, ira-se respeitar a sua privacidade e anonimato, teu nome não aparecerá em nenhum documento.

A informação obtida com este estudo poderá ser útil cientificamente porque pode as nortear acções dos Gestores da Estratégia de inclusão dos ACS's no sector saúde para a reformulação de estratégias de intervenção (diagnóstico, seguimento e tratamento) de forma a se ter dados mensuráveis sobre a sua saúde ocupacional bem como trazer recomendações para melhorar a segurança e conscientização sobre as práticas laborais assim como diminuir a carência de estudos que aborde sobre a saúde ocupacional deste grupo específico.

A sua participação não inclui nenhuma compensação, nem custos.

Para esclarecimento de qualquer dúvida, você poderá entrar em contacto com a investigadora principal deste estudo: Ana Maria Mutondo Cunat. Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina, Maputo, Moçambique através do contacto: 84/870265597.

Importa referir que o presente estudo foi revisto e aprovado pelo comité Institucional de Bioética em Saúde da faculdade de Medicina da UEM e Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM) e pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) com os seguintes contactos:

- 1- Email: cibsfmhcm@gmail.com, Telefone: (+258) 21428076
- 2- Email: cnbsmocambique@gmail.com, Telefone: (+258) 824066350

Tendo sido convidada a participar do estudo: “*Conhecimento, atitudes e práticas sobre os perigos e riscos ocupacionais em Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no controlo da Tuberculose*”,

Eu _____ declaro que:

1. Fui devidamente esclarecido da natureza da minha participação nesta pesquisa, dos riscos e benefícios que dela decorrem;
2. Compreendi que não receberei nenhuma recompensa material nem monetária por participar do estudo;
3. Fui devidamente esclarecido do direito que tenho em me retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.
4. Compreendi que a informação relativa à minha participação terá carácter confidencial, e que em termos de grupo a informação será utilizada para caracterizar o que as pessoas sabem esteja a acontecer na provisão de serviços de saúde e encontrar formas mais adequadas para melhorar a qualidade de provisão dos serviços de saúde com mais qualidade.
5. Compreendi também que se tiver perguntas as poderei fazer contactando a qualquer momento a Ana Maria Mutondo Cumat, investigadora principal neste estudo, através do telefone número: 84/870265597.
6. Ou então se tiver alguma pergunta sobre os seus direitos em tanto que participante nesta pesquisa, ou se sentir que não foi tratado de forma adequada, pode contactar o CNBS: (+258) 824066350.

Assinatura do participante:

Data: ____ de ____ de 2024

Assinatura do Pesquisador:

Data: ____ de ____ de 2024

13. Anexos

13.1. Carta de Cobertura do local onde foi realizado o estudo.

13.2. Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação.

13.3. Carta de Aprovação do Comité de Bioética em Saúde.

13.4. CV

13.1. Carta de Cobertura do local onde foi realizado o estudo.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVÍNCIA DE MAPUTO
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

A
Senhora
Ana Maria Juliana Gomane Mutondo Cunat
Celular: 840263597/870265597
Matola

N/Ref.N.º: 2217/QU DPSM-DFP/2022

Matola, 11 de Novembro de 2022

Assunto: Pedido de autorização para realizar pesquisa no âmbito da conclusão do Curso de Mestrado em Higiene, Saúde e Segurança Ocupacional na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane.

Em 09/11/2022, foi recebido nesta Direcção o seu pedido para a realização de pesquisa como parte parcial do Curso de Mestrado em Higiene, Saúde e Segurança Ocupacional na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, com o tema: "Conhecimento, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os perigos e riscos ocupacionais existentes na sua actividade laboral de controlo da Tuberculose".

Apreciado o seu pedido e protocolo que os acompanham. Sobre o mesmo esta Direcção é de seguinte pronunciamiento:

- a) Autoriza a recolha de dados para subsidiar o seu estudo, no âmbito da conclusão do seu curso de Mestrado na Faculdade de Medicina da UEM, nos Centros de Saúde do Distrito da Matola, com activistas que trabalham no controlo da tuberculose;
- b) Após a obtenção da aprovação da Bioética e Administração, solicita-se que comunique a esta Direcção e ao Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola a data efectiva do início e do fim da pesquisa;
- c) Solicita-se que a estudante ou pesquisadora, no fim do trabalho, partilhe o relatório com esta Direcção e local de estudo, neste caso Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola; e

d) Para monitorar todo seu processo, são indicados dois funcionários desta Direcção, nomeadamente:

- João Niquice Bembele, contactável 825261131 ou 846166857, colocado no Departamento de Formação e Pesquisa desta Direcção; e
- Rafaela Chambela, Médica, colocada no Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social da Matola, contactável pelo celular nº 82 82 580 33 05 ou 84 012 04 15.

Cordiais saudações.


O Director Provincial
Daniel Arlindo (Assinatura)
(Médico da Clínica Geral Principal)

CC: SDSMAS da Matola - Drª Rafaela Chambela

13.2. Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação.

Parecer do supervisor

Universidade Eduardo Mondlane- **Faculdade de Medicina**

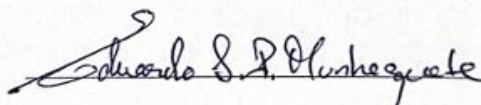
Departamento de **Saúde da Comunidade**

Curso de **Higiene, Segurança e Saúde Ocupacional**

Eduardo Munhequete, afecto ao departamento de ciências morfológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane com categoria de professor auxiliar, supervisor da estudante Ana Maria Juliana Gomane Mutondo Cunat, do curso de Higiene, Segurança e Saúde Ocupacional, tendo verificado que a dissertação *Conhecimento, atitudes e práticas sobre os perigos e riscos ocupacionais em Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no controlo da Tuberculose*, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, 14 de Março de 2025

Assinatura



Conhecimento, atitudes e práticas sobre os perigos e riscos ocupacionais em Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no controlo da Tuberculose

13.3. Carta de Aprovação do Comité de Bioética em Saúde.



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): Ana Maria Juliana Gomane Mutondo Cunat

Protocolo de investigação: Versão 1.0 de Setembro de 2023

Instrumentos de recolha de dados: Sem versão, sem data

Guião de entrevista: Sem versão, sem data

Do estudo:

TÍTULO: "Conhecimento, atitudes e prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os perigos e riscos ocupacionais existentes na sua actividade laboral de controlo da Tuberculose."

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia de 05 de Novembro de 2024 e que será incluída na acta 10/2024, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número CIBSFM&HCM/01/2023.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 14 de Abril de 2026. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: APROVADO

Assinado em Maputo aos 04 de Abril de 2025



13.4. CV

Ana Maria Juliana Gomane Mutondo Cunat

 87/84 026 5597 |  mutondoanamarca@gmail.com | Nacionalidade: Moçambicana

Perfil Profissional

Mestre em Saúde Pública com sólida experiência em docência e gestão de programas de Saúde Pública. Com mais de uma década de actuação no sector, desenvolveu competências em ensino, supervisão de estágios e trabalhos dos finais de cursos, gestão de equipas multidisciplinares e implementação de programas comunitários de prevenção e controlo de doenças. Dinâmica, dedicada e orientada a resultados, reúne forte capacidade de comunicação e motivação de estudantes, sendo candidata ideal para o exercício da docência no Ensino Superior na área da saúde.

Formação Académica

- Mestrado em Saúde Pública – Universidade Eduardo Mondlane (2019–2023).
- Licenciatura em Saúde Pública – Instituto Superior de Ciências de Saúde de Maputo (2010–2014).
- Gestão Financeira – Africa Management Development Institute (2009).
- Marketing – Universidade Eduardo Mondlane (2009).
- Ensino Pré-Universitário (12^a Classe) – Centro de Formação Profissional Dom Bosco (2008).

Experiência Profissional

- Monitoria e Avaliação, no Departamento de Promoção da Saúde – Direcção Nacional de Saúde Pública (2025–Presente).
- Chefe de Repartição de Normas e Procedimentos Hospitalares – Direcção Nacional de Assistência Médica (2023–2024).
- Chefe do Sector de Saúde Pública – Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola (2019–2022).

- Supervisora Distrital de DOT Comunitário e Pulverização Intra-Domiciliária – Matola (2018).
- Responsável pelos Sectores de Envolvimento Comunitário, Saúde Ambiental e Doenças Negligenciadas – Matola (2017–2018).
- Responsável de Vigilância Epidemiológica – Matola (2015–2016).
- Integração Profissional – Direcção Provincial de Saúde de Maputo (2014).

Experiência em Docência

- Universidade São Tomás de Moçambique (2023)- Planificação e Administração em Saúde.
- Instituto de Formação Politécnica e de Tecnologia (2018–2022) – Saúde da Comunidade e Comunicação em Saúde.
- Instituto Técnico Lugenda (2019–2020) – Saúde da Comunidade, Vigilância Epidemiológica e Comunicação e Saúde.
- Instituto Técnico de Moçambique (2022) – Saúde da Comunidade e Programa Alargado de Vacinação.

Estágios Relevantes

- Estágios integrados em unidades sanitárias, instituições governamentais e comunitárias – Maputo (2010–2013).
- Estágio de Marketing – Coca Cola Sabco (2009).

Competências e Habilidades

- Ensino e supervisão em cursos técnicos e de nível superior na área da saúde.
- Elaboração de planos de aula e metodologias activas de ensino.
- Gestão de Grandes Programas.
- Comunicação em Saúde.
- Capacidade de liderança, organização e trabalho sob pressão
- Várias formações/refrescamento de actualização sobre várias temáticas dentro do sector saúde.
- Ética profissional, responsabilidade e motivação para resultados.

Línguas

- Português – Excelente (fala, leitura e escrita).
- Inglês – Intermédio.
- Frances- Iniciante.
- Shangana/Marronga – Excelente.