



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Infecção em Cuidados de Saúde

“A ADESÃO DOS ENFERMEIROS NA ADOÇÃO DAS MEDIDAS DE PRECAUÇÃO PADRÃO QUANTO AO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL”

Ana Cristina Pereira Cirne Graís Ferreira

Lisboa, Outubro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Infecção em Cuidados de Saúde

“A ADESÃO DOS ENFERMEIROS NA ADOÇÃO DAS MEDIDAS DE PRECAUÇÃO PADRÃO QUANTO AO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL”

**Ana Cristina Pereira Cirne Graís Ferreira
Sob orientação do Professor Doutor José Amendoeira**

***Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Infecção em Cuidados de
Saúde***

Lisboa, Outubro de 2011

Resumo

Sendo o objecto deste estudo “A adesão dos enfermeiros na adopção das medidas de Precaução Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de protecção individual”, procurámos saber quais as razões da adesão ou não adesão subjacentes às práticas dos prestadores de cuidados, reveladoras numa primeira instância dos motivos da existência deste projecto.

Tratou-se de um estudo descritivo e transversal inserido numa abordagem quantitativa, situado no contexto hospitalar, onde os participantes foram enfermeiros prestadores de cuidados de todos os serviços, que se caracterizaram por ser maioritariamente mulheres, com uma média de idades de 35 anos, com a licenciatura como habilitação literária e a categoria profissional de enfermeiro graduado, com uma média de 15 anos de tempo de exercício profissional.

Foi utilizado o Questionário como técnica de colheita de dados, tendo sido elaborado e testado através de pré-teste, e posteriormente aplicado à população referida entre os meses de Junho e Setembro de 2010. Os dados foram submetidos ao programa informático Statistical Package for Social Science (versão 17.0) e a posterior tratamento estatístico e análise.

Como principais conclusões destacamos:

- A quase totalidade dos enfermeiros (98,9%) refere conhecer as Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual, mas pouco mais de metade (59,9%) viu contemplada na sua formação inicial formação em Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual, assim como os que participaram em formação nesta área no decorrer do percurso profissional (63,2%);
- Grande parte (87,4%) assume que considera que ter formação aumenta muito a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual;
- Um número elevado de enfermeiros apresenta mais de 5 anos de exercício profissional (275), e destes mais de metade (183) refere que a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual se alterou muito ao longo do seu exercício profissional mas sempre num sentido positivo;
- A maioria (82,5%) assume adoptar as Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual no seu quotidiano, mas não em presença de todos os doentes independentemente do seu diagnóstico (apenas 48,7%), e sim consoante o nível de cuidados a prestar (84,0%);
- Os enfermeiros consideram as luvas, o avental e a máscara os equipamentos mais utilizados, com os óculos a aparecerem só em 7º lugar de frequência de uso;

- As principais razões da adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual, são *para protecção individual* (87,9%), *evitar a transmissão cruzada* (84,9%) e *transmitir segurança na realização das actividades* (51,4%);

- As principais razões da não adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual, foram *a não disponibilidade dos equipamentos de protecção individual* (47,4%), *o esquecimento* (35%), *considerar que não há necessidade* (29,5%), *não ser prático* (24,2%) e *a colocação dos equipamentos de protecção individual consumir muito tempo* (19,3%).

Palavras-chave: Adesão, Precauções Padrão, Equipamentos de protecção individual.

Abstract

Being the subject of this study "The adherence of nurses in adopting the standard precautions measures regarding the use of Personal protection equipment," which sought to know the reasons for adherence or no adherence to the underlying practices of care providers, revealing in the first instance the reasons for the existence of this project.

This was a cross-sectional and descriptive study inserted in a quantitative approach, located in the hospital context, where participants were nurses care providers from all services, which are characterized for being mainly women, with an average age of 35 years, with a university degree and the professional category of graduate nurse and an average of 15 years of professional time.

The questionnaire was used as the technique for collecting data, having been developed and tested through pre-test, and later applied to the population referred to between June and September 2010. Data were submitted to Statistical Package for Social Science (version 17.0) software and subsequent statistical treatment and analysis.

The main findings highlighted that:

- Almost all nurses (98.9%) reported knowing the standard precautions, this regarding the use of personal protection equipment, but just over half (59.9%) saw it covered in its initial training in the use of standard precautions on the use of personal protection equipment, as well as those who participated in training in this area during the career (63.2%);
- The majority (87.4%) considered to have assumed that training increases the adherence to standard precautions and the use of personal protection equipment;
- A high number of nurses has more than 5 years of professional practice (275), and more than half of these (183) reported that adherence to the standard precautions and the use of personal protection equipment has altered greatly over their professional practice but always in a positive sense;
- Most (82.5%) assumes to adopt the standard precautions and the use of personal protection equipment in their daily life, but not in the presence of all the patients regardless of their diagnosis (only 48.7%), but according to the level of care provided (84.0%);
- The nurses see the gloves, apron and mask equipment more widely used, with the glasses to appear only in 7th place of frequency of use;

- The main reasons for joining the standard precautions and the use of personal protection equipment were for personal protection (87.9%), to prevent cross transmission (84.9%) and providing security in carrying out activities (51.4%);

- The main reasons for non-adherence to standard precautions and the use of personal protection equipment were the unavailability of personal protection equipment (47.4%), forgetfulness (35%) consider that there is no need (29.5%), not practical (24.2%) and the placement of the personal protection equipment is a time-consuming (19.3%).

Keywords: Adhesion, standard precautions, personal protection equipment

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

Agradecimentos

Ao Sr. Professor Doutor José Amendoeira pela sua orientação, encorajamento, postura crítica, saberes e apoio, a minha profunda gratidão.

À Sra. Professora Mestre Hélia Dias, pela sua prestimosa colaboração, disponibilidade e ensinamentos, a minha grande estima.

À Professora Fátima, que prontamente aceitou a ler este trabalho para o corrigir e aprimorar, mas sobretudo por ser minha amiga, a minha eterna amizade.

À Sra. Enfermeira Directora pela sua colaboração, tendo proporcionado a concretização deste estudo, os meus sinceros agradecimentos.

Aos Srs. Enfermeiros Chefes e Responsáveis dos vários Serviços que colaboraram na distribuição e na recolha dos questionários, assim como no incentivo ao seu preenchimento, o meu muito obrigada.

Aos enfermeiros que amavelmente se disponibilizaram a colaborar neste estudo e sem os quais não teria sido possível realizá-lo, o meu reconhecimento.

À minha filha, pela sua colaboração, assim como por ter ficado privada da minha atenção e disponibilidade, o meu grande amor.

Ao meu marido pela motivação, apoio e carinho com que soube partilhar este meu projecto pessoal e por tão bem ter gerido a minha ausência nos últimos meses, o meu infindável obrigada.

Aos meus familiares pelo entusiasmo e paciência com que me presentearam, durante o tempo de desenvolvimento desta tese, o meu agradecimento.

Aos vários colegas de trabalho e amigos que de alguma forma me ajudaram ao longo deste percurso, que com este trabalho termina mais uma etapa, a minha amizade.

A todos, o meu bem-haja!

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|-----------|
| Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos | 12 |
| 0- INTRODUÇÃO | 14 |
| 1- CONTROLO DE INFECÇÃO | 17 |
| 1.1- Histórico do controlo de infecção | 17 |
| 1.2- <u>Infecção Associada aos Cuidados de Saúde</u> | 20 |
| 2- PRECAUÇÕES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS | 23 |
| 2.1- <u>Histórico das Precauções</u> | 23 |
| 2.2- <u>Precauções Padrão</u> | 25 |
| 2.3- <u>Adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual</u> | 28 |
| 3- EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL | 31 |
| 3.1- <u>Os vários equipamentos de protecção individual</u> | 33 |
| 4- ENFERMEIRO E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS | 36 |
| 5- QUALIDADE DOS CUIDADOS | 40 |
| 5.1- <u>Segurança do doente</u> | 41 |
| 5.2- <u>Cuidados seguros</u> | 43 |
| 6- PERCURSO METODOLÓGICO | 45 |
| 6.1- Tipo de estudo | 45 |
| 6.1.1- Variáveis do estudo | 45 |
| 6.2- População | 45 |
| 6.2.1- Caracterização da População | 46 |
| 6.3- Instrumento de Colheita de dados | 46 |
| 6.3.1- Construção do Questionário | 46 |
| 6.3.2- Pré-Teste | 47 |
| 6.4- <u>Questões éticas</u> | 47 |
| 6.5- <u>Colheita de dados</u> | 48 |
| 6.6- <u>Processamento dos dados</u> | 48 |
| 6.7- <u>Limitações do estudo</u> | 48 |

| | Pág. |
|--|-----------|
| 7- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 50 |
| 7.1- <u>Conhecimento e formação sobre as Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de protecção individual</u> | 50 |
| 7.2- <u>Adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de protecção individual</u> | 52 |
| 8- ANÁLISE DOS RESULTADOS | 57 |
| 8.1- <u>Conhecimento e formação</u> | 58 |
| 8.2- <u>Adesão</u> | 60 |
| 9- CONCLUSÃO | 67 |
| 10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 71 |
| ANEXOS | 76 |
| Anexo I – Solicitação de autorização | 77 |
| Anexo II – Termo de Consentimento informado | 78 |
| Anexo III – Questionário / Pré -Teste | 79 |
| Anexo IV – Questionário | 80 |

| INDICE de Tabelas | Pág. |
|--|-------------|
| Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos face à Formação em Precaução Padrão quanto ao uso de equipamento de protecção individual | 50 |
| Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos relativamente ao costume de fazer pesquisa sobre esta temática e em que medida ter formação aumenta a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual | 51 |
| Tabela 3- Distribuição dos inquiridos com mais de 5 anos de exercício profissional sobre se consideram que a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual se alterou ao longo do seu exercício profissional | 51 |
| Tabela 4- Distribuição dos inquiridos que responderam que a adesão se alterou ao longo do exercício profissional, relativamente à forma como ocorreu | 51 |
| Tabela 5 – Relação entre a forma como a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual se alterou ao longo do exercício profissional | 52 |
| Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos face aos indicadores relativos à adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual | 53 |

INDICE de Quadros

| | |
|--|-----------|
| Quadro 1 – Medidas que integram as Precauções Padrão | 26 |
| Quadro 2 - As principais razões da adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de protecção individual | 54 |
| Quadro 3 - As principais razões da não adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de protecção individual | 55 |
| Quadro 4 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à frequência de uso dos Equipamentos de protecção individual | 56 |

Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

AHA – American Hospitals Association

APIC - Association for Practitioners in Infection Control

Art. - Artigo

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CE – Comunidade Europeia

DGS – Direcção Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

DR – Diário da República

EPI – Equipamento de Protecção Individual

HBV – Vírus da Hepatite B

HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

HIV – Vírus da Imunodeficiência humana

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PP – Precauções Padrão

PU – Precauções Universais

SENIC – Study on Efficacy of Nosocomial Infection Control

SPSS - Statistical Package for Social Science

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

EU – União Europeia

VE – Vigilância Epidemiológica

WHO – World Health Organization

0-INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o percurso profissional da investigadora desenvolveu-se como Enfermeira de Controlo de Infecção num hospital distrital e por inerência de funções estabeleceu relações com todos os serviços, o que lhe proporcionou um maior conhecimento dos riscos a que os profissionais de saúde estão sujeitos e suas consequências, assim como a observação dos comportamentos geradores de risco de transmissão cruzada mais adoptados.

Estas constatações, tanto através das observações diárias, das conversas informais com os restantes pares, assim como com o crescente conhecimento neste campo específico, contribuíram em grande parte para o nascimento deste projecto.

Assim, e segundo Fortin (1999), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve ter como base a identificação de um problema que seja pertinente para o investigador e que, ao mesmo tempo, seja importante para a disciplina que se pretende estudar.

A vida, como bem maior da humanidade, desperta em todos os seres vivos a necessidade de empreender esforços para a proteger e preservar. Ao longo dos tempos, e através do desenvolvimento das profissões ligadas ao cuidar, tem-se agregado saberes das diversas áreas do conhecimento que, se por um lado permitem uma intervenção cada vez mais eficaz, por outro as alternativas de diagnóstico e terapêutica evidenciam riscos cada vez maiores para a ocorrência de infecções relacionadas à prestação dos cuidados. Assim se entende que as medidas de prevenção e controle de doenças de importância epidemiológica fossem crescendo, a par do desenvolvimento das ciências da saúde (Melo, 2005).

Estas medidas começaram com a abordagem epidemiológica realizada por Ignaz Semmelweiss (1847), quando comparou a mortalidade das puérperas evidenciando a importância da lavagem das mãos como medida profilática de infecções cruzadas, tornando-se um dos pioneiros do controlo de infecção. Devemos também referir a importância do contributo de Joseph Lister com os seus estudos sobre assepsia e antissepsia, assim como destacar o papel de Florence Nightingale, que estabeleceu uma associação entre o ambiente e o controlo da infecção. Como refere Melo (2005) citando outros autores, *“ela fez uma abordagem epidemiológica das doenças infecciosas e das infecções hospitalares numa era pré-bacteriológica cujos fundamentos se repercutem até hoje”*.

Segundo o PNCI, a prestação de cuidados de saúde, desenvolvida em qualquer instituição, pode dar origem à transmissão de infecções, que se designam hoje por Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Constatamos actualmente que ao tentar prolongar a vida dos doentes, estes tornam-se mais vulneráveis às múltiplas infecções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados. Como factores consequentes da primeira, podemos enunciar o recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos consecutivos (DGS, 2007).

Partindo deste pressuposto, é obrigatório pensarmos no que constituiu a base da prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, relativamente à actuação dos profissionais que prestam cuidados aos doentes, quaisquer que estes sejam. O papel do enfermeiro é de grande importância, pois como responsável por essa prestação tem o dever de estar vigilante às possibilidades de transmissão dos microrganismos, quer seja através dos profissionais, dos doentes ou das visitas.

Assim, a necessidade de prevenção visando a diminuição da transmissão de microrganismos é um facto assumido por todos, tanto na literatura como na nossa prática. Para que as estratégias de prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde tenham êxito, é necessário que todos os profissionais reconheçam a sua responsabilidade e conheçam os verdadeiros riscos e os meios mais eficazes e económicos para os minimizar, sempre com o objectivo de evitar que os microrganismos patogénicos tenham acesso às portas de entrada de um hospedeiro susceptível, provocando assim situações oportunistas graves (Cirelli et al., 2007).

Com base nestes pressupostos, pensamos que as medidas primárias de prevenção e controlo de infecção, denominadas de Precaução Padrão, a aplicar na prestação de cuidados a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso, são um campo importante de estudo no que diz respeito ao seu conhecimento, adesão e adopção de comportamentos compatíveis com as mesmas, pelos profissionais que directamente prestam cuidados aos doentes.

Assim, o domínio do nosso estudo são as Precauções Padrão, consideradas um comportamento seguro e necessário para minimizar a exposição ocupacional a sangue e outros fluidos orgânicos, assim como para reduzir o risco de transmissão cruzada entre doentes e profissionais (Pereira et al., 1999).

A não adesão, de forma satisfatória, às Precauções Padrão é um problema identificado na nossa prática diária, sobejamente notificada e partilhada pela literatura consultada, onde se refere a pertinência de investigar o assunto, tanto por serem grandes as evidências quanto aos benefícios da sua adopção, como pela sua importância no comprometimento da qualidade dos cuidados prestados e ainda na elevada possibilidade de provocar danos irreversíveis aos doentes e profissionais, entre outras.

É necessário percebermos quais as razões que têm dificultado a aproximação das recomendações à prática, de forma a promover uma cultura de segurança que comprometa todos os intervenientes. Para justificar a grandeza da situação no panorama actual, vários investigadores (Brevidelli, 2003; Moura, 2004; Melo, 2005; Molinari, 2006; Lima, 2008) têm desenvolvido trabalhos no sentido de procurar respostas que possam ajudar a minimizar este problema e a desenvolver estratégias eficazes que sejam facilmente implementáveis nas organizações.

Pensamos que estudos sobre o tema fornecem subsídios para actuações futuras, visando interromper a cadeia epidemiológica da transmissão de microrganismos dentro das instituições de saúde e são de grande interesse académico, institucional e de relevância social.

Sendo a questão de investigação um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 1999), definimos a nossa questão de investigação como:

“Qual a adesão dos Enfermeiros na adopção das medidas de Precaução Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual?”

Devido à crescente preocupação e importância com a Prevenção e Controlo das Infecções, tem este estudo como objectivo geral, “Analisar a adesão dos Enfermeiros às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual”.

Como objectivos específicos, definimos “Avaliar a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual”, “Identificar as razões da adesão e não adesão dos Enfermeiros às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual” e “Identificar os Equipamentos de Protecção Individual usados com mais frequência”.

Várias vertentes podem ser mobilizadas para uma análise desta problemática, nomeadamente a vertente institucional, organizacional, profissional, individual e relacional, até a factores como a susceptibilidade, vulnerabilidade e severidade das infecções, que afectam tanto o profissional como o doente. Pensamos que, e à semelhança de outras áreas de actuação, é ao nível profissional / individual dos enfermeiros prestadores de cuidados que a tomada de decisão e, por conseguinte, a força da implementação sistemática das Precauções Padrão é possível. Como tal, este estudo privilegia esta abordagem, quando tenta compreender a adesão às medidas de Precaução Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual através da opinião destes enfermeiros, permitindo-nos aprofundar o tema nesta variável que é a subjectividade do indivíduo como profissional, deixando-o em aberto para outras intervenções e diferentes abordagens.

Para tal, desenvolvemos um estudo do tipo quantitativo, descritivo e transversal, onde a população é os enfermeiros prestadores de cuidados de um hospital da zona centro do país, cujos dados foram obtidos através de um questionário e tratados através de estatística descritiva, com recurso ao programa informático SPSS (versão 17.0), assim como analisados e discutidos.

Numa primeira etapa, apresentamos um referencial teórico, onde se abordam os temas que considerámos pertinentes neste contexto, seguindo-se o percurso metodológico, onde descrevemos o tipo de estudo e o caminho percorrido até à apresentação e discussão dos dados obtidos, terminando com algumas conclusões e perspectivas futuras. Esperamos com este estudo contribuir para mais um degrau do conhecimento desta temática e que seja objecto de partilha entre os profissionais que se interessam por ela.

1- CONTROLO DE INFECCÃO

Várias classes de patogéneos podem causar infecção, incluindo bactérias, vírus, fungos, parasitas e príons. A transmissão de microrganismos, que resulta em colonização ou em infecção, requer três elementos essenciais, uma fonte ou reservatório, um hospedeiro susceptível com uma porta de entrada e um modo de transmissão.

No ambiente hospitalar, as fontes tanto podem ser humanas, e estas são essencialmente os doentes, as visitas e os profissionais de saúde, como também o ambiente inanimado que foi contaminado e ainda a própria flora endógena dos doentes. A infecção em hospedeiros susceptíveis, por sua vez, é o resultado de uma interligação entre este e o agente infeccioso. Vários factores, relacionados com o hospedeiro (idade, patologias de base, medicação, anestesia, presença de cateteres), com o microrganismo (patogenicidade, virulência), com a dose infecciosa, com os mecanismos de produção de doença e com a via de exposição, influenciam tanto a ocorrência, como a gravidade da infecção e o próprio desfecho da situação. Os modos de transmissão dos agentes infecciosos variam de acordo com o tipo de organismo, podendo ser transmitidos por mais do que uma via (contacto, gotículas, aérea) e nem todos são transmitidos de pessoa para pessoa. A interrupção desta transmissão de microrganismos de doentes colonizados / infectados para outros susceptíveis, assim como para os profissionais de saúde, é um dos factores relevantes no controlo da infecção associada aos cuidados de saúde e tem sido o principal foco de estudo dos que lidam com esta problemática e com a segurança dos profissionais da área da saúde ao longo dos tempos (Couto et al., 2009).

1.1- Histórico do controlo de infecção

A infecção hospitalar é tão antiga quanto a origem dos hospitais. As primeiras referências destes remontam ao ano 325 d.C. e eram estrategicamente construídos ao lado das catedrais, pelo alto índice de mortalidade da época. Durante muito tempo, todo o tipo de doentes convivia num mesmo ambiente sem qualquer separação ou isolamento. As situações infecciosas disseminavam-se com rapidez entre os internados e, frequentemente, estes entravam com uma patologia, acabando por falecer com outra, especialmente febre tifóide ou cólera. As condições sanitárias eram precárias e até as próprias camas eram partilhadas por mais de dois doentes.

Em Inglaterra, no início do século XIX, é determinado o isolamento de doentes com algumas doenças, como a varicela. A eficácia deste procedimento passa a ser frequentemente referida. Ignaz Semmelweiss, em 1847, corrobora de maneira inequívoca a transmissão de doença intra-hospitalar, quando detecta que a incidência de infecção puerperal era maior nas parturientes assistidas por médicos, do que as que eram assistidas por parteiras, no hospital onde trabalhava. Demonstrou que a única diferença entre os dois grupos era a realização, pelos médicos, de autópsias a puérperas mortas por infecção. Assim, introduziu a prática da lavagem das mãos com solução clorada a este grupo profissional, conseguindo uma

diminuição da incidência de infecção e uma equiparação entre os dois grupos (Couto et al., 2009).

Já em 1860, James Simpson comparou a mortalidade após amputação de membros, realizada no campo e na cidade, e observou que os óbitos na cidade eram 5 vezes maiores do que os ocorridos no meio rural. Atribuiu a causa à inoculação acidental de secreções de outros doentes do hospital, formulando uma teoria de disseminação por contacto, valorizando a poluição do ar hospitalar. Com Florence Nightingale, em 1863, uma série de cuidados e estratégias relacionadas tanto com os doentes como com o ambiente foram descritas para diminuir o risco de infecção hospitalar. Já no ano seguinte (1864), a disseminação de infecções do tipo hospitalar e as diferenças entre hospital com e sem isolamento são comprovadas, sendo a relação entre doente admitido e infecção hospitalar de 24 para 1000, no primeiro caso, e de 293 para 1000, no segundo. Joseph Lister, em 1867, publica “The antiseptic principle in the practice of surgery”, obra que contribuiu de forma relevante para as práticas de antisepsia, mas foi só no início do século XX que os princípios de que tudo o que toca no campo cirúrgico deve ser estéril passa a ser difundido entre todos, o que consequentemente promove o uso de luvas, bata, barrete, máscara e equipamento estéril (Couto et al., 2009).

Na década de 1940, com a introdução dos antimicrobianos, a problemática da infecção hospitalar parecia que iria ser relegada para segundo plano, mas rapidamente apareceram microrganismos, nomeadamente *estafilococos*, resistentes aos antimicrobianos existentes. Nos Estados Unidos, em 1958, e após uma pandemia de *estafilococos* resistentes, foram realizadas duas conferências onde se discutiram questões relacionadas à infecção hospitalar, nomeadamente, as bases de transmissão de doenças infecciosas e as estratégias da sua prevenção, centradas essencialmente na lavagem das mãos. Já em 1963 foram discutidos métodos de vigilância epidemiológica e recomendada a instalação de sistemas de vigilância em cada hospital. Para tal, em 1968 a American Hospitals Association (AHA) publicou um manual com a finalidade de dar suporte teórico aos profissionais interessados no controlo da infecção hospitalar e o CDC estabeleceu como norma a relação de uma enfermeira em tempo integral para 250 leitos (Couto et al., 2009).

A década de 1970 iniciou-se com a Primeira Conferência Internacional sobre a infecção hospitalar, e em 1972 foi criada a APIC, a Association for Practitioners in Infection Control. Graças ao empenho do CDC e da AHA, a vigilância epidemiológica encontrava-se já implantada na maioria dos hospitais americanos e várias práticas já se tinham modificado. Nesta altura, os custos com a prevenção tornaram-se significativos, pelo que houve necessidade de realizar um estudo que validasse os serviços de prevenção e a eficácia do conjunto de medidas preventivas, o que aconteceu com o estudo SENIC entre 1974 e 1983, desenvolvido pelo CDC, sendo considerado um dos primeiros estudos multicêntricos da história da medicina e caracterizado pelo rigor no uso do método epidemiológico. Foi na Terceira Conferência Internacional sobre a infecção hospitalar, em 1990, onde foram debatidas questões técnicas sobre as bactérias multirresistentes, os cuidados aos doentes e métodos invasivos, que delinearam o novo papel do profissional de controlo de infecção, e de todo o

sistema de vigilância e prevenção da infecção, passando esta a ser vista como importante índice de qualidade dos cuidados de saúde (Couto et al., 2009).

Na década de 2000, e apesar dos avanços na prevenção e controlo da infecção hospitalar, observa-se um aumento da sua ocorrência. Vários factores parecem explicar este fenómeno mundial, como sejam, o desenvolvimento económico e tecnológico, o aumento da esperança média de vida, o elevado número de doentes internados com maior risco de adquirirem uma infecção, o maior uso de procedimentos diagnóstico e terapêuticos invasivos e, ainda, o uso indiscriminado de antibióticos, provocando alterações na epidemiologia hospitalar que favorece a emergência de cepas multirresistentes. Perante este cenário, hoje, as CCI investem e intensificam a VE, monitorizando estes microrganismos, promovendo uma rápida adopção das medidas de prevenção e controlo (Martins, 2001).

Carlos Gentile de Mello, citado por Couto et al. (2009) afirmou *“que o ideal seria que as pessoas não adoecessem; adoecendo, que fossem tratadas sem necessidade de hospitalização; hospitalizadas, que tivessem alta o mais rápido possível, pois, como reconhecem os especialistas, o hospital é um local insalubre por vocação”*.

Em Portugal, a infecção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direcção Geral da Saúde e depois em 1979, pela Direcção-Geral dos Hospitais. O controlo da infecção foi recomendado por esta a todas as unidades de saúde, pela Circular Informativa N.º 8/86 de 25/3/86, ao ter dado a conhecer a Recomendação n.º R (84) 20 de 25 de Outubro do Conselho da Europa, que abordava esta temática. Em 1993, a Circular Normativa N.º 4/93 de 10/2/93, da Direcção-Geral dos Hospitais, difundiu a necessidade da institucionalização das CCI, mas foi só através do Despacho do Director-Geral da Saúde, de 23/10/96, que foram desenvolvidas várias iniciativas para minimizar o risco e controlar a infecção, através da criação efectiva de Comissões de Controlo de Infecção nas unidades de saúde públicas ou privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Posteriormente, por Despacho do Director-Geral da Saúde de 14 de Maio de 1999, foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infecção (PNCI) com o objectivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infecção através da identificação e modificação das práticas de risco. Este Programa, que substituiu o Projecto de Controlo de Infecção (1988-1998), foi de seguida transferido para o Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA) (DGS, 2007).

O PNCI insere-se no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 e resulta do relatório da Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, criada por despacho do Alto-Comissário da Saúde, de 30 de Setembro de 2005. A 10 de Outubro de 2006, através do Despacho n.º 256/2006, o PNCI foi transferido para a Direcção-Geral da Saúde (DGS), tendo ficado integrado na Divisão da Segurança Clínica, da Direcção da Qualidade Clínica, e centra-se na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde. Com o intuito de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde reformulou o PNCI,

passando a denominar-se de Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, que através de uma sistematização de registos, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infecção nas unidades de saúde, tem como objectivo conhecer a realidade nacional e promover a longo prazo a diminuição da incidência da IACS (DGS, 2007).

1.2- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

As infecções hospitalares, tal como outras, apresentam uma cadeia epidemiológica que inclui as etapas envolvidas na transmissão de um agente infeccioso desde o reservatório até ao hospedeiro susceptível. É composta por vários elos, todos com um papel importante, visto que basta um deles falhar para que não aconteça infecção (Lima, 2008).

Durante a hospitalização, o doente encontra-se exposto a uma grande variedade de microrganismos; no entanto, o contacto entre eles não resulta obrigatoriamente no desenvolvimento de infecção. Existem vários factores que influenciam a natureza e a frequência das infecções, assim como elevam a probabilidade da exposição levar à infecção, como sejam as características do microrganismo, a sua resistência aos agentes antimicrobianos, a sua virulência e a quantidade de material infeccioso presente (PNCI, 2002).

Segundo Couto et al. (2009), a relação encontrada entre os microrganismos do ambiente hospitalar e as infecções hospitalares baseia-se na interacção entre o doente, o espaço físico, os equipamentos e os artigos envolvidos na prestação de cuidados e na presença inevitável de microrganismos, tanto no próprio doente como em tudo o que o rodeia.

Podem ser causadas por microrganismos adquiridos a partir de outra pessoa no hospital, denominando-se então de infecção cruzada, pela própria flora do doente, sendo considerada uma infecção endógena, ou através de objectos inanimados ou substâncias recentemente contaminadas por outra fonte humana, designada por infecção ambiental. As instituições de saúde constituem ambientes onde os doentes com infecções, ou portadores de microrganismos patogénicos que são internados no hospital, ou ainda os que aqui se infectam, representam fontes potenciais de infecção para os outros doentes e para os profissionais. Importante referir, que as situações que originam grande concentração de doentes no hospital, transferências frequentes de um serviço para o outro e a concentração, numa dada área, de doentes altamente susceptíveis à infecção contribuem grandemente para o desenvolvimento de infecções nosocomiais (PNCI, 2002).

Assim, segundo o mesmo autor, numa abordagem prática as infecções nosocomiais, também chamadas de hospitalares, são infecções adquiridas pelos doentes durante o internamento num hospital ou permanência noutra instituição de saúde, as quais não se encontravam presentes, ou em incubação, à data da admissão, ocorrendo 48 horas depois desta. Estão ainda incluídas as infecções detectadas após a alta, assim como as adquiridas tanto pelos profissionais, pelas visitas, como por todos os que utilizam as instituições de saúde.

Mais recentemente, introduziu-se o conceito de IACS, Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, com o intuito de traduzir um significado mais amplo no que diz respeito ao contexto da

sua definição, uma vez que esta se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados e não somente às instituições hospitalares.

Segundo a DGS (2007), a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida tanto pelos doentes, como pelos profissionais, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados.

A IACS assume cada vez maior importância em Portugal e no Mundo, pois elevando-se a esperança de vida à custa de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e havendo um maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, o risco de infecção também aumenta. Estudos internacionais demonstram que cerca de um terço das infecções adquiridas durante a prestação de cuidados são certamente evitáveis (PNCI, 2007).

O impacto da IACS verifica-se a vários níveis; nomeadamente, agravam a incapacidade funcional, o sofrimento, o stress emocional do doente, a qualidade de vida, sendo mesmo uma das principais causas de morte, onde os custos económicos são consideráveis (Lima, 2008).

A IACS existe em todo o mundo e, de acordo com a OMS, as taxas de infecção diferem de país para país, assim como de instituição para instituição, de acordo com inúmeros factores, desde as políticas instituídas nas unidades de saúde, o tipo de serviço estudado e as características dos doentes. Estão entre as mais importantes causas de morte e morbilidade em doentes hospitalizados e constituem um peso expressivo tanto para os doentes, como para a saúde pública. Um inquérito de prevalência desenvolvido pela OMS mostrou que uma média de 8,7% dos doentes hospitalizados adquire uma infecção hospitalar. A mesma fonte refere que mais de 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de IACS (PNCI, 2002).

A OMS reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado dos doentes, sendo também considerada causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos. A mesma organização menciona que a prevalência destas infecções é mais elevada nas Unidades de Cuidados Intensivos, em serviços de cirurgia e ortopedia, sendo os doentes com maior susceptibilidade os que apresentam idade avançada, co-morbilidades, ou em tratamento com quimioterapia. Um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, podendo este valor duplicar nos países menos desenvolvidos. Actualmente, são uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, visto que a sua prevalência varia entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa (DGS, 2007).

Relativamente a Portugal, e segundo o Relatório da DQS (2009), o estudo realizado através do Inquérito de Prevalência de 2009 foi delineado para determinar a prevalência de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e de infecções adquiridas na comunidade (IC). Para além disso, pretende também avaliar as suas distribuições por topografia, por microrganismos e respectivas susceptibilidades aos antimicrobianos. Foi realizado em 114 hospitais, o que corresponde a 80 % dos hospitais públicos e a 34% dos hospitais privados, onde se obteve uma prevalência de infecção nosocomial de 11,03%. Acredita-se que uma actuação nacional planeada e bem estruturada, mobilizando profissionais especializados e motivados para esta

problemática, conseguiria evitar pelo menos um terço destas infecções, como se confirma com estudos internacionais (DGS, 2007).

O mesmo autor admite que a IACS é um problema nacional, afectando não só a qualidade da prestação dos cuidados, mas também a qualidade de vida e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando os custos directos e indirectos do sistema de saúde.

2- PRECAUÇÕES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A precaução refere-se à gestão de informação sobre a potencialidade de risco, assim como a prevenção é relativa à gestão do risco.

Segundo a OE (2006), “o dever de precaução distingue-se porque responde ao hipotético, ao imponderável num contexto de (maior ou menor) incerteza. Do ponto de vista geral, apela a acautelar um risco antes de, ou seja, quando a periculosidade é incerta, potencial”. A precaução leva à acção, tornando a incerteza o fundamento da protecção devida a todas as pessoas.

2.1- Histórico das Precauções

Foi a partir de 1877, com os estudos de Ignaz Semmelweiss, que houve uma evolução das recomendações. No séc. XVII, na Europa, com a disseminação da peste negra e sem os conhecimentos actuais, empiricamente foram recomendadas vestimentas protectoras. O médico do rei Luís XIV idealizou uma vestimenta de couro, luvas e uma longa haste de madeira com o intuito de evitar o contacto próximo com os doentes, mesmo ainda não sendo conhecida a forma de transmissão das doenças infecto-contagiosas. Contudo, foi só a partir de meados do séc. XIX, com os trabalhos de Semmelweiss, Pasteur, Lister, Koch e o importante contributo de Florence Nightingale, que a transmissão das infecções mereceu importância no contexto hospitalar e foram publicadas as primeiras recomendações.

Só por volta de 1900 os profissionais começaram a separar, efectivamente, os doentes com doença similar, com a introdução do sistema de pequenos ambientes denominados cubículos, e a praticar procedimentos de assepsia, tais como o uso de vestuário protector para cada doente, lavagem das mãos com soluções antissépticas depois do contacto com os doentes e desinfecção de objectos contaminados, começando assim a controlar a infecção hospitalar. Estes procedimentos foram conhecidos por «tratamento de barreira».

Em 1970, o CDC publicou um detalhado manual, “Isolation Techniques for use in Hospital”, de técnicas de isolamento a ser usado nos hospitais, que foi entretanto revisto em 1975. O manual recomendava usar uma das sete categorias de “precauções de isolamento”: estrito, respiratório, protector, precauções entéricas, precauções com ferida e pele, precauções com secreções e precauções com sangue. Agrupando as doenças de acordo com o seu modo de transmissão, normalizava as medidas a serem tomadas por todos. Ainda em meados dos anos 70, já 93% dos hospitais americanos empregavam as medidas recomendadas (Armond; Oliveira, 2005).

Em 1983, o CDC publica um novo Guia para Precauções de Isolamento em Hospitais, anunciando grandes alterações. Sugeriu um de dois sistemas; um, baseado em categorias por doenças específicas, e outro relacionado com as doenças e materiais orgânicos responsáveis pela sua transmissão. A nova filosofia apresentada “isolava” a doença e não o paciente. Nesta publicação já era referida a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), com orientações que denominou de *Precauções contra Sangue e Fluidos Corporais*.

O mesmo organismo publica, em 1985, novas recomendações, as *Precauções Universais* (PU), cujo termo “universais” se referia à necessidade de se estabelecer medidas de prevenção no cuidado a todo e qualquer doente, independentemente da suspeita ou do diagnóstico de infecção, contrariamente às usadas somente quando em presença de fluidos orgânicos de pacientes, com infecção conhecida por um patógeno de transmissão sanguínea. Englobavam, para além de outras, o uso rotineiro de barreiras de protecção (EPI), quando pudesse ser previsto o contacto com materiais biológicos. Em 1991, foram também publicadas semelhantes recomendações pela OMS. Alguns trabalhos publicados demonstraram que a frequência de exposição a sangue foi reduzida em mais de 50% quando se desencadearam esforços para o cumprimento das normas de Precaução Universal (Silva, 2008).

Mesmo assim, estas medidas foram de início controversas, mas ao longo dos tempos percebeu-se que eram realmente eficazes na prevenção da infecção cruzada e na protecção dos profissionais, pelo que se fomentou a sua implementação (Lima, 2008).

O mesmo autor, citando João (2006), refere que o Occupational Safety & Health Administration (OSHA), com o intuito de proteger os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, emanou igualmente um conjunto de acções dirigidas aos empregadores, no sentido de proporcionar um ambiente de trabalho seguro. Também o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), com o objectivo de elucidar os profissionais de enfermagem, emitiu normas que resumiam a forma como os enfermeiros se deviam proteger.

Apesar das consecutivas recomendações tentarem adequar as necessidades de prevenção e controlo de infecção, os estudos demonstravam que ainda precisavam de alterações. Assim, em 1996, o CDC publica uma actualização das práticas de controlo de infecção hospitalar, procurando sintetizar os diversos modelos existentes. Englobava, agora, a categoria de Isolamento de Substâncias Corporais e as Precauções Universais passaram a denominar-se Precauções Básicas ou Precauções Padrão, que deveriam ser aplicadas no atendimento a todos os doentes hospitalizados, independentemente do seu estado presumível de infecção. Este novo conceito está associado a todos os fluidos orgânicos de todos os pacientes, contrariamente às PU, que eram dirigidas somente aos fluidos corporais que pudessem transmitir o HIV e outros microrganismos patogénicos de transmissão sanguínea. Passa-se a adoptar precauções, não para determinados doentes, mas em determinados procedimentos, considerando-se assim a existência de procedimentos de risco e não doentes de risco (Silva, 2008).

Segundo o mesmo autor, citando Ferreira et al. (2000) as Precauções Padrão enfocam a protecção da tarefa a realizar, como factor prioritário na prevenção da exposição à infecção.

O surgimento de novas doenças e patógenos de grande importância epidemiológica fizeram com que o HICPAC e o CDC conduzissem à revisão das precauções existentes, já no séc. XXI. A Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2004, foi construída tendo por base todos os documentos promulgados

desde 1970 e, essencialmente, as precauções emanadas em 1996, tendo estado em consulta pública durante um determinado período de tempo.

Mais recentemente, em 2007, o CDC apresenta um documento integral da nova Guideline, com o objectivo de providenciar recomendações para o controlo de infecção dirigidas a todos os constituintes do sistema de saúde (não só para os hospitais), reafirmando que as Precauções Padrão são a base da prevenção da transmissão da infecção durante os cuidados numa instituição de saúde, e que a importância da implementação das Precauções baseadas na transmissão baseia-se na situação clínica ou síndrome e no possível patogéneo, antes mesmo que a etiologia da infecção seja determinada.

O objectivo principal de um sistema de precauções e isolamentos é a prevenção da transmissão de microrganismos de um portador sã ou doente para outro, de forma directa ou indirecta, através de medidas aplicáveis a todos os intervenientes, tanto aos doentes como aos profissionais que também servem de veículo de transmissão destes microrganismos (Fernandes, 2000 citado por Molinari, 2006).

2.2- Precauções Padrão

Os enfermeiros são a categoria profissional que mais se encontra sujeita à exposição de material biológico, tanto por ter maior contacto directo na prestação de cuidados, bem como pelo tipo e frequência de procedimentos realizados. A actividade de enfermagem implica uma proximidade constante com os doentes e, frequentemente, um contacto mais estreito com os seus fluidos corporais portadores de potenciais microrganismos patogénicos. Se a exposição é uma premissa constante, tanto para profissionais como para doentes, é então necessária a implementação de medidas que minimizem esta condição. Assim, as designadas Precauções Padrão são uma estratégia importante, que englobam um conjunto de acções planeadas, objectivando a protecção dos vários intervenientes (Lima, 2008).

Receberam a denominação Padrão, porque são um conjunto de medidas que devem ser cumpridas, sistematicamente, a todos os doentes, independentemente do seu estado presumível de infecção, diagnóstico, ou suspeita de diagnóstico, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, ou na manipulação de equipamentos contaminados, ou sob suspeita de contaminação. Têm como fim reduzir a colonização e/ou infecção associada aos cuidados de saúde e, conseqüente morbilidade e mortalidade, através da limitação do contacto pelos profissionais de saúde e doentes, com líquidos corporais, secreções, excreções, lesões da pele e sangue, através, entre outras, do uso de equipamento de protecção individual (CDC, 2003).

Se, por um lado, constituem a estratégia primária para o controlo das infecções associadas à prestação de cuidados de saúde, por outro reduzem, mas não eliminam, o risco de exposição ocupacional. O conceito de Precaução Padrão pressupõe que todos os doentes possam estar potencialmente infectados, pelo que os profissionais de saúde devem usar medidas preventivas eficazes, com vista à máxima redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares (Lopes et al., 2008).

As medidas que integram as Precauções Padrão são as que se apresentam no quadro seguinte (CDC, 2007).

Quadro 1 – Medidas que integram as Precauções Padrão

| PRECAUÇÕES PADRÃO | |
|------------------------------|---|
| MEDIDAS | CONSIDERAÇÕES |
| Higiene das mãos | <p>Considerada a principal medida de grande impacto no controlo das infecções, o procedimento mais importante na prevenção da IACS, com provada eficácia na redução destas.</p> <p>As mãos devem ser higienizadas imediatamente após contacto directo com o doente e após qualquer actividade da qual possa resultar contaminação das mãos, entre doentes e pode ser necessária entre procedimentos assépticos e contaminantes no mesmo doente. A higienização das mãos deve ser minuciosa e seguir técnica aconselhada consoante o tipo de procedimento a desenvolver.</p> |
| Etiqueta respiratória | <p>São as medidas de contenção das secreções respiratórias, para prevenir a transmissão de gotículas de agentes respiratórios patogénicos, especialmente em épocas de surtos de infecções virais do trato respiratório em comunidades.</p> <p>Dirigidas a todos os utilizadores das instituições de saúde, desde que apresentem sinais e sintomas de infecção respiratória, como sejam, tosse, rinorreia, congestão nasal e aumento das secreções respiratórias.</p> |

| PRECAUÇÕES PADRÃO (continuação) | |
|--|---|
| MEDIDAS | CONSIDERAÇÕES |
| Práticas de injeção segura | São recomendações aplicáveis no uso de agulhas, dispositivos de administração sem agulha e sistemas de administração endovenosa. |
| Isolamento /Acomodação do doente | Tem o intuito de manter em isolamento (quarto individual ou coortes) o doente que constitui risco no estabelecimento de infecção cruzada, quer seja por transmissão de um agente epidemiologicamente importante, ou pela inviabilidade do doente poder contribuir para a prevenção e controlo da infecção. |
| Controlo ambiental | Estabelece os cuidados necessários com o ambiente, processamento de artigos, equipamentos, superfícies, roupas e resíduos. Garantir o correcto tratamento de todos estes itens, importantes para uma prestação de cuidados de qualidade, compreende uma série de procedimentos planeados, controlados, validados e avaliados. |
| Prevenção dos acidentes por perfurocortantes/ vacinação | Refere-se aos cuidados gerais com os materiais perfurocortantes. Estes devem ser colocados em recipientes próprios, de material rígido e resistente, que devem estar colocados em locais estratégicos de fácil acesso. Os profissionais devem manter a vacinação adequada actualizada. |
| Uso racional de barreiras protectoras | Refere-se ao uso de equipamento de protecção individual utilizado para proteger a pele, mucosas e roupas dos profissionais do contacto com agentes patogénicos, seleccionados de acordo com o procedimento, grau de risco e forma de transmissão do agente infeccioso. |

De todas as medidas que integram as Precauções Padrão iremos abordar o uso dos equipamentos de protecção individual em capítulo próprio, pois são as que estão em causa neste estudo.

2.3- Adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos EPI

A adesão dos profissionais às PP tem sido objecto de estudo nestes últimos anos, pois apesar de estas serem reconhecidas como uma importante e eficaz medida preventiva, não têm sido totalmente adoptadas pelos profissionais de saúde na sua prática diária.

Relativamente ao estabelecimento das Precauções Padrão e sua divulgação, Tadeu Fernandes (2001) refere que vários estudos confirmam a baixa aderência, variando a sua utilização em 16 e 65%, de entre os vários parâmetros que a constituem. Por exemplo, 55% dos enfermeiros não empregam barreiras no momento de exposição muco cutânea. De entre as principais razões sugeridas para esta real “desobediência padrão” foi referido: interferência com o trabalho, o EPI não estar disponível, inconveniência do seu uso, incapacidade para o seu emprego e desconhecimento do seu papel preventivo.

Através de uma revisão integrativa da literatura constituída por 18 artigos e na análise dos mesmos Ferreira et al. (2008), refere que os factores que favorecem a adesão dos profissionais de saúde às PP são a facilidade no uso de EPI, o apoio das lideranças ao nível dos programas de capacitação e treino, programas de segurança com apoio da gestão, existência de um ambiente seguro de trabalho e mencionam que os trabalhadores mais jovens apresentam maior adesão às PP. Como factores que dificultam a adesão foram os mais frequentes: alta demanda de trabalho, falta de destreza para usar determinados tipos de EPI e crenças pessoais que levam o indivíduo a desconsiderar o risco. Embora em menor frequência, estudos apontaram que o profissional acredita que pode colocar a vida do doente em risco caso demore a colocar o EPI, que usar as precauções padrão pode interferir no cuidado directo ao doente, assim como alguns também alegaram alergia ao material do EPI e a falta destes no seu local de trabalho. De destacar alguns pontos divergentes, nomeadamente, o nível educacional apontado como directamente proporcional ao nível de adesão em outros estudos, assim como as variáveis conhecimento e informações sobre Precauções Padrão.

Apesar de alguns autores (Ferreira et al., 2008) apontarem a instrução e uma melhor comunicação e investimento em capacitação dos profissionais, como medidas que podem contribuir para aumentar a adesão às Precauções Padrão, a maioria dos estudos reconheceu que somente a educação não é suficiente para melhorar a adesão, destacando-se que são necessárias intervenções conjuntas, já que esta pode ser influenciada por diversos factores.

Também Efstathiou et al. (2011), menciona que vários estudos mostram que, entre os enfermeiros, a adesão às Precauções Padrão é baixa. Refere que, relativamente aos EPI, os factores que contribuem para a não adesão são, entre outros, a falta de conhecimento, tempo e meios, esquecimento, embaraçar a destreza manual, não serem confortáveis, não estarem disponíveis na altura e local necessários.

Salavessa e Uva (2007), citando vários autores, referem que o papel das crenças em saúde e os mecanismos de percepção e avaliação do risco são imprescindíveis na tomada de decisão, uma vez que a nova informação é analisada a partir de crenças anteriores, que condicionam os comportamentos seguintes.

No âmbito deste estudo, e na tentativa de compreender os dados apresentados nos diversos estudos, pensamos ser pertinente aqui referir o Health Belief Model (HBM), o Modelo de Crenças em Saúde, que tem sido considerado um dos mais úteis modelos no que diz respeito à prevenção e promoção dos cuidados de saúde (Moura, 2004), pois permite compreender as diferentes atitudes e comportamentos que as pessoas apresentam, quando sujeitas às mesmas condições, seguindo ou não as normas ou as guidelines (Efsthathiou et al., 2011). Este modelo, originalmente formulado pelos psicólogos sociais Hochbaum, Kegeles, Leventhal e Rosenstock, em meados dos anos 50, foi desenvolvido com o intuito de elucidar o comportamento em saúde, suscitado pela baixa adesão das pessoas nos programas de prevenção e detecção de doenças do serviço de saúde pública dos Estados Unidos (Melo, 2005). É, como refere Moura (2004) citando Janz e Becker (1984), o principal modelo para compreender a aceitação das recomendações sobre cuidados com a saúde.

Visa a explicação da acção preventiva, sendo uma forma de analisar as razões porque as pessoas não previnem e detectam doenças usando programas pré existentes, pelo que tem sido aplicado em diversos estudos relacionados com a manutenção da saúde em geral.

O modelo original assenta em quatro constructos (Efsthathiou et al., 2011; Melo, 2005):

-susceptibilidade percebida: percepção subjectiva do risco de adquirir uma certa doença ou condição. A aceitação da possibilidade de adquirir uma doença varia entre as pessoas, havendo os que negam essa possibilidade, outros que admitem a hipótese estatística de ocorrer, mas como condição improvável para si mesmo e, por último, a pessoa sentir-se em perigo real de vir a contrair uma doença;

-severidade percebida: percepção da gravidade ou seriedade de uma certa doença, comportamento ou condição, assim como das consequências e repercussões da severidade na própria vida. Elas podem ser reduzidas a um aspecto ou abranger vários;

-benefícios percebidos: percepção da eficácia e das consequências positivas quando se adopta um novo comportamento. É a validade subjectiva dada a uma tomada de decisão frente às exigências inerentes;

-barreiras percebidas: percepção sobre os obstáculos que possam impedir a adopção de um novo comportamento.

Para além destes, mais dois aspectos são mobilizados de forma a superar algumas limitações do modelo, como sejam as pistas para a acção e a auto-eficácia (Efsthathiou et al., 2011).

Outros factores, segundo o mesmo autor, que são de grande relevância e devem ser considerados quando se usa este modelo são os demográficos, os biográficos e psicossociais assim como as relações interpessoais, a influência da instituição e o próprio comportamento pessoal e sua motivação como motivos da adesão dos profissionais de saúde às medidas preventivas (Moura, 2004).

O mesmo autor, citando Coleta (2004), considera que o investigador que procura saber como pensa cada indivíduo, considerando as variáveis deste modelo e incluindo outras tão importantes e específicas ao seu estudo, estará no caminho certo para encontrar respostas para a não adesão aos comportamentos de prevenção.

No quotidiano da prestação de cuidados, os enfermeiros devem ter a percepção da susceptibilidade que as situações de risco acarretam, tanto para si e seus pares como para os doentes, sendo uma constante nas relações estabelecidas. Para além desta, também a severidade percebida pelos profissionais frente a um evento de exposição é de grande importância, e é a associação destas duas dimensões que influencia a tomada de decisão do enfermeiro (Melo, 2005).

Segundo a mesma fonte, a percepção dos benefícios das PP tem um valor preditivo positivo para a adesão, pois frente a um dado evento, decisões assertivas devem ser tomadas para salvaguardar a necessidade de protecção e segurança à vida. Porém, para que isso seja possível, a percepção das barreiras não pode ter maior força do que a percepção dos benefícios, pois estes aspectos negativos interferirão na tomada de decisão, situação que tenderá impedir à tomada da atitude mais adequada.

Para exemplificar estes aspectos, utilizamos o exemplo de Melo (2005) quando refere que para a colocação de uma sonda nasogástrica recomenda-se o uso de EPI, devendo o profissional compreender que é um procedimento que o coloca em variados graus de exposição, a depender do quadro que o doente apresenta e o desenvolvimento da técnica. O cumprimento da acção pode desenvolver-se sem nenhuma intercorrência ou interromper o procedimento para auto cuidar-se. Assim, acredita que o uso do EPI está validado como medida de protecção, mas o desconforto físico em usá-lo pode ser considerado alto. Se este aspecto não tiver força maior que a necessidade de proteger-se frente ao risco de contaminação (susceptibilidade e severidade percebidas), leva-lo-á a uma tomada de decisão com provável finalização assertiva.

Entretanto, se as barreiras percebidas (o desconforto dos EPI) estiverem em proporções maiores que os benefícios percebidos, a tomada de decisão não terá um curso assertivo, ou seja, o profissional tenderá a ignorar o risco, talvez influenciado por percepções distorcidas, como seja, que estará alerta para antever situações de exposição.

Outra situação é aquela em que o profissional apresenta prontidão para acção, verificada na percepção da ameaça (compreendidas como a associação da susceptibilidade e severidade percebidas), mas os benefícios e as barreiras têm igual força na compreensão do sujeito. Aqui, o curso da acção está indefinido e o que poderá fazer a diferença são as outras variáveis, as internas (auto-eficácia, valores) ou as externas (organização do trabalho, postura do doente, campanhas educativas). Assim, a adesão às PP é um processo, tanto mediado pelas crenças (percepção da susceptibilidade, severidade, benefícios e barreiras) como pelas outras variáveis, que podem ser internas ou externas ao profissional.

3- EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

As medidas de protecção individual fazem parte de uma abordagem mais ampla do controlo de infecção e são fundamentais para prevenir a transmissão cruzada e a ocorrência de surtos nas unidades de saúde. Cada vez adquirem maior importância, por serem factor determinante na garantia da segurança dos doentes e dos profissionais, nomeadamente, através das precauções que ao longo dos anos têm vindo a adequar-se relativamente às necessidades.

No entanto, também é importante que se tenha consciência de que os EPI reduzem, mas não suprimem, o risco de transmissão cruzada e que só são eficazes se usados correctamente e em cada contacto, não substituindo qualquer outra das recomendações que integram as PP (Pina et al., 2010).

O EPI tem vindo a ganhar importância, essencialmente, a partir dos anos oitenta do século XX, devido à necessidade de garantir a segurança dos doentes e profissionais. Inicialmente, estava integrado no conceito das Precauções Universais, onde era dada ênfase à dificuldade de se identificar, com segurança, quais os doentes de risco, pelo que era necessário avaliar o risco em função dos procedimentos e o seu potencial para exposição a sangue e fluidos orgânicos contendo sangue. Hoje, o EPI é parte integrante das Precauções Padrão, onde é estabelecido que determinados cuidados devem ser adoptados em qualquer doente, independentemente da sua patologia ou do seu status infeccioso (Pina, 2007).

Com o uso dos EPI, e partindo do princípio de que os riscos não podem ser completamente suprimidos e que persiste sempre a possibilidade de algo negativo acontecer, o que se deseja é reduzir essa probabilidade a um nível mínimo. Como tal, devem ser utilizados quando os riscos existentes não puderem ser evitados ou limitados por meios técnicos de protecção colectiva, ou por medidas ou processos de organização do trabalho (Lima, 2008).

A utilização do EPI é uma protecção activa que, como tal, necessita de uma acção individual continuada, com consequentes transformações do comportamento, pelo que é considerada uma das estratégias com menos sucesso por requerer a participação efectiva dos profissionais (Salavessa e Uva, 2007).

Esta temática encontra-se regulada pelo Decreto-Lei nº 348/93, Diário da República nº231 I Série-A de 01 de Outubro, que estabelece o enquadramento relativo às prescrições mínimas de segurança e de saúde para a utilização de equipamento de protecção individual no trabalho (alterado pela Lei nº 113/99) e regulamentado pela Portaria n.º 988/93, de 6 de Outubro.

Assim, entende-se por Equipamento de Protecção Individual todo o equipamento e qualquer complemento ou acessório destinado a ser utilizado pelo profissional para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde (Decreto-Lei nº348/93, art.3º).

Todo o EPI deve estar em conformidade com as normas aplicáveis à sua concepção e fabrico em matéria de segurança e saúde, ser adequado aos riscos a prevenir e às condições existentes no local de trabalho sem implicar por si próprio um aumento de risco, atender às exigências ergonómicas e de saúde do trabalhador e ser apropriado ao seu utilizador (DR nº231/93).

É importante referir que os EPI destinam-se apenas a proteger os profissionais, não actuando directamente sobre os factores de risco de forma a alterá-los e não coíbem os profissionais de actuações perigosas, mas apenas minimizam os efeitos de um eventual acidente ou a aquisição de uma doença relacionada com o trabalho (Arteau e Giguere, 1992 citado por Salavessa e Uva, 2007).

Assim, a sua utilização não se deve apenas verificar como opção temporária, mas sim como opção complementar de protecção, respeitando as indicações já referidas nas Precauções Padrão (Lima, 2008).

A análise das características dos acidentes relacionados com um determinado procedimento, através da vigilância das exposições ocupacionais a material biológico, permite a criação e desenvolvimento de novos equipamentos de protecção individual, sendo que, a adequação destes equipamentos deve considerar a eficiência necessária para o controlo do risco de exposição, como também o conforto oferecido ao profissional utilizador, correndo o risco de não o englobar na sua prática diária (Silva, 2008).

Como tal, qualquer política relativa ao uso de EPI para que seja eficaz, precisa que estes estejam disponíveis, sejam apropriados às condições do trabalho e risco da instituição, sejam compatíveis entre si, possam ser limpos, desinfectados e substituídos quando necessário (quando não são de uso único) e cumpram as directivas comunitárias referentes ao desenho, certificação e testes (Pina, 2007 citando Clark et al., 2002).

Podemos então referir, que a decisão de usar ou não o EPI, e quais os equipamentos a usar em cada momento da prestação de cuidados, baseia-se numa avaliação do nível de risco associado aos cuidados ou intervenções específicas num determinado doente, assim como na avaliação do risco de transmissão cruzada de microrganismos e de contaminação do fardamento, pele e mucosas do profissional (Pratt, 2007; Pina et al., 2010).

No entanto, vários estudos identificaram uma falta de conhecimento sobre as guidelines e uma não aderência às recomendações, sendo requerido para o efeito formação em serviço e treino. Também Herrick (2000) citado por Salavessa e Uva (2007) refere que programas de protecção individual não têm sucesso se não forem acompanhados de formação e educação dos profissionais.

Desta forma, para quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infecção é necessário adequar as barreiras protectoras aos procedimentos, cumprir as regras de colocação e remoção das mesmas, formar e treinar profissionais e educar os doentes e visitas para o seu uso. A colocação e a remoção dos EPI têm um papel importante na prevenção e controlo da transmissão cruzada da infecção, pelo que devem obedecer às regras e Guidelines existentes (WHO, 2004).

No contexto da prestação de cuidados de saúde, o uso de EPI deve obedecer também a outros princípios, como sejam: reduzem mas não eliminam o risco de transmissão; só são efectivos se usados correctamente e em cada contacto; não substitui as medidas básicas de higiene, nomeadamente a higienização das mãos; deve ser evitado qualquer contacto entre eles e superfícies, material, roupas ou pessoas; e são considerados de risco biológico, pelo que

devem ser eliminados para autoclavagem, incineração ou outro método alternativo (Pina, 2007).

Devem ser usados tendo por base os documentos de referência da Direcção-Geral da Saúde, do Programa Nacional de Controlo de Infecção e das Comissões de Controlo de Infecção, assim como as orientações das várias Organizações, como a OMS e o CDC.

Se, por um lado, cada Instituição é responsável por fornecer equipamentos de protecção individual em qualidade e quantidade suficientes para o bom desenvolvimento das actividades, por outro, é dever de cada profissional de saúde seleccionar as barreiras protectoras mais apropriadas em função do nível de cuidados a prestar, tendo por base o risco identificado, as condições em que trabalha e as características do próprio profissional, devendo cumprir com rigor a aplicação destas medidas, tanto por eles como pelos doentes.

Os utilizadores dos EPI têm que conhecer e perceber as consequências de uma exposição sem protecção e as razões pelas quais um equipamento é utilizado e as vantagens que daí advêm. Assim, e relativamente aos vários EPI utilizados no contexto da prestação de cuidados, parece-nos, por um lado, ser consensual que todos os profissionais não duvidam de, numa prática diária, tornar o seu uso constante e adequado quando realizam actividades que os coloquem em contacto directo com sangue e fluidos corporais (Lima, 2008), mas, por outro, que a aceitação do uso do EPI depende sempre da decisão individual do profissional, influenciada por vários factores como sejam as suas características individuais, crenças, atitudes, competências, experiências, conhecimentos anteriores entre outros (Salavessa e Uva, 2007).

O mesmo autor, citando Mayer (1995) menciona que, quase sempre, a escolha e o uso de um EPI resulta do melhor compromisso possível entre o mais alto nível de segurança e a necessidade de realizar o trabalho com níveis de conforto satisfatórios.

3.1- Os vários equipamentos de protecção individual

O equipamento de protecção individual é, assim, de utilização obrigatória e estão incluídos nesta categoria os protectores da face (óculos, máscaras simples, máscaras com viseira e respiradores), da cabeça (touca) e dos sapatos, assim como o vestuário de protecção (batas, aventais e fatos) e as luvas.

Tornar-se-ia, é nossa opinião, fastidioso, aqui descrever em pormenor todos os equipamentos e suas recomendações, pelo que optamos por uma abordagem generalista dos mesmos.

O objectivo do uso de protectores da face é garantir a protecção dos doentes, dos profissionais e do ambiente contra as partículas emitidas pelo utilizador, seja ele doente ou profissional, através da contenção da projecção de secreções das vias aéreas superiores ou da saliva contendo agentes infecciosos transmissíveis, através de gotículas ou núcleos de gotículas (Lima, 2008).

Quando utilizadas pelos profissionais com o objectivo de protegerem o ambiente, ou no doente, são considerados dispositivos médicos e são regidas pela Directiva 93/42CE, mas quando

utilizadas para protecção dos profissionais são consideradas como equipamento de protecção individual (Directiva 89/686/CE) (Pina, 2007).

Actualmente, segundo o mesmo autor, a protecção da face é parte integrante das recomendações padrão quanto à protecção contra a contaminação biológica. As mucosas da boca, nariz e olhos, assim como a pele não íntegra da face do profissional são especialmente vulneráveis à infecção pela exposição.

Os protectores devem ser utilizados em procedimentos com a capacidade potencial de gerarem salpicos ou “aerossóis”, secreções ou excreções, sangue, ou outros fluidos corporais (Melo, 2005).

Vários tipos de máscaras (com ou sem viseira) e a protecção ocular (em situações que se preveja salpicos que possam atingir a mucosa ocular) oferecem uma protecção específica, ou mais alargada, e a sua escolha deve ser feita em função do tipo de interacção com o doente e o tipo de exposição esperada. Para além disso, a selecção do dispositivo deverá estar de acordo com a sua capacidade de filtração, devendo obedecer principalmente ao tipo de procedimento a realizar e ao tamanho da partícula aérea presente passível de contaminação, assim como com a permeabilidade a aerossóis, conformidade com as normas e recomendações, fuga à face, duração de utilização, entre outras. A reutilização das máscaras pelo mesmo profissional, só poderá ser aceitável se não estiver danificada ou suja e se o ajuste à face não estiver comprometido. Não se recomenda a reutilização de máscaras que possam estar contaminadas com sangue, ou secreções respiratórias (Pina, 2007).

De salientar, e à semelhança de outras profissões, que o trabalho implica riscos para os olhos, revelando os profissionais de saúde, com frequência, relutância em protegê-los, tendo ajudado a esta postura o desconforto das antigas protecções, mas hoje existe toda uma variedade de tipos, sendo alguns muito semelhantes aos óculos vulgares (Wilson, 2003).

O EPI utilizado deverá ser aplicado respeitando as indicações do fabricante, confortável, com bom ajuste facial e acuidade visual e de uso único.

A protecção da cabeça deve ser efectuada pelos profissionais em unidades assépticas, ou enquanto se executam procedimentos invasivos seleccionados, ou ainda quando haja risco de projecção de secreções ou excreções, sangue, ou outros fluidos corporais.

A protecção de sapatos justifica-se em locais com quantidade significativa de material infectante (salas operatórias, autopsias), ou que se preveja contacto com grande quantidade de fluidos corporais.

Relativamente ao vestuário de protecção, a selecção entre a bata e o avental faz-se baseando-se na natureza da interacção com o doente e o grau antecipado de contacto com material infeccioso e o nível de protecção contra a penetração de fluidos.

A utilização da bata (limpa, não estéril), como do avental, é uma medida de segurança que tem o objectivo de proteger os profissionais da contaminação do fardamento ou da pele, durante procedimentos com capacidade potencial de produção de salpicos ou derrames de sangue ou

outros fluidos corporais (Pina et al., 2010), assim como proteger os doentes da transmissão cruzada da infecção.

Devem ser de uso único e removidos tão prontamente quanto possível como resíduo contaminado, após cada tarefa, evitando tocar no ambiente envolvente e em superfícies que rodeiam o doente, efectuando-se logo a seguir a higienização das mãos (Pratt, 2007).

As luvas disponíveis em todas as áreas clínicas devem obedecer às normas da Comunidade Europeia e é, incontestavelmente, o equipamento de protecção individual mais utilizado.

As luvas têm a finalidade de serem usadas em procedimentos invasivos e contacto com locais estéreis, como barreira de protecção contra a contaminação das mãos dos profissionais no contacto com a pele não intacta e membranas mucosas e durante todas as actividades em que haja risco de exposição a sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções (Pratt, 2007).

Para além disso, favorecem a redução da possibilidade de contaminação das mãos dos profissionais no manuseamento de materiais e equipamentos e transmissão entre doentes, para redução da transferência de microrganismos das mãos dos profissionais para os doentes, durante a prestação de cuidados, para protecção da pele contra riscos químicos, térmicos e radiações, assim como proteger o doente da flora das mãos do profissional, facilitar o manuseamento de equipamento estéril e prolongar o efeito da desinfecção das mãos. As luvas devem ser seleccionadas de acordo com os procedimentos e o nível de risco que estes representam tanto para o doente, como para os profissionais de saúde. As luvas estéreis devem ser usadas em procedimentos invasivos que envolvam assepsia e as não estéreis para procedimentos em que apenas se pretende protecção dos profissionais e prevenir a transmissão cruzada. Recomenda-se que devam ser usadas como medida adicional e nunca como substituição da lavagem das mãos, devendo ser mudadas de doente para doente, assim como entre procedimentos diferentes no mesmo doente (Pina, 2006).

As luvas devem ser o último EPI a ser colocado e o primeiro a ser removido imediatamente após a sua utilização, antes de tocar noutros doentes, objectos ou superfícies, com o intuito de quebrar a cadeia de transmissão, sendo de uso único (WHO, 2004).

4- ENFERMEIRO E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Segundo a OE (2006), *“A profissão de enfermeiro tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital, tomando como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.”*

Os cuidados de enfermagem pretendem a promoção da saúde, prevenção da doença, a satisfação das necessidades humanas básicas e a máxima independência na realização das actividades de vida diária.

A profissão de enfermagem tem obrigações éticas para com a sociedade em geral e para com os doentes em particular, no sentido de prestar cuidados de elevada qualidade.

Na prática, controlar o risco promove a qualidade na prestação de cuidados (OE, 2006). Para tal, é necessário que os enfermeiros estejam cientes dos padrões éticos e deontológicos que os regem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro insere-se num contexto de actuação multiprofissional, mas rege-se por um Código Deontológico (OE, 2009) próprio, onde encontramos várias referências sobre o dever do enfermeiro e suas intervenções, nomeadamente relativas à segurança das pessoas e defesa da sua liberdade e dignidade, garantindo através dos meios de que dispõe a qualidade dos cuidados, pelo que referimos aqui alguns.

Tendo por base o Código Deontológico (OE, 2009) e sendo valores universais a liberdade responsável e a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum, assim como a competência e o aperfeiçoamento profissionais (Artigo 78º), o enfermeiro orienta a sua actividade pela responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (Artigo 78º).

O enfermeiro assume o dever de responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega (Artigo 79º), assim como de proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional (Artigo 79º).

Na procura da excelência do exercício (Artigo 88º), o enfermeiro analisa regularmente o trabalho efectuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa e mantém a actualização contínua, assegurando, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados.

O Conselho Jurisdicional da OE assumiu uma tomada de posição sobre segurança do cliente, decorrente da preparação e da realização do 2º ciclo de Debates sob a temática “Cuidados Seguros” (OE, 2006), onde enuncia alguns pontos que, de forma inequívoca, define o papel dos enfermeiros nesta problemática:

- “4- Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional;*
- 5- Os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando activamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à protecção dos grupos de maior vulnerabilidade;*
- 6- Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados;*
- 7- A responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, e o sentido projectivo, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício;*
- 8- As organizações têm a obrigação ética de proteger a segurança dos clientes, na persecução da sua responsabilidade institucional, e de desenvolver uma cultura de responsabilização não-punitiva, valorizando a dimensão formativa;*
- 9- As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos;*
- 10- Devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem claramente a importância da segurança, incluindo gestão e desenvolvimento dos profissionais assim como sistemas e processos que promovam a segurança;*
- 11- Deve promover-se um envolvimento activo em investigação, integrando evidências em recomendações para a prática clínica.”*

Os enfermeiros são os profissionais que, pelo seu elevado número de horas de prestação de cuidados e pelas características da sua actividade profissional, se encontram expostos a uma grande variedade de riscos, sendo a exposição a agentes biológicos, dada a sua frequência a nível hospitalar, o que adquire maior impacto, pois são decisivos para a ocorrência de acidentes e doenças (Lima, 2008). Sendo assim, também são eles que melhor podem desempenhar um papel fulcral no campo da prevenção e controlo da infecção hospitalar, tendo este estudo dirigido a sua atenção aos enfermeiros que prestam cuidados ao doente e não aos que desenvolvem a sua actividade noutras áreas.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é uma problemática que envolve uma pluralidade de acções, de entre as quais a aplicação de princípios e normas que cada profissional deve seguir no exercício da sua actividade, de acordo com o preconizado nas competências que lhe estão atribuídas, tendo como fim a promoção e a protecção da vida dos seres humanos.

O conhecimento necessário traduz-se no saber profissional, no saber de acção no âmbito de uma actividade complexa e organizada, com a capacidade de adaptar o melhor comportamento à situação mas apelando aos conhecimentos anteriores, de forma a contrariar a ideia de que com o passar do tempo os enfermeiros descuram as normas, as regras de actuação.

Parece-nos pertinente aqui mencionar Benner (2001), quando refere os diferentes níveis de desenvolvimento dos enfermeiros adquiridos ao longo dos anos numa enfermagem socialmente construída e colectivamente realizada, praticada em contextos e recursos reais e em ambientes de trabalho susceptíveis de criar constrangimentos às habilidades de resposta eficaz de cada pessoa.

Esta autora, no seu estudo, refere cinco níveis de desenvolvimento que apresentam diferentes características, nomeadamente ao nível do desempenho e na apreciação das situações, tendo conceptualizado as habilidades de enfermagem em requisitos de passagem entre os diversos níveis. Assim, os níveis considerados são iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito:

-os iniciados não apresentam nenhuma experiência das situações com que possam ser confrontados, pelo que agem de acordo com as regras instituídas;

-no estado de iniciado avançado, já fizeram frente a suficientes situações reais para notar os factores significativos, começando a formular princípios baseados na experiência para acompanhar a acção;

-o competente, já trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos e apercebe-se dos seus actos ou dos planos a longo prazo de forma objectiva, estando consciente deles, baseando as suas acções em pensamento analítico;

-o proficiente compreende as situações como parte de um todo, tomando decisões baseadas numa compreensão holística e aprende com a experiência o que deve esperar, sendo as suas acções guiadas por máximas;

-o perito, já não se apoia em princípios (regra, indicação, máxima), passando do estado de compreensão da situação ao acto apropriado, suportando a sua acção a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações.

Podemos referir que ao longo dos diversos estadios, o uso de experiências anteriores concretas para guiar a acção sobrepõem-se ao uso de princípios e regras, que a compreensão da situação passa a fazer-se de forma global e não espartilhada, e ainda que a posição de mero observador é substituída por elemento activamente envolvido no desenrolar da acção.

Segundo o mesmo autor, as enfermeiras, com o tempo, adquirem cada vez mais conhecimentos e perdem o rasto do que aprenderam, pelo que consideramos neste estudo a premissa ter mais do que cinco anos de exercício profissional, quando tentamos saber se a adesão às PP quanto ao uso do EPI se altera ao longo do tempo.

O enfermeiro, seja como membro das comissões de controlo de infecção, seja como responsável por unidades de saúde, seja ainda como prestador de cuidados, tem a responsabilidade de identificar os pontos críticos no seu campo de trabalho, para poder

interferir de forma objectiva, assertiva e coerente, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade.

A tomada de decisão, que orienta o exercício profissional autónomo, depende do tipo de procedimento e seus potenciais riscos. Para tal, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados, sendo as intervenções de enfermagem prescritas de forma a evitar riscos, detecta precocemente problemas potenciais e resolve, ou minimiza, os problemas reais identificados, não pondo em risco a sua saúde, integrando sempre que possível na sua prática diária a melhor evidência científica.

A OMS, bem como o Ministério da Saúde, publicam periodicamente directivas, nomeadamente sobre normas de segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida do trabalho, através de recomendações técnicas baseadas em evidências científicas actualizadas. É de grande importância que todos os profissionais compreendam que, na prática, são uma normalização de condutas visando a segurança e protecção da saúde de todos aqueles que trabalham na área da saúde, e não apenas um conjunto de regras criadas com o simples objectivo de atrapalhar ou dificultar a rotina de trabalho (Silva, 2008).

Reconhecemos, assim, que a existência de guias orientadores de boa prática de cuidados é fundamental. Guidelines baseadas na evidência constituem uma base estrutural importante, para que se eleve a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e que não deve ser descorada ao longo do tempo.

5- QUALIDADE DOS CUIDADOS

Não é fácil definir qualidade por ser, em grande parte, um conceito subjectivo, tendo diferentes interpretações consoante o grupo que o utiliza. A questão da qualidade tem sido fortemente debatida ao longo da história.

Nos últimos tempos, a preocupação com a qualidade tem sido elevada, assumindo uma importância crescente, nomeadamente, provocada pelos importantes avanços tecnológicos e científicos no sector da saúde.

Já Florence Nightingale, em 1850, revelava preocupações com a qualidade, quando através dos registos das suas observações procurava aferir o nível de cuidados prestados e, assim, melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias (Alves, 2009).

Para o mesmo autor, citando Almeida (2001), a qualidade em saúde atesta aos clientes a presença de um nível aceitável e desejável de cuidados. Neste contexto, os principais objectivos da prestação de cuidados de qualidade são promover e manter a saúde das pessoas, assegurando a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde.

A qualidade deve ser compreendida como o produto final de uma prestação, na qual actuaram diversos personagens, com diferentes níveis de formação e de intervenção, mas que contribuiriam igualmente para o resultado final.

Fragata e Martins (2004), citado por Alves (2009), referem que cada vez mais a qualidade deixa de ser vista como um standard abstracto, para ser considerada o encontro entre o nível dos serviços prestados e as expectativas dos seus utilizadores.

A necessidade de desenvolver sistemas operativos de qualidade é hoje assumida formalmente, tanto por instâncias internacionais, como seja a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, como por organizações nacionais, como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Advoga-se, que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, com um contexto de aplicação local, pelo que se depreende ser importante a definição do papel dos enfermeiros relativo aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem exercidos em Portugal. Como tal, em 2001 a Ordem dos Enfermeiros elaborou o documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, com o intuito de, entre outras, definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Tarefa difícil, quer pela necessidade de reflectir sobre o exercício profissional, como pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a oferecer aos cidadãos (OE, 2001).

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) define qualidade em saúde como: “*O modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumenta a possibilidade de obter os resultados desejáveis e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejáveis*” (Alves, 2009).

Recentemente, a 27 de Junho de 2008, foi aprovada pelos estados-membros da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Carta de Tallinn intitulada “Os Sistemas

de Saúde pela Saúde e Prosperidade” onde refere que “*Os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada*” (OE, 2008).

A prestação de cuidados de saúde de excelência é uma garantia para a melhoria da qualidade que, conseqüentemente, leva a uma redução da ocorrência de danos no doente.

A execução de programas de garantia da qualidade e a utilização de novos instrumentos de melhoria contínua traduzem as preocupações dos gestores em saúde, demonstrando que a gerência da qualidade é um sector em renovação (Alves, 2009).

5.1- Segurança do doente

A segurança do doente é reconhecida como uma componente imprescindível na prestação de cuidados de saúde com qualidade. O doente, quando recorre aos serviços de saúde, espera que sejam desenvolvidos todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizador desses mesmos serviços (OE, 2005).

A OE (2006), em pleno acordo com o ICN (International Council of Nurses), refere que “*a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem*”.

Da Conferência Europeia “Segurança do doente – Torná-la uma realidade!” realizada em Abril de 2005, emanaram várias recomendações, das quais se destacam: a existência de trabalho conjunto com a Aliança da OMS relativa às questões da segurança do doente, com a criação de um “*banco de soluções da UE*”, com exemplos e padrões da “*melhor prática*”; a criação de apoios às iniciativas nacionais de projectos de segurança do doente, considerando que esta é parte integrante dos programas da DGS; o uso das novas tecnologias, nomeadamente, ao nível da introdução de registos electrónicos de doentes; o envolvimento da segurança do doente na formação dos profissionais de saúde, assim como a execução de projectos na área da segurança do doente, nas instituições prestadoras de cuidados, com o intuito de permitir aos profissionais lidarem com os erros e omissões, de forma mais eficiente (OE, 2005).

Embora muitas instituições de saúde já tenham promovido medidas no sentido da salvaguarda da segurança dos doentes, a área da saúde ainda se encontra desfasada, comparativamente a outros ramos de actividade (Alves, 2009). São exemplos destas actividades o controlo de tráfego aéreo, as centrais nucleares e os porta-aviões nucleares, entre outras, que podem oferecer contribuições importantes ao sector da saúde, relativamente à segurança.

O mesmo autor, citando Reason (2000), refere que nestas organizações a procura da segurança faz-se através de um sistema tão robusto quanto possível perante os riscos operacionais e humanos, em detrimento da prevenção de falhas isoladas.

A importância destas organizações, altamente fiáveis, advém do significado que representam por serem pioneiras na aplicação destes sistemas, em organizações com elevada complexidade. Assim como estas, as organizações de saúde também se caracterizam por serem sistemas de grande complexidade, pelo que é difícil a sua efectiva implementação.

Alves (2009), citando Sousa (2006), refere que “*A realidade da segurança dos doentes apresenta algumas particularidades que tornam difícil a sua abordagem devido*

essencialmente: à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifactorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança e à sensibilidade do tema.”

Naturalmente, a complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde tem uma componente de risco muito elevada, que advém não só da patologia subjacente e da fragilidade em que o doente se encontra, como também do tratamento em si e da complexidade cada vez maior das tecnologias usadas, pelo que os incidentes, infelizmente, são por si só inevitáveis. Eventos adversos decorrentes destes podem levar a danos graves, complicações, sofrimento e mesmo à morte do doente (OE, 2005).

Segundo Sousa et al. (2011), os aspectos relacionados com a segurança do doente têm mobilizado o interesse da comunidade científica a nível internacional, sendo hoje uma área incontornável no que respeita à qualidade em saúde.

Muitos autores defendem que a investigação neste domínio deve centrar-se na origem, dimensão, natureza e impacto dos eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. Essa ideia é fundamentada no facto de que só com base nesse conhecimento se pode definir as mais adequadas estratégias de intervenção e estabelecer prioridades de actuação.

O relatório “To err is human”, nos Estados Unidos, e o “An organization with a Memory”, no Reino Unido, a par de outras publicações de vários estudos, permitiram o desenvolvimento da investigação nesta área.

Em Portugal, o primeiro e recente estudo realizado pela Escola de Saúde Pública (Paulo Sousa et al., 2011) apresenta, como principais resultados, uma taxa de incidência de eventos adversos de 11,1% e, desses, 53,2% foram considerados evitáveis, e dos 18 critérios de positividade pré-definidos para a ocorrência de evento adverso, a infecção associada aos cuidados de saúde apresenta-se em 4º lugar, com uma percentagem de 11%. Este estudo identifica uma realidade não muito diferente da que foi descrita em estudos similares e demonstra a importância que o tema tem hoje, na moderna Saúde Pública.

Vivemos numa época em que as expectativas e as exigências dos cidadãos são elevadas e a margem de entendimento do insucesso é pequena, pelo que provoca aos utilizadores uma intolerância com as falhas na segurança e uma incompreensão com os erros (Alves, 2009).

O sector da saúde deverá então ser delineado de maneira a que os eventos adversos sejam prevenidos, detectados e limitados, para que se diminua significativamente o seu número, assim como as suas consequências, actuando em conformidade com os procedimentos de segurança.

Só com a efectiva colaboração entre os profissionais se pode garantir melhor segurança para os doentes, numa cultura de abertura e de procura do melhor para eles, sendo no fundo a base ética do compromisso assumido pelos profissionais de saúde, que vai do administrador ao assistente operacional, passando por todos os outros profissionais, com as suas diversas ferramentas e tecnologias de trabalho.

O investimento na segurança é, para além da perspectiva económica, um investimento útil para a sociedade, que produz melhor produtividade, contribui para uma melhoria na qualidade de

vida e é um benefício óbvio para os doentes, assim como tem o potencial de gerar poupanças nos gastos no tratamento de doentes expostos a eventos adversos e à consequente utilização melhorada dos recursos financeiros.

O que se conclui, sempre, é que é muito mais barato, mesmo que inicialmente mais caro, prevenir, organizar, promover as boas práticas, do que tratar, ou já não poder tratar os danos provocados pela deficiência de uma atitude, de um acto, numa determinada actividade.

5.2- Cuidados seguros

Como já foi referido anteriormente, os hospitais eram considerados insalubres e limitavam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Com os trabalhos dos pioneiros Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale nasceram os primeiros contornos da prevenção e controlo da infecção hospitalar, tão essenciais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados (DGS, 2007).

A OE (2006), na sua tomada de posição sobre a segurança do cliente, refere que *“Os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros”*, assim como *“O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (legis artis), aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente”*.

O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas com largo espectro de acção, o que inclui, entre outras, o controlo de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, manutenção de um ambiente de cuidados seguro e ainda o conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas necessárias para o garantir.

Enquanto, por um lado, as intervenções são realizadas com a preocupação de beneficiar as pessoas, por outro, há sempre um elemento de risco decorrente dos eventos adversos e dos erros, numa complexa combinação de processos, tecnologias e factores humanos relacionados com os cuidados de saúde, onde a maior parte das ameaças podem advir de erros de terapêutica, infecções nosocomiais, exposição a doses elevadas de radiação entre outros (OE, 2006).

Sendo certo que a segurança e os cuidados seguros podem ser perspectivados em sentido holístico, nas dimensões física, química, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, o enfermeiro co-responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento (Artigo 83, alínea a), orientando para outro profissional mais bem colocado para responder ao problema (alínea b), assegurando a continuidade dos cuidados (alínea c), (OE, 2009).

Existem vários factores que são determinantes para a existência, ou não, de cuidados seguros, como sejam, a política de qualidade e de segurança da instituição, o nível de recursos humanos, a responsabilidade individual de cada um, o grau de motivação, ou mesmo a habilidade técnica, o que consequentemente intervém positivamente ou negativamente, na segurança dos doentes.

Se conseguirmos garantir cuidados seguros às pessoas a quem prestamos cuidados, estas estarão mais protegidas relativamente àquilo que são as possibilidades de utilização adversa dos procedimentos implícitos à prestação de cuidados.

Como refere a OE (2001), como uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados:

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”

6- PERCURSO METODOLÓGICO

O investigador, na fase metodológica, determina os métodos que utilizará para obter respostas, pelo que é necessário escolher um desenho de investigação tendo por base a problemática em estudo. O desenho, também tem como objectivos controlar as potenciais fontes de enviesamento, precisar a forma de colher e analisar os dados assim como permitir isolar as variáveis importantes (Fortin, 1999).

6.1- Tipo de estudo

Este estudo apresenta uma abordagem quantitativa, por constituir um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos encontrados irão fornecer conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis escolhidas, nomeadamente às de identificação, tempo de exercício profissional, adesão às Precauções Padrão quanto ao uso de EPI, entre outras. Considera-se descritivo, pois consiste em discriminar alguns dos factores determinantes que possam estar associados ao fenómeno em estudo, assim como as razões da adesão e não adesão às Precauções Padrão, quanto ao uso dos EPI. É também transversal, porque visa recolher informação relativa à frequência do problema no momento em que decorre o estudo, entre 2009 e 2011 (Fortin, 1999).

6.1.1- Variáveis em estudo

Segundo Fortin (1999), *“as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.”*

Segundo a mesma autora, as variáveis podem ser classificadas segundo a sua utilização, pelo que neste estudo consideramos as variáveis independentes, aquelas que intervêm, e as variáveis dependentes, as que sofrem o efeito da variável independente.

Identificamos as seguintes variáveis:

Variáveis independentes - Identificação (idade, sexo, habilitações, categoria profissional)

- Dimensão profissional (Tempo de exercício profissional, Formação em Prevenção e Controlo de Infecção)

Variáveis dependentes - Adesão à adopção das medidas de Precaução Padrão;

- Adesão ao uso de Equipamento de Protecção Individual.

6.2- População

Segundo Fortin (1999), uma população *“é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*, pelo que podemos referir que a nossa população seria constituída pelos Enfermeiros Portugueses prestadores de cuidados, mas que por várias razões não nos é possível estudar.

Assim, e segundo a mesma autora, população alvo *“é uma população particular que é submetida a um estudo”*, e que *“satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente*

e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”, pelo que consideramos a nossa população alvo, os enfermeiros que prestam cuidados num hospital da zona centro do país. O campo escolhido para a aplicação do instrumento foi assim o hospital, onde a proximidade entre a população e a investigadora facilitou, sem dúvida, a sua actuação e a sua aceitação. Burgess (2001) refere que “os locais podem ser escolhidos onde haja pessoas que querem cooperar, onde a situação é conveniente para o investigador e onde ele tenha alguns contactos já estabelecidos”.

6.2.1- Caracterização da População alvo

Participaram, assim, neste estudo, 364 enfermeiros prestadores de cuidados, sendo 288 (79,1%) pertencentes ao sexo feminino e 76 (20,9%) ao sexo masculino.

As idades estavam compreendidas entre os 21 e os 61 anos, com uma média de 35,73 anos (d.p.= 8,63), uma moda (*Mo*) de 27 e uma mediana (*Me*) de 35.

Dos 364 participantes, 343 (94,2%) apresentam como habilitações literárias a Licenciatura, 12 (3,3%) o Mestrado e 9 (2,5%), o Bacharelato.

No que diz respeito à categoria profissional, 164 (45,1%) são enfermeiros graduados, 159 (43,7%) são enfermeiros, 22 (6%) são enfermeiros graduados com especialidade e 19 (5,2%) são enfermeiros especialistas.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, a amplitude varia entre ter menos de 1 ano e 35 anos, com uma média de 15,69 anos (d.p.= 16,91), uma moda de 15 e uma mediana de 13.

6.3- Instrumento de colheita de dados

De acordo com Fortin (1999), a escolha do método de colheita de dados depende, de entre outras, da natureza do problema, dos objectivos do estudo, do nível de conhecimentos do investigador relativo às variáveis e da análise prevista.

Assim, optámos por escolher o questionário como método de colheita de dados, que como refere a mesma autora “*não permite ir tão em profundidade como a entrevista, mas permite um melhor controlo dos enviesamentos*”. Tem a vantagem de poder ser respondido onde o indivíduo escolher, com mais privacidade, não sendo necessária a presença do investigador.

6.3.1- Construção do Questionário

Houve necessidade de elaborar um questionário direccionado ao que se tencionava estudar, visto que os vários estudos consultados apresentavam instrumentos que, ou referiam a adesão às PP na sua globalidade (os vários itens que comportam as PP), ou eram dirigidos apenas ao uso de luvas ou à higienização das mãos, ou ainda a outros grupos profissionais. Assim, construiu-se um instrumento que se adaptasse ao pretendido, seguindo os aspectos mais relevantes encontrados na revisão da literatura, nomeadamente, as razões da adesão e não adesão, os equipamentos de protecção individual mais utilizados, o tempo de exercício e a adesão, entre outras, com a finalidade de abordar todos os aspectos pertinentes para a compreensão do nosso estudo.

Segundo Hill e Hill (2009), este tipo de questionário é útil quando o investigador conhece bem a natureza das variáveis escolhidas e quer obter informação quantitativa sobre elas.

Como tal, é constituído essencialmente por perguntas fechadas, apresentando um total de 22 questões fechadas, 2 questões mistas e 2 questões abertas, dividido em três partes:

-a primeira, com 2 questões abertas e 3 fechadas, que visa caracterizar a população ao nível sócio-demográfico e profissional: sexo, idade, habilitações literárias, categoria profissional e tempo de exercício profissional;

-a segunda, com dois grupos de questões; um, com variáveis nominais e dicotómicas e outro com variáveis ordinais, visando conhecer os inquiridos quanto ao seu conhecimento e formação sobre as PP, quanto ao uso dos EPI;

-a terceira, constituída por 10 questões fechadas e 2 mistas, com a finalidade de avaliar a adesão dos Enfermeiros na adopção das PP, quanto ao uso dos EPI.

6.3.2- Pré-teste

Depois de formulado, o questionário necessitou de ser testado antes de ser aplicado.

Foi efectuado um pré-teste (Anexo 3) através de uma amostra de conveniência, constituída por 50 Enfermeiros prestadores de cuidados noutra instituição, mas com características semelhantes à nossa população, após ter sido previamente solicitada autorização do Enfermeiro Director da mesma.

Este procedimento teve como finalidade validar as questões, verificar a sua compreensão, clareza e objectividade. Este processo é indispensável para corrigir, modificar, verificar a redacção, a ordem das questões assim como resolver problemas imprevistos do questionário (Fortin, 1999).

Da análise dos questionários decorrentes do Pré-teste identificámos a necessidade de proceder a algumas alterações, entre elas, a introdução da categoria profissional “enfermeiro graduado com especialidade”, pois alguns dos inquiridos apresentavam essa categoria, alterar duas questões que suscitavam dúvidas no seu preenchimento e, por fim, alargar a possibilidade do inquirido poder escolher mais do que uma hipótese nas razões da adesão e não adesão às PP quanto ao uso dos EPI, pois vários referiram a grande dificuldade em escolher apenas uma. Acreditamos que o pré-teste ofereceu a possibilidade de identificar e corrigir as imperfeições.

6.4- Questões éticas

Para Fortin (1999), ética é *“o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”* pelo que é imperativo *“tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”*.

Neste estudo foi considerado o direito à autodeterminação *“decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação”* (Fortin, 1999), através de convite para participar no estudo de forma voluntária, após o qual lhes foi entregue uma declaração de consentimento

informado, que com a sua assinatura formalizaram o seu envolvimento; assim como o direito ao anonimato e à confidencialidade, *“a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador”* (Fortin, 1999), quando lhes foi assegurado que, tanto durante o tratamento dos dados, como na sua apresentação e divulgação, não era possível associar as respostas aos indivíduos em questão, e que os questionários não continham local para identificação, tendo-lhes sido solicitado que não colocassem nenhuma identificação em qualquer outro lugar do mesmo questionário.

6.5- Colheita de dados

O Questionário (Anexo 4) foi aplicado à População já descrita, após consentimento formal da Enfermeira Directora da instituição, entre os meses de Junho a Setembro de 2010.

Foram entregues aos inquiridos, depois de estes terem recebido toda a informação pertinente sobre a investigação, como seja a identificação da investigadora, o contexto do estudo, seus objectivos, finalidade e propósitos. Foram entregues pessoalmente pela investigadora, que no mesmo dia os entregou e procedeu à sua recolha, procedimento que se revelou eficaz, visto ter havido uma taxa de preenchimento de 89% ($364/409=89\%$).

Os enfermeiros foram abordados no próprio local de trabalho pela investigadora, à excepção dos serviços Bloco Operatório, Urgência Pediátrica e Bloco de Partos, pelas suas características relativas à entrada de pessoas, onde foi solicitada a colaboração dos Chefes, ou Responsáveis, após explicação de todo o procedimento, constituindo-se assim mediadores entre a investigadora e alguns dos inquiridos.

Não foi possível entregar aos restantes enfermeiros pela sua ausência na instituição por motivos diversos, como baixa prolongada, gravidez de risco, licença de maternidade, licença sem vencimento ou baixa de acompanhamento de familiar, entre outras.

6.6- Processamento dos dados

O tratamento dos dados obtidos foi realizado com o recurso ao programa informático SPSS (versão 17.0) e a apresentação utilizando duas grandes categorias de estatística descritiva, utilizada para descrever os dados através de indicadores (Pestana e Gageiro, 2008) as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e a medida de dispersão (desvio padrão mínimo e máximo), através de instrumentos como tabelas de frequência e indicadores numéricos.

6.7- Limitações do estudo

As limitações que o estudo apresenta explicam-se na sua grande maioria pela própria opção metodológica.

Uma das limitações está relacionada com o carácter descritivo da pesquisa, que delimita o estudo do tema, mas era o que melhor servia as intenções da investigadora nesta etapa, visto que lhe era importante conhecer a experiência desta população, em particular sobre esta problemática. Segundo Fortin (1999), *“os estudos descritivos fornecem uma descrição dos*

dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis”.

Também não pretendemos fazer predições do comportamento futuro da realidade estudada mas, pelo contrário, avaliar, para depois eventualmente poder agir.

A escolha do questionário como instrumento de colheita de dados foi uma opção metodológica em função do tempo disponível, mas que poderá ter limitado as respostas dos inquiridos, nomeadamente, o aprofundamento acerca das razões da adesão e não adesão às medidas de PP, quanto ao uso dos EPI. Relativamente a este item, optamos por utilizar uma questão de resposta aberta, dando oportunidade ao inquirido de sugerir mais do que uma razão. Segundo Fortin (1999), estas questões podem servir para se obter maior precisão em aspectos particulares da investigação.

Podemos referir, como outra limitação do estudo, a recolha de dados ter sido efectuada em diferentes contextos de trabalho, mesmo sendo dentro de um mesmo hospital. Provavelmente, retiraríamos outras conclusões se tivéssemos considerado os diferentes departamentos, pois estes apresentam campos de actuação, especificidades, chefes de serviço e posturas de organização de trabalho diferentes que influenciam, sem dúvida, a experiência do profissional e, por conseguinte, as suas respostas e os nossos resultados. Referindo Fortin (1999), *“a complexidade das relações causais não nos permite designar sempre cada variável como a única causa possível da aparição de um fenómeno particular”*. Neste estudo, optamos pela análise do objecto de estudo e não do contexto, mesmo que esse fosse factor condicionante para algumas respostas.

As PP são dirigidas para todos os doentes, sem excepção, sendo irrelevante o contexto, ao contrário das Precauções baseadas na transmissão onde a importância das especificidades dos serviços é fundamental e iriam condicionar, em muito, as respostas dos inquiridos.

A impossibilidade de generalização dos resultados pode ser considerada uma limitação do estudo, mas que deverá ser olhada como uma oportunidade de melhoria, ou encarada como um possível caminho para futuras investigações. A aplicação do mesmo instrumento de colheita de dados noutra população e posterior comparação dos dados obtidos seria, com certeza, interessante.

7- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha dos dados passámos à fase de apresentação dos resultados, tentando um melhor entendimento da problemática em análise. A ordem de apresentação segue a do questionário, abordando os dados relativos à formação e conhecimento, seguido da frequência dos indicadores relativos à adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, as razões da adesão e não adesão e, por último, a frequência de uso dos EPI.

7.1- Conhecimento e formação sobre as PP quanto ao uso dos EPI

Primeiramente, e com o intuito de saber se os inquiridos **conhecem as PP, quanto ao uso dos EPI**, verificámos que dos 364 enfermeiros participantes, a quase totalidade, 98,9% (360), refere conhecer as PP, quanto ao uso dos EPI.

Relativamente à **Formação inicial**, os dados colhidos mostram-nos que pouco mais de metade, 59,9% (218), viu contemplada na sua formação inicial formação em PP, quanto ao uso dos EPI, como nos mostra a tabela 1.

Quanto à **Formação no percurso profissional**, também observámos (tabela 1), que 63,2% (230) dos inquiridos responderam que participaram em formação nesta área.

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos face à Formação em PP quanto ao uso de EPI

| Questões | Sim | | Não | | Total | |
|--|-----|------|-----|------|-------|-----|
| | Fi | % | Fi | % | Fi | % |
| A sua formação inicial contemplou formação em PP quanto ao uso do EPI? | 218 | 59,9 | 146 | 40,1 | 364 | 100 |
| Durante o seu percurso profissional participou em formação nesta área? | 230 | 63,2 | 134 | 36,8 | 364 | 100 |

Para além dos conhecimentos e da formação, pareceu-nos relevante ter a noção da opinião que os profissionais inquiridos apresentam relativamente à **Importância de utilizar as PP, quanto ao uso de EPI no seu quotidiano**, pelo que apuramos que a grande maioria dos questionados, 97,3% (354), considera importante a sua utilização.

No sentido de saber se o conhecimento também era adquirido em processo de auto-formação e através da questão **Costuma fazer pesquisa sobre esta temática** (Tabela 2), cerca de $\frac{3}{4}$ (73,4%) dos enfermeiros revela que costuma fazer *pouca* pesquisa sobre esta temática e somente 11,8% (43) dizem fazer *muita* pesquisa.

Ainda considerando os aspectos formativos e conhecimentos adquiridos, e com o intuito de conhecermos a percepção dos inquiridos face a esta premissa e o aumento da adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, os dados colhidos e apresentados na Tabela 2, mostram que cerca de 87,4% (318) dos enfermeiros considera que **ter formação aumenta muito a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI**, e só 0,8% (3) referem que aumenta *nada*.

Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos relativamente ao costume de fazer pesquisa sobre esta temática e em que medida ter formação aumenta a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI

| Questões | Muito | | Pouco | | Nada | | Total | |
|--|-------|------|-------|------|------|------|-------|-----|
| | Fi | % | Fi | % | Fi | % | Fi | % |
| Costuma fazer pesquisa sobre esta temática? | 43 | 11,8 | 267 | 73,4 | 54 | 14,8 | 364 | 100 |
| Em que medida considera que ter formação aumenta a adesão às PP, quanto ao uso do EPI? | 318 | 87,4 | 43 | 11,8 | 3 | 0,8 | 364 | 100 |

De igual forma, pareceu-nos pertinente questionar a nossa população com mais de cinco anos de exercício profissional relativamente à sua postura no que concerne à adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, ao longo dos anos de serviço.

Assim, e remetendo-nos à Tabela 3, dos 364 enfermeiros inquiridos, 275 apresentam mais de 5 anos de exercício profissional, e destes, 66,5% (183) referem que a **adesão às PP, quanto ao uso dos EPI**, alterou-se **muito** ao longo do seu exercício profissional, sendo que os restantes (33,5%) afirmam que a adesão alterou-se **pouco** (30,2%) e **nada** (3,3%).

Tabela 3- Distribuição dos inquiridos com mais de 5 anos de exercício profissional sobre se consideram que a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, se alterou ao longo do seu exercício profissional.

| Questões | Muito | | Pouco | | Nada | | Total | |
|---|-------|------|-------|------|------|-----|-------|-----|
| | Fi | % | Fi | % | Fi | % | Fi | % |
| Se tem mais do que 5 anos de exercício profissional: Considera que ao longo do exercício profissional a sua adesão às Precauções Padrão quanto ao uso do Equipamento de Protecção Individual se alterou? | 183 | 66,5 | 83 | 30,2 | 9 | 3,3 | 275 | 100 |

Dos 266 enfermeiros que responderam na questão anterior que a adesão se tinha alterado, a grande maioria, 95,1% (253), considera que a **adesão às PP, quanto ao uso dos EPI**, se alterou **positivamente ao longo do exercício profissional**, como podemos constatar na Tabela seguinte.

Tabela 4- Distribuição dos inquiridos que responderam que a adesão se alterou ao longo do exercício profissional, relativamente à forma como ocorreu.

| Se respondeu Muito ou Pouco diga se: | Fi | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| Positivamente | 253 | 95,1 |
| Negativamente | 13 | 4,9 |
| Total | 266 | 100 |

A relação entre a forma como a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, se alterou ao longo do exercício profissional, mostra que para a totalidade dos enfermeiros (183) em que se alterou **muito**, foi num sentido **positivo**, sendo que para os que se alterou **pouco** (83), foi tanto num sentido **positivo** (70), como **negativo**.

Tabela 5 – Relação entre a forma como a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, se alterou ao longo do exercício profissional.

| Considera que ao longo do exercício profissional a sua adesão às PP quanto ao uso do EPI se alterou | Positivamente | | Negativamente | | Total | |
|---|---------------|------|---------------|-----|-------|------|
| | Fi | % | Fi | % | Fi | % |
| Muito | 183 | 68,8 | 0 | 0 | 183 | 68,8 |
| Pouco | 70 | 26,3 | 13 | 4,9 | 83 | 31,2 |
| Total | 253 | 95,1 | 13 | 4,9 | 266 | 100 |

7.2 – Adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual

No sentido de verificar a frequência da realização dos indicadores propostos, pensados e dirigidos essencialmente às actividades do quotidiano dos prestadores de cuidados, inquirimos a nossa população no sentido de permitir conhecer, de alguma forma, a sua adesão face às PP quanto ao uso dos EPI, como nos mostra a Tabela 6.

Verificámos, assim, que a maioria dos inquiridos 82,5% (300) refere que **adopta as PP, quanto ao uso dos EPI no seu quotidiano, muitas vezes** (58,0%), e **sempre** (24,5%), e apenas 0,3% **nunca** adopta.

Mais de metade dos inquiridos, 61,0% (222,) refere **seguir as PP, quanto ao uso dos EPI, com todos os doentes independentemente do seu diagnóstico, muitas vezes** (41,8%), e **sempre** (19,2%). De salientar, que ainda um grande número, 31% (113), refere seguir só às vezes.

A maioria dos inquiridos 84,4% (307) refere **colocar de forma adequada o EPI muitas vezes** (44,0%), e **sempre** (40,4%), e apenas 2,4% **raramente** (1,9%), e **nunca** (0,5%).

Grande parte dos enfermeiros, 80,7% (294), **usa avental / bata** quando há possibilidade de sujar as roupas com matéria orgânica, **muitas vezes** (33,2%), e **sempre** (47,5%), havendo ainda 3,6% que usa **raramente** (2,5%), e **nunca** (1,1%).

Observámos, que 46,1% (168) dos enfermeiros **raramente** (25,5%), ou **nunca** (20,6%) usam **óculos** ou **protector da face** quando há possibilidade de salpicos para a mucosa ocular com matéria orgânica, o que representa quase metade da população, e pelo contrário apenas 12,6% usam **sempre**.

A grande maioria dos inquiridos, 94,5% (344), menciona que **usa luvas descartáveis** quando há possibilidade de contacto com mucosas ou matéria orgânica e pele não íntegra **muitas**

vezes (20,6%), e *sempre* (73,9%), e uma ínfima parte, 1,6% (6), refere usar *raramente* (1,1%), e *nunca* (0,5%).

Da mesma forma, mais de metade dos enfermeiros 65,4% (238) refere que **usa máscara** quando há possibilidade de salpicos para a mucosa oral com matéria orgânica *muitas vezes* (28,3%), e *sempre* (37,1%), mas ainda um número significativo, 11,0% usa *raramente* (9,9%), e *nunca* (1,1%).

Relativamente ao **remover de forma adequada o EPI**, a maioria dos participantes, 82,2% (296), refere fazê-lo *muitas vezes* (40,4%), e *sempre* (41,8%).

Também grande parte dos inquiridos, 84,0% (306) refere que **usa o EPI consoante o nível de cuidados a prestar** *muitas vezes* (50,5%), e *sempre* (33,5%), e só 0,3% os usa *nunca*.

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos face aos indicadores relativos à adesão às PP quanto ao uso dos EPI

| Indicadores | Frequência | | | | | | | | | | Total | |
|--|------------|------|-----------|------|----------|------|--------------|------|--------|------|-------|-----|
| | Nunca | | Raramente | | Às vezes | | Muitas vezes | | Sempre | | Fi | % |
| | Fi | % | Fi | % | Fi | % | Fi | % | Fi | % | | |
| Adopta as PP quanto ao uso dos EPI, no seu quotidiano | 1 | 0,3 | 8 | 2,2 | 55 | 15,1 | 211 | 58,0 | 89 | 24,5 | 364 | 100 |
| Segue as PP quanto ao uso dos EPI, com todos os doentes independentemente do seu diagnóstico | 4 | 1,1 | 25 | 6,9 | 113 | 31 | 152 | 41,8 | 70 | 19,2 | 364 | 100 |
| Coloca de forma adequada o Equipamento de Protecção Individual? | 2 | 0,5 | 7 | 1,9 | 48 | 13,2 | 160 | 44,0 | 147 | 40,4 | 364 | 100 |
| Usa avental protector e/ou bata quando há possibilidade de sujar as roupas com matéria orgânica? | 4 | 1,1 | 9 | 2,5 | 57 | 15,7 | 121 | 33,2 | 173 | 47,5 | 364 | 100 |
| Usa óculos ou protector da face quando há possibilidade de salpicos para a mucosa ocular com matéria orgânica? | 75 | 20,6 | 93 | 25,5 | 78 | 21,4 | 72 | 19,8 | 46 | 12,6 | 364 | 100 |
| Usa luvas descartáveis quando há possibilidade de contacto com mucosas ou matéria orgânica e pele não íntegra? | 2 | 0,5 | 4 | 1,1 | 14 | 3,8 | 75 | 20,6 | 269 | 73,9 | 364 | 100 |
| Usa máscara quando há possibilidade de salpicos para a mucosa oral com matéria orgânica? | 4 | 1,1 | 36 | 9,9 | 86 | 23,6 | 103 | 28,3 | 135 | 37,1 | 364 | 100 |
| Remove de forma adequada o Equipamento de Protecção Individual? | 0 | 0 | 6 | 1,6 | 59 | 16,2 | 144 | 40,4 | 152 | 41,8 | 364 | 100 |
| Usa o Equipamento de Protecção Individual consoante o nível de cuidados a prestar? | 1 | 0,3 | 10 | 2,7 | 47 | 12,9 | 184 | 50,5 | 122 | 33,5 | 364 | 100 |

Relativamente à indicação das principais **razões da adesão às PP, quanto ao uso dos EPI**, obtivemos 866 respostas, sendo que para 87,9% dos sujeitos, o que corresponde a 37,0% das respostas, a razão mais valorizada é *para protecção individual*. A razão *evitar a transmissão cruzada* surge, também, com grande relevância, dado que 84,9% dos enfermeiros a assinalam, o que corresponde a 309 respostas (35,7%). Com expressividade residual surge a razão *porque os outros também aderem*, uma vez que em termos dos enfermeiros somente 0,5% a mencionam (0,2% (2) das respostas).

Quadro 2 - As principais razões da adesão às PP, quanto ao uso dos EPI

| As principais razões da adesão às PP, quanto ao uso dos EPI | Respostas | | Sujeitos |
|--|-----------|------|----------|
| | Fi | % | % |
| Para protecção individual | 320 | 37,0 | 87,9 |
| Evitar a transmissão cruzada | 309 | 35,7 | 84,9 |
| Transmitir segurança na realização das actividades | 187 | 21,6 | 51,4 |
| Estar indicado no protocolo da instituição | 48 | 5,5 | 13,2 |
| Porque os outros também aderem | 2 | 0,2 | 0,5 |
| Total | 866 | 100 | 237,9 |

No que concerne à indicação das principais **razões da não adesão às PP, quanto ao uso dos EPI**, obtivemos 580 respostas, sendo que a razão mais evocada, para 47,4% dos sujeitos, o que corresponde a 29,7% das respostas, *ser os EPI não estarem disponíveis*. A razão *esquecimento*, com 127 respostas (21,9 %), e *considerar que não há necessidade*, com 107 respostas (18,4%), surgem também com grande relevância, dado que 35,0% e 29,5% dos enfermeiros as assinalam, respectivamente. Com pouca expressividade, surgem as razões *dificuldade em alterar comportamentos*, *o desconhecimento* e *a falta de motivação*, uma vez que somente 0,3% dos enfermeiros as mencionam (0,2% (1) das respostas).

Quadro 3 - As principais razões da não adesão às PP, quanto ao uso dos EPI

| As principais razões da não adesão às PP, quanto ao uso dos EPI | Respostas | | Sujeitos |
|--|-----------|------|----------|
| | Fi | % | % |
| Os EPI não estarem disponíveis | 172 | 29,7 | 47,4 |
| Esquecimento | 127 | 21,9 | 35,0 |
| Considerar que não há necessidade | 107 | 18,4 | 29,5 |
| Não ser prático | 88 | 15,2 | 24,2 |
| A colocação dos EPI consumir muito tempo | 70 | 12,1 | 19,3 |
| Situações de emergência | 8 | 1,4 | 2,2 |
| Não consciencialização dos riscos | 3 | 0,5 | 0,8 |
| Especificidade do serviço | 2 | 0,3 | 0,6 |
| Dificuldade em alterar comportamentos | 1 | 0,2 | 0,3 |
| Desconhecimento | 1 | 0,2 | 0,3 |
| Falta de motivação | 1 | 0,2 | 0,3 |
| Total | 580 | 100 | 159,8 |

Solicitámos aos inquiridos que ordenassem um conjunto de EPI, por ordem de frequência quanto ao seu uso, do mais utilizado (1º), ao menos utilizado (9º), o que resultou num conjunto de respostas ordenadas. Ao somarmos o valor da cotação de cada uma, encontrámos a ordem de frequência do uso do EPI. Como refere Tuckman (2002) o *score* final resulta da soma da cotação de cada resposta em todos os sujeitos, em que o número de respostas em cada posição é multiplicado pelo peso dessa posição.

Através do Quadro 4, observámos que para os nossos 364 inquiridos as luvas são o EPI mais utilizado seguido do avental, da máscara e da bata, e só por último, apresentando *scores* mais elevados, se encontram os restantes EPI como o barrete, a máscara com viseira, os óculos o protector de sapatos e o respirador.

Quadro 4 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à frequência de uso dos EPI.

| Equipamento de Protecção Individual | Fi hierárquico | | | | | | | | | Soma dos scores | Frequência de uso |
|-------------------------------------|----------------|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----------------|-------------------|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 9º | | |
| Luvas | 328 | 9 | 16 | 6 | 2 | 3 | 0 | 6 | 0 | 446 | 1º |
| Avental | 6 | 247 | 45 | 23 | 13 | 13 | 10 | 7 | 0 | 996 | 2º |
| Máscara | 9 | 64 | 204 | 66 | 9 | 8 | 3 | 1 | 0 | 1135 | 3º |
| Bata | 1 | 24 | 72 | 158 | 66 | 23 | 14 | 4 | 2 | 1513 | 4º |
| Barrete | 20 | 9 | 12 | 38 | 93 | 57 | 46 | 61 | 28 | 2095 | 5º |
| Máscara c/ viseira | 0 | 1 | 8 | 32 | 41 | 70 | 100 | 59 | 30 | 2336 | 6º |
| Óculos | 0 | 0 | 2 | 18 | 40 | 72 | 79 | 106 | 47 | 2534 | 7º |
| Protector de sapatos | 0 | 10 | 2 | 9 | 36 | 66 | 55 | 55 | 131 | 2642 | 8º |
| Respirador | 0 | 0 | 3 | 14 | 41 | 52 | 57 | 71 | 126 | 2683 | 9º |

8- ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, pretendemos agora analisá-los à luz dos conhecimentos actuais sobre esta temática. Neste capítulo, os dados não se encontram pela ordem que foram apresentados anteriormente, no que respeita à ordem do questionário, mas sim agrupados de forma a facilitar a sua análise.

Relativamente aos dados demográficos que caracterizaram a nossa população, verificámos que a grande maioria dos enfermeiros são do sexo feminino (79,1%), valor que já era esperado visto que no efectivo dos profissionais de enfermagem continua a predominância de enfermeiros desse sexo, como nos demonstra a estatística da Ordem dos Enfermeiros referente ao ano de 2010, onde 81,2% (50841) são do sexo feminino.

Relativamente à idade, e por se verificar uma elevada dispersão dos inquiridos, procedemos à recodificação desta variável e ao seu agrupamento por faixas etárias, escolhendo a utilizada na estatística da OE (2010). Dos 364 inquiridos, 2 não responderam a esta questão. As idades estão compreendidas entre os 21 e os 61 anos, com uma média de 35,73 anos (d.p.= 8,63), uma moda (*Mo*) de 27 e uma mediana (*Me*) de 35.

Verificámos que a faixa etária 26-30 anos é a mais representativa (26,1%), seguida da faixa 36-40 anos (19%). Os dados também vão de encontro aos valores estatísticos de 2010 apresentados pela Ordem dos Enfermeiros, onde o grupo etário de 26-30 anos é o mais representativo, com 14373 enfermeiros, seguido dos grupos etários de 31-35 e 36-40 anos, que apresentam 9582 e 7571 enfermeiros, respectivamente.

Referente às Habilitações Literárias da nossa população, constatámos que a grande maioria (94,2%) apresenta a Licenciatura como habilitação literária e apenas 2,5%, o Bacharelato. O nível de habilitações dos enfermeiros reflecte o progressivo aumento do nível de ensino da Enfermagem nos últimos anos, principalmente a partir da década de 90, com o Curso de Enfermagem equiparado ao grau de Licenciatura e a consequente integração das Escolas Superiores de Enfermagem no ensino superior.

No que diz respeito à Categoria profissional, a categoria de enfermeiro graduado é a que apresenta maior representatividade (45,1%), seguida de muito perto da dos enfermeiros (43,7%) e, por último, apresentando apenas 11,2%, a categoria dos enfermeiros especialistas (especialistas e graduados com a especialidade). Estes valores corroboram os dados de 2010 da Ordem dos Enfermeiros, onde 82,95% (51903) são enfermeiros generalistas e 17,05% (10673) são enfermeiros especialistas.

Relativamente ao Tempo de exercício profissional, e por se ter verificado também uma elevada dispersão dos inquiridos, procedemos à recodificação desta variável, onde a amplitude varia

entre ter menos de 1 ano e 35 anos, com uma média de 15,69 anos (d.p.= 16,91), uma moda de 15 e uma mediana de 13.

Os dados acima referidos apresentam o perfil do grupo de sujeitos que partilhou as suas opiniões enquanto prestadores de cuidados relativamente à adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual, que serão agora analisadas.

8.1- Conhecimento e formação

Neste estudo, a quase totalidade dos inquiridos referem que conhecem as Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual (98,9%) e consideram ser importante a sua utilização no quotidiano (97,3%). Valores acima do esperado, comparativamente com outros estudos realizados igualmente com enfermeiros, onde se observam que apenas 73,5% dos participantes conhecem o conceito sobre as medidas de Prevenção Padrão (Molinari, 2006).

Os profissionais, ao apresentarem estes conhecimentos e acreditarem na importância destes, na sua prática, tornam-se elementos fundamentais ao nível da prevenção e controlo da infecção assim como ao nível da segurança.

Acreditamos que o conhecimento e a sensibilização a esta temática devam ser introduzidos com bastante ênfase na formação académica inicial e consequente transposição para a prática, sob pena das recomendações não serem compreendidas e valorizadas durante a actividade profissional.

Assim, relativamente à Formação apurámos que pouco mais de metade dos enfermeiros (59,9%) viu contemplada na sua *formação inicial* formação em PP, quanto ao uso dos EPI, facto que, se relacionarmos com a média de anos de exercício profissional encontrada (15,69 anos), poderá ser explicado com a circunstância da formação inicial se ter desenrolado na década de 90, pois só nos últimos anos se tem assistido a uma mudança acentuada nos dois níveis envolvidos, formação e prática.

Mesmo não sendo um valor muito significativo (63,2%), os que responderam que *participaram em formação* nesta área *no decorrer do percurso profissional*, observámos que um percentual considerável de profissionais tem procurado um aumento do saber, quiçá decorrente da necessidade de aperfeiçoamento profissional numa lógica de formação ao longo da vida, assim como pela necessidade de crescimento profissional. Nos dias de hoje, não há como permanecer num plano de inércia, pois a dinâmica social impõe o desafio à mudança (Melo, 2005).

Podemos dizer, que havendo pouca formação na Formação pré-graduada, a aquisição de conhecimentos fica um pouco à mercê da iniciativa do profissional. Como tal, e no sentido de saber se o conhecimento também era adquirido em processo de auto-formação, como referido anteriormente, questionámos os enfermeiros sobre o hábito de realizar pesquisa sobre esta temática. Constatámos, que $\frac{3}{4}$ (73,4%) destes revela que costuma fazer *pouca* pesquisa e somente 11,8% dizem fazer *muita* pesquisa.

Uma das premissas que leva ao sucesso da alteração das práticas é o conhecimento, e as actividades de educação são formas de partilhar conhecimentos e estabelecer novas compreensões, pelo que as abordagens a desenvolver relativas às Precauções Padrão e aos equipamentos de protecção individual precisam ser recuperadas e trabalhadas.

Ao questionarmos os inquiridos sobre a sua percepção face à premissa formação aumenta em que medida a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, os dados colhidos mostram que cerca de 87,4% dos enfermeiros considera que ter formação aumenta *muito* a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI e só 0,8% referem que aumenta *nada* .

Promover o conhecimento sobre as PP é uma importante estratégia para a adesão às mesmas, pois permite e facilita uma compreensão para além da aparente percepção. No entanto, sabemos que, mesmo com estratégias bastante eficazes, por si só não garantem as boas práticas, pois o comportamento humano e a tomada de decisão resulta de uma inter-relação entre diferentes variáveis, sendo que nenhuma delas determina a acção, mas sim comportamentos prováveis.

A maioria dos estudos (Melo, 2005; Ferreira et al., 2008) reconheceu que a educação por si não é suficiente para melhorar efectivamente a adesão, pois são necessárias intervenções conjuntas, visto que a adesão pode ser influenciada por inúmeros factores. A educação continuada também foi referida como uma intervenção eficaz na mudança de comportamento dos profissionais, quando comparada com acções isoladas. As actividades de educação permanente são importantes para o desenvolvimento de competências que visam o controlo da infecção, possibilitando a discussão de questões da prática e assim transpor barreiras que impedem a adesão dos profissionais às Precauções Padrão. No entanto, esta formação terá que ser continuada, sob pena das modificações existentes no comportamento dos profissionais pós formação, retornarem novamente à posição inicial (Melo, 2005 citando Moscovici, 1999; Ferreira et al., 2008; Melo, 2005).

O CDC (2007) refere que, entre os enfermeiros, o aumento dos anos de experiência profissional é um factor preditivo negativo face à adesão, contrariamente aos dados obtidos neste estudo. Encontramos um elevado número de enfermeiros que apresenta mais de 5 anos de exercício profissional (275) e, destes, mais de metade (183) referem que a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, alterou-se *muito* ao longo do seu exercício profissional, mas sempre num sentido positivo, sendo que os restantes (92) afirmam que a adesão alterou-se *pouco* (83) e tanto num sentido positivo (70) como negativo (13), e só uma pequena parte refere que *nada* (9).

Estes dados não corroboram os referidos na bibliografia, o que nos pode levar a pensar se o grande esforço desenvolvido nestes últimos anos na implementação das Precauções Padrão e uso dos equipamentos possam de alguma forma ter invertido este comportamento dos enfermeiros na instituição.

Outros autores (Moura, 2004; Brevidelli, 2001) sugerem que os profissionais com mais tempo de serviço e experiência profissional sentem-se mais seguros e, de algum modo, possam negligenciar algumas precauções por confiar demasiado na sua destreza, assim como são

indivíduos que apresentam maior resistência em alterar o seu comportamento, sendo uma possível causa para a menor adesão às Precauções Padrão (Ferreira et al., 2008 citando Miceli et al., 2005).

Importante, também, salientar que noutro estudo (Melo, 2005) o tempo de exercício profissional fez com que os profissionais fossem desconsiderando o risco quotidiano a que estão sujeitos, imputando falta de maturidade o ser susceptível ao risco.

Em suma, ter conhecimento, ou adquirir conhecimento através da formação inicial, ou ao longo do percurso profissional fazendo pesquisa, ou de outra forma, irá certamente facilitar e promover a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, mesmo sabendo-se que só ter formação não implica saber fazer, e fazer sempre. Também é importante frisarmos que, mesmo que os profissionais apresentem vários anos de exercício profissional e posturas consonantes, ter conhecimento e formação sobre os riscos que correm e os benefícios que podem obter quando aderem às PP, quanto ao uso dos EPI, é uma mais-valia para uma actuação mais segura e consciente.

8.2 – Adesão

Como já aqui foi referido, alguns pesquisadores (Zapparoli, 2005; Florêncio et al., 2003) têm demonstrado que a adesão às Precauções Padrão se encontra abaixo do nível desejado, mesmo quando se sabe que são uma importante medida de prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde. Os enfermeiros têm se mostrado resistentes à adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, subestimando muitas vezes o risco a que estão sujeitos.

Assim, procuramos analisar os resultados obtidos referentes à postura que os enfermeiros assumem ter no seu quotidiano, quando, como e com que frequência usam os EPI, e quais as razões que os levam a aderir, ou não, às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual.

Verificámos que a maioria dos inquiridos (82,5%) adopta as PP, quanto ao uso dos EPI, no seu quotidiano, *muitas vezes* (58,00%), e *sempre* (24,5%).

Contrariamente, quando questionados relativamente à postura de precaução quanto ao uso dos EPI em presença de todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico, observámos que menos de metade dos inquiridos (48,7%) segue as PP, quanto ao uso dos EPI, *muitas vezes* (41,8%), e *sempre* (6,9%).

Os dados mostram-nos que, se por um lado os enfermeiros assumem que adoptam as Precauções Padrão quanto ao uso dos EPI no seu quotidiano, por outro, menos de metade refere adoptar em presença de todos os doentes. Podemos dizer que estes resultados não corroboram as guidelines (DGS, 2006), quando referem que dado o grau de incerteza relativamente à presença e ao tipo de agentes biológicos existentes (nos vários fluidos orgânicos) deverão os profissionais adoptar uma atitude de autoprotecção constante, assim como desenvolver hábitos de trabalho seguros, como se de facto todos fossem infectantes,

através de um conjunto de procedimentos designados por “Precauções Universais” (ou Padrão) como prática quotidiana.

As Precauções Padrão são a principal forma de prevenção e controlo das infecções, pois considera todos os doentes como fonte potencial de microrganismos, e uma vez reconhecida como efectiva é imprescindível na prática profissional, devendo ser utilizada quotidianamente por todos (Ferreira et al., 2008 citando Doebbeling et al., 2001).

Assim, os profissionais de saúde devem ter conhecimento e aptidões para prevenir os acidentes, no caso de riscos biológicos, devendo ser capazes de presumir que todos os doentes podem estar infectados por patogéneos passíveis de transmissão, e não sendo possível ter a certeza de quem está, ou não, infectado, deve agir-se em conformidade, aderindo rigorosamente às Precauções Padrão (Zapparoli, 2005; Pinho, 1997 citado por Lima, 2008).

Outro estudo, igualmente envolvendo enfermeiros, apresentou que somente 1,5% da amostra estudada adoptaram as Precauções Padrão e 63,3% dos sujeitos referiram adoptar, mas baseada em julgamentos relacionados com a nacionalidade, estilo de vida e orientação sexual (Cutter e Jordan, 2004 citados por Melo, 2005). Se, por um lado, o comportamento dos profissionais quanto ao uso de barreiras é apenas para o doente já identificado como de risco, ou que esse risco é palpável ou confirmado, por outro, utilizar juízos de valor ou ideias pré concebidas como base para as tomadas de decisão levam a práticas que, se pautadas nesses critérios, podem colocar em risco toda uma equipa. Também se torna importante referirmos que uma certa atitude discriminatória emana no uso de variáveis como as supracitadas, o que nos leva a repensar a realidade dos cuidados de saúde no século XXI, face à postura dos profissionais envolvidos.

Através da proximidade frequente com a pessoa doente, o enfermeiro encontra-se em contacto directo com potenciais microrganismos patogénicos, pelo que é necessária uma postura constante de prevenção e protecção, nomeadamente através das Precauções Padrão e medidas como a utilização dos EPI.

Cada Instituição é responsável por fornecer estes equipamentos de protecção individual em qualidade e quantidade suficientes aos procedimentos necessários, mas é da responsabilidade de cada profissional de saúde seleccionar as barreiras protectoras mais apropriadas em função do contacto previsto, com o objectivo de quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infecção, sabendo adequar as barreiras protectoras aos procedimentos (PNCI, 2006).

Como tal, observamos que grande parte dos inquiridos do nosso estudo (84,0%) refere que usa o EPI consoante o nível de cuidados a prestar *muitas vezes* (50,5%), e *sempre* (33,5%), e só uma ínfima parte (0,3%) *nunca* os usa. Estes dados não corroboram outros estudos (Moura, 2004 citando outros autores), que referem que nos Enfermeiros encontraram baixa aderência às Precauções Padrão em diversas situações, nomeadamente 55% não empregavam barreiras protectoras no momento da exposição a secreções.

A decisão de usar, ou não, e quais os equipamentos de protecção, deve ser baseada numa avaliação de risco de transmissão de microrganismos, no entanto, sabe-se que os profissionais relativamente aos aspectos de saúde, têm percepções de risco diferentes face à mesma situação (Lima, 2008 citando Pratt et al., 2001).

Salavessa e Uva (2007) referem, também, que os trabalhadores optam por usar protecção individual quando possuem informação sobre os riscos a que estão sujeitos e quando acreditam que as vantagens da protecção compensam o sacrifício do seu uso.

Então, como assumem usar os vários equipamentos de protecção individual, os enfermeiros inquiridos? Os dados do estudo mostram-nos que a sua maioria (94,2%) indicou que usa luvas *muitas vezes* (20,6%), e *sempre* (73,6%); mais de metade (80,7%) usa avental / bata *muitas vezes* (33,2%), e *sempre* (47,5%); mas pouco mais de metade (65,4%) usa máscara *muitas vezes* (28,3%), e *sempre* (37,1%), e apenas menos de metade dos enfermeiros (32,4%) usa óculos ou protectores da face *muitas vezes* (19,8%), e *sempre* (12,6%), quando há possibilidade de contacto com mucosas ou matéria orgânica e pele não íntegra.

Os dados reflectem a bibliografia consultada, que salienta a semelhança entre os vários estudos, relativamente à existência de elevados níveis de adesão no item uso de luvas e o uso de aventais, óculos protectores e máscaras os que apresentam níveis mais baixos (Brevidelli, 2006; Gershon et al., 1995; DeJoy et al., 2005; Michaelsen et al., 1997, citados por Brevidelli, 2006).

Importante também referirmos Lima (2008), citando Flores et al. (2006), quando observam que a adesão ao uso de luvas é geralmente alta (92%), mas que estas também são usadas excessivamente, sendo no seu estudo de 42% a proporção de excesso.

Também nos EUA, num estudo realizado em enfermeiros parteiros, um total de 585 profissionais referiram adoptar as medidas de Precauções Padrão, mas somente 44,3% dos mesmos utilizavam máscaras durante a realização de partos (Willy et al., 1990), assim como noutro estudo (Mafra et al., 2008), 41,66% da amostra fazem uso da máscara tipo cirúrgica e só 16,66% fazem uso dos óculos de protecção.

Ainda Brevidelli (2006), ao investigar os níveis de adesão às Precauções Padrão entre profissionais de um hospital universitário conclui, que uma vez que a adesão rigorosa às recomendações implica uma utilização das medidas preventivas em frequências elevadas, a maioria dos itens não obteve adesão satisfatória, mas apenas a recomendação para o uso de óculos de protecção atingiu níveis insatisfatórios.

Os dados acima descritos corroboram os *scores* encontrados neste estudo, relativamente à frequência de uso dos equipamentos de protecção individual. Analogamente as luvas, o avental e a máscara são os equipamentos mais utilizados, e só depois os restantes EPI, com os óculos a aparecer em 7º lugar de frequência. Confirmando os dados obtidos, também Vasconcelos et al. (2008) refere que os enfermeiros, quando solicitados a informar a frequência do uso dos equipamentos de protecção durante a prática, informa que usa sempre luvas, máscara e barrete, e nem sempre óculos e bata.

Relativamente ao equipamento mais utilizado gostaríamos de salientar que hoje o uso de luvas faz parte integrante da prática diária na prestação dos cuidados de saúde, tendo o seu consumo aumentado de forma significativa com a divulgação das Precauções Padrão. Se forem usadas quando indicado, e de forma correcta, têm um papel importante na prevenção da transmissão cruzada, protegendo os doentes e os profissionais. No entanto, constata-se que o seu uso, apesar dos seus inequívocos benefícios, está a tornar-se num crescente risco de transmissão cruzada de infecção, tanto mais do que a não lavagem das mãos (Pina, 2006).

São inúmeros os estudos que demonstram os riscos de utilização inapropriada de luvas, observando-se que em mais de 50% das situações o seu uso é desnecessário (Pina, 2006 citando Stringer et al.).

Num dos estudos mais recentes (Girou et al., 2004 citado por Pina, 2006) observou-se que dos 784 contactos entre doentes e profissionais o uso de luvas aconteceu em 93,5% dos mesmos, quando apenas havia indicação para 58%, como também em 8% das situações que deveriam ter sido usadas luvas, não o foram. Referimos, ainda, que em 64,4% dos contactos as luvas não foram removidas entre doentes, e a lavagem das mãos, após a remoção, aconteceu em apenas 50% dos casos. No entanto, existem provas evidentes de que o uso correcto de luvas está associado a uma diminuição significativa da contaminação das mãos (Pina, 2006 citando outros autores).

É fundamental a existência de uma política racional para o uso de luvas para protecção contra os riscos biológicos e outros, para se obter a segurança pretendida nas situações de risco, assim como evitar os riscos desnecessários para os doentes e profissionais.

Como tal, uma das formas para se conseguir atingir esse pressuposto é através de uma correcta utilização dos equipamentos, nomeadamente no que diz respeito à sua colocação e remoção. Neste estudo observámos que a maioria assume que os colocam (84,4%) e removem (82,2%), de forma adequada. Estes dados vão de encontro ao preconizado pelo PNCl (2006), quando com o objectivo de, mais uma vez, quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infecção, refere que é necessário cumprir as regras de colocação e remoção dos equipamentos (retirá-los imediatamente após os procedimentos e ainda junto do doente; não passar de um doente para outro com as mesmas barreiras de protecção e entre procedimentos limpos/sujos, no mesmo doente).

Lima (2008) constatou respostas semelhantes relativamente ao hábito de remover correctamente as luvas, onde 60,2% referiu fazê-lo sempre e 38% de modo muito frequente.

Não podemos deixar de alertar para o facto de que, por exemplo, o uso de luvas nem sempre corresponder aos benefícios pretendidos, podendo mesmo constituir um risco acrescido, tanto para os doentes como para os profissionais, visto que a sua remoção nem sempre acontece de forma correcta (Pina, 2006).

Ao removerem correctamente os EPI, os profissionais diminuem as oportunidades de contaminação das superfícies e consequente transmissão cruzada, pelo que é importante que sejam interiorizadas estas práticas que encerram riscos de grande importância mas muitas vezes imperceptíveis (Lima, 2008).

Diversos estudos têm sido realizados com o intuito de analisar o comportamento dos profissionais, de forma a entender melhor as suas motivações relativamente a esta problemática, assim como identificar as principais causas do não cumprimento das normas de boa prática.

Depois de tudo o que já foi referido e após a análise de todos estes dados, resta-nos agora tentar perceber quais são as razões apresentadas pelos profissionais, que tanto os levam a aderir, ou não, às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual, sabendo nós, à partida, que serão apenas uma ínfima parte das existentes na realidade.

Assim, e relativamente à indicação das principais razões da adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, obtivemos 866 respostas, sendo que a razão mais valorizada para 87,9% dos sujeitos foi *para protecção individual* (37,0% das respostas). Estes dados não corroboram alguma da bibliografia consultada, onde a adesão ao uso do EPI está estreitamente relacionada à percepção que os profissionais possuem acerca dos riscos a que estão expostos e da susceptibilidade a estes riscos, pelo que se evidenciou que os profissionais banalizam os riscos ocupacionais com material biológico, e a maioria não sabe identificar as consequências resultantes do desrespeito do uso das medidas de prevenção (Florêncio et al., 2003).

A razão *evitar a transmissão cruzada* surge também com grande relevância, dado que 84,9% dos enfermeiros a assinalaram (35,7% das respostas).

Os profissionais de saúde, por um lado conscientes da problemática da exposição aos riscos profissionais, e por outro sabendo da necessidade de um sistema de prevenção e controlo das infecções com medidas aplicáveis a todos os intervenientes que possam servir de transmissão de microrganismos, têm vindo a adquirir ao longo dos anos uma diferente postura, nomeadamente relacionada com a utilização de equipamento de protecção individual. Sem dúvida, a utilização do EPI está intimamente ligada à vontade e decisão individual do profissional (Salavessa, 2007).

Sabemos que a adesão dos profissionais às práticas de controlo de infecção diminui a transmissão dos agentes infecciosos nas instalações de saúde, contudo, vários estudos de observação mostraram adesão limitada às práticas, variando entre os 43% e os 89% a adesão às Precauções Padrão (CDC, 2007).

Para cerca de metade dos enfermeiros (51,4%) a razão é *transmitir segurança na realização das actividades* (21,6% das respostas), o que nos pode levar a pensar que, se por um lado isto é verdadeiro, por outro poderá conduzir a um excesso de confiança e à banalização dos riscos e do uso dos EPI.

Por ser uma razão que interessa particularmente à investigadora, referimos também que cerca de 13,2% dos enfermeiros assume que é *por estar indicado no protocolo da instituição* (5,5% das respostas). Mesmo não sendo uma razão de primeira linha, é útil saber que a existência do protocolo na instituição ajuda na adesão às PP, quanto ao uso dos EPI.

Com expressividade residual surge a razão *porque os outros também aderem*, pois somente 0,5% dos enfermeiros a mencionam, contrariamente ao observado na literatura, que alega que

a imitação dos pares e a observação dos modelos sociais são factores que favorecem o uso dos EPI (Lima, 2008 citando Dubois et al., 2003).

Quanto às principais razões da não adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, verificámos um total de 580 respostas onde para quase metade dos sujeitos (47,4%) a razão mais evocada foi a *não disponibilidade dos EPI*, seguida da razão *esquecimento* para cerca de 1/3 dos enfermeiros (35%).

Ainda para um número significativo de indivíduos (29,5%), a razão é *considerar que não há necessidade*, seguida de muito perto pelas razões *não ser prático* (24,2%), e a *colocação dos EPI consumir muito tempo* (19,3%).

Com pouca expressividade surgem as razões *situações de emergência*, *não consciencialização dos riscos*, *especificidade do serviço*, *dificuldade em alterar comportamentos*, o *desconhecimento* e a *falta de motivação*, uma vez que somente 2,2%, 0,8% e 0,3% dos enfermeiros as mencionam, respectivamente.

A literatura refere como motivos para a não adesão, entre outros, e corroborando os dados do nosso estudo, a falta de destreza para usar determinados tipos de EPI, não sendo prático o seu uso, crenças pessoais que levam o indivíduo a não considerar o risco, os profissionais valorizarem a segurança do doente em detrimento da própria, poder colocar a vida do doente em risco se demorar na colocação dos EPI, mas também a falta dos mesmos no seu local de trabalho, denotando responsabilização não apenas aos profissionais mas também às instituições (Ferreira et al., 2008; Ferguson et al., 2004; Melo, 2005).

Salavessa e Uva (2007) referem que o uso dos EPI constitui um acréscimo de exigências aos profissionais, originando frequentemente desconforto e outros inconvenientes, principalmente quando usados durante longos períodos de tempo. Igualmente referem, que os trabalhadores optam por usar protecção individual quando o EPI está disponível e estão asseguradas as condições necessárias para a sua manutenção.

Já Zapparoli (2005) se intriga sobre as razões do não uso das medidas de Precaução Padrão e duvida entre, por não estarem conscientes do risco a que estão expostos, ou por não terem ainda interiorizado o hábito do uso das mesmas. Grande parte dos trabalhadores julga desnecessário o uso dos EPI, e apenas 40% dos enfermeiros fazem uso dos equipamentos, evidenciando que avaliam de forma equívoca a sua utilização, por não valorizarem a real importância do seu uso tendo em vista a prevenção, chegando mesmo a considerar ser impossível a auto-protecção em situações de emergência (Zapparoli, 2005 citando Sarquis e Felli, 2000, Nishide et al., 2004 e Philipps et al., 2002).

Encontram-se outras justificações para a não adesão às PP, nomeadamente a urgência do procedimento, perda de habilidade, pressa, não concordância com a precaução, situações inesperadas, doentes de baixo risco, entre outras, que vão também um pouco ao encontro das encontradas no nosso estudo.

Concordamos com Melo (2005), quando refere que não considerar a universalidade do risco e a necessidade das Precauções Padrão é expor-se mais do que a própria profissão abarca.

Em síntese, a maioria dos enfermeiros refere apresentar uma postura de adopção às PP, quanto ao uso dos EPI no seu quotidiano, não em presença de todos os doentes, mas sim consoante o nível de cuidados a prestar, sendo os equipamentos mais utilizados as luvas, o avental e a máscara, assumindo na sua grande maioria utilizá-los de forma adequada. Relativamente às razões que os levam a aderir, ou não, às Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual, estas variam entre para protecção individual, evitar a transmissão cruzada e transmitir segurança, e falta de disponibilidade dos equipamentos, esquecimento e não haver necessidade, respectivamente. Como refere a bibliografia a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, é influenciada por diversos factores e, como observamos, neste estudo, os do foro individual não são negligenciáveis, apresentando peso suficiente para a necessidade de gerar estratégias de mudança.

9- CONCLUSÃO

Mesmo sabendo que os dados apresentados apenas dizem respeito à subjectividade dos inquiridos, com diferentes percursos e experiências, considerámos ser válida a opinião que assumem ter sobre as Precauções Padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual e o que estas representam nas suas vidas profissionais. Se, por um lado, a adesão às Precauções Padrão depende de vários factores, por outro não invalida esta abordagem apenas ao nível da vertente individual do profissional, tentando compreendê-la através deste, o que nos facultou dados essenciais para o nosso trabalho diário.

Julgamos que a reflexão realizada no decorrer da pesquisa e a análise dos dados encontrados permitiu-nos ter atingido os objectivos a que nos propusemos.

Da investigação

Os resultados obtidos nesta investigação são referentes à população que se apresenta maioritariamente feminina, com uma média de idades de 35 anos, com o grau académico de licenciado como habilitação literária e a categoria profissional de enfermeiro graduado, com uma média de 15 anos de tempo de exercício profissional.

Os dados permitem-nos concluir que a quase totalidade dos enfermeiros (n=364) refere conhecer as PP, quanto ao uso dos EPI, o que, mesmo sendo importante não é suficiente, pois sabemos que o conhecimento por si só não garante a mudança de comportamentos, dependendo de vários factores como a motivação, propensões, nível de maturidade, atitudes, crenças e valores.

Relativamente à Formação, pouco mais de metade dos enfermeiros viu contemplada na sua formação inicial formação em PP, quanto ao uso dos EPI, assim como os que participaram em formação nesta área no decorrer do percurso profissional.

Talvez estes dados ajudem a perceber porque grande parte dos enfermeiros revela que costuma fazer pouca pesquisa nesta área.

Mesmo apresentando valores medianos relativos à formação, grande parte assume que considera que ter formação aumenta muito a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI.

Sabemos que a educação/formação como forma de aumentar a adesão é a intervenção de eleição e a mais utilizada, contudo, o que se verifica na prática, é que enquanto mudanças positivas são demonstradas ao nível do conhecimento e das atitudes, estas não conduzem ao mesmo nível de mudanças do comportamento.

Da mesma forma, e como refere o CDC (2007), entre os enfermeiros o aumento de anos de serviço é um factor preditivo negativo para a adesão, o que contraria os dados encontrados neste estudo, onde um número elevado de enfermeiros apresenta mais de 5 anos de exercício profissional, e destes mais de metade referem que a adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, se alterou muito ao longo do seu exercício profissional, mas sempre num sentido positivo.

A maioria dos inquiridos assume adoptar as PP, quanto ao uso dos EPI, no seu quotidiano, mas contrariamente observámos que menos de metade as segue em presença de todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico.

Talvez seja possível entender a discrepância anterior quando observámos que grande parte dos inquiridos do nosso estudo refere que usa o EPI consoante o nível de cuidados a prestar e que seja essa a premissa principal para a adopção das PP, quanto ao uso dos EPI, no quotidiano.

Sugerimos uma maior consciencialização dos profissionais de enfermagem da necessidade do uso dos equipamentos de protecção como elemento essencial das Precauções Padrão, para que seja possível superar a resistência ao seu correcto uso, levando os profissionais às boas práticas. No sentido de melhorar a adesão a essas práticas, é necessária uma abordagem multifacetada, que incorpore factores tanto ao nível organizacional, como individual.

Os dados mostram-nos que a maioria usa luvas, mais de metade usa avental / bata, mas pouco mais de metade usa máscara, e apenas menos de metade dos enfermeiros usa óculos ou protectores da face, quando há possibilidade de contacto com mucosas ou matéria orgânica e pele não íntegra. A adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, é assim referida pela maioria dos participantes mas, no entanto, os resultados obtidos apresentam uma menor adesão à recomendação para o uso de óculos protectores, contrastando com valores bem maiores de adesão ao uso de luvas, o que talvez sugira necessidade de educação e treino permanente, salientando a importância do uso dos EPI no geral, e não apenas o uso das luvas, em particular.

Da mesma forma, os enfermeiros consideram as luvas, o avental e a máscara os equipamentos mais utilizados, e só depois os restantes EPI, com os óculos a aparecer em 7º lugar de frequência de uso.

Neste estudo, ainda observámos que a maioria dos enfermeiros inquiridos assume que coloca e remove os equipamentos de protecção individual de forma adequada. Formar e treinar os profissionais para uma correcta selecção das barreiras, sua colocação e remoção, é fundamental do ponto de vista da prevenção e controlo da transmissão cruzada da infecção (PNCI, 2006).

No que diz respeito às principais razões da adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, observámos que as razões mais valorizadas foram *para protecção individual, evitar a transmissão cruzada e transmitir segurança na realização das actividades*.

Quanto às principais razões da não adesão às PP, quanto ao uso dos EPI, verificámos que as razões mais evocadas foram *a não disponibilidade dos EPI, o esquecimento, considerar que não há necessidade, não ser prático e a colocação dos EPI consumir muito tempo*. A razão mais relevante apontada pelos enfermeiros não deixa de ser preocupante, pois para que qualquer política relacionada com o uso dos EPI apresente eficácia é preciso que estes estejam disponíveis (Clark et al., 2002 citado por Pina, 2007), mas também, factores como o esquecimento e considerar que não há necessidade são considerados graves, visto que são entendidos como motivos pessoais.

Para a prática

Com este estudo, pensamos ter conseguido identificar problemas e necessidades imprescindíveis para a elaboração de estratégias de acção local e institucional capaz de, porventura, alterar a conduta dos enfermeiros prestadores de cuidados, conduzindo ao acréscimo da adesão às PP e uso dos EPI e, conseqüentemente, a um ambiente de trabalho e cuidados mais seguros.

Só com análises deste tipo é possível conhecermos a realidade através da informação do que se faz, do que não se faz e porquê, com o intuito de se instituírem práticas compatíveis com as exigências actuais. Como tal, pensamos que tão importante é a avaliação das medidas de precaução instituídas, como também a própria adesão dos profissionais a essas mesmas medidas e ao uso dos equipamentos de protecção individual, visto que efectivamente são essenciais para quebrar a cadeia de transmissão cruzada dos agentes infecciosos.

A não adesão às medidas de precaução é um problema real, que se reverte objectivamente em danos a indivíduos, cuja extensão é difícil de quantificar. Neste contexto, adesão significa manter atitudes adequadas, exigindo do profissional motivação e conhecimento técnico, mesmo sabendo que na prática a relação existente entre conhecimento e atitude pode não ser a mais pretendida (Lopes, 2008).

Para a formação

Pensamos, como estratégia futura, ser pertinente recorrer a planos de intervenção formativos, criativos e inovadores, capazes de aumentar a consciencialização dos profissionais (educação para a consciência, como refere Brevidegli, 2006) com o objectivo de desenvolver competências tanto cognitivas, psicomotoras e de atitude, para ser possível vencer os obstáculos relativamente à adesão às PP, em benefício da segurança de todos os envolvidos na prestação de cuidados.

Sabemos que os profissionais por si só, não conseguem modificar a realidade mas, se conscientes dos factores dificultadores a nível individual, associado ao reconhecimento de outros factores, é possível conjecturar melhorias ao nível da motivação e promover a prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde.

Para o futuro

Após a realização deste estudo, é intenção da investigadora apresentar os resultados obtidos aos profissionais envolvidos e a quem tenha, dentro da instituição em causa, responsabilidades nesta área.

Ainda que os resultados do presente estudo não possam ser extrapolados para outros serviços e hospitais, devido à sua natureza, consideramos que a metodologia utilizada é válida e reproduzível em outros locais de prestação de cuidados de saúde.

Numa perspectiva futura, e sabendo que a adesão dos profissionais às PP é mais elevada quando reportada pelos próprios do que em estudos de observação (CDC, 2007) é vontade da pesquisadora realizar um estudo, com a mesma população, mas recorrendo ao método de observação, para posterior comparação de resultados.

Não podíamos estar mais de acordo com George Bernard Shaw, laureado com Prémio Nobel da Literatura, em 1925, quando refere que *“Qualquer profissão é uma conspiração contra leigos”*, cada vez que analisamos a actuação dos enfermeiros se nos pusermos no lugar dos doentes e suas famílias.

Está nas nossas mãos evitar que isso aconteça e evitar que conspire também contra nós, profissionais, através dos riscos traduzidos pela não adesão às precauções padrão.

10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Maria Helena. *A qualidade em Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Nº 3. 2001

Alves, Carla A. S. *Erro de Terapêutica em Pediatria: Percepção dos Enfermeiros*. Dissertação ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2009

Andrade, D.; Angerami, E. L. S. *Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milénio*. [online]. Medicina, Ribeirão Preto, 32,out/dez. 1999.

Appolinário, F. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2007.

Benner, Patrícia. *De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição Comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X

Brevidelli, M. M. *Níveis de adesão às Precauções-padrão entre profissionais médicos e de enfermagem de um hospital universitário*. [online]. Brazilian Journal of Nursing, v.5 n.1. 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/>

Burgess, Robert G. *A Pesquisa de Terreno: Uma introdução*. 2ª edição. Oeiras: Celta Editora, 2001. ISBN 972-8027-43-5

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Guidelines for isolation precautions preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Recommendations of Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Atlanta 2003.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007*. Recommendations of Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Atlanta 2007.

Cirelli, M. A.; Figueiredo, R. M.; Zem-Mascarenhas, S. H. *Adesão às Precauções Padrão no acesso vascular periférico*. [online]. Rev Latino-am Enfermagem 15 (3), maio-junho, 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br

Couto, Renato C.; Pedrosa, Tânia M. G.; Cunha, Adriana F. A.; Amaral, Débora B. do. *Infecção Hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença – Epidemiologia, Controle e Tratamento*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 2009 ISBN 978-85-277-1543-0

DGS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Ministério da Saúde. Lisboa. 2007

Direcção-Geral da Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: DGS. 2007.

Divisão de Saúde Ocupacional – *Medidas de Controlo de agentes biológicos nocivos à saúde dos trabalhadores – Módulo 2 - Recomendações para laboratórios e serviços de saúde*. Lisboa: DGS, 2006.

DQS. *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção 25 de Março de 2009. Relatório*. DGS, Lisboa. 2009

W - Diário da República nº231 de 1/10/93 I Série-A, pág.5553, D.L nº348/93

Estrela, E.; Soares, M.A; Leitão, M.J. *Saber Escrever uma Tese e Outros Textos*. 5ªedição. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Ferguson, K.J.; Waitzkin, H.; Beekmann, S.E.; Doebbeling, B.N. *Critical incidents of nonadherence with standard precautions guidelines among community hospital-based health care workers*. J Gen Intern Med. Julho nº19. 2004

Ferreira, M. D.; Godoy, V. S. de; Silveira, R. C. de C. P.; Gir, E.; Canini, S. R. M. da S. *Adesão dos profissionais de saúde às precauções-padrão: uma revisão integrativa da literatura*. Trabalho de conclusão de curso apresentado em 26 de Setembro de 2008. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2008

Florêncio, V. B.; Rodrigues, C. A.; Pereira, M. S.; Sousa, A. C. S. *Adesão às precauções padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do corpo de bombeiros de Goiás*. [online]. Revista Electrónica de Enfermagem, v.5 n.1, 2003.

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

Fortin, M. F. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X

Gil, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 1989

HILL, M. M.; HILL, A. – *Investigação por Questionário*. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

Jane, D. S.; Rhinehart, E.; Jackson, M.; Chiarello, L. *Guidelines for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta: CDC, 2003.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations 2008.

Consultado em 16/02/2011, através de <http://www.jointcommission.org>

Lima, Jorge P. de B. *A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas*. Universidade do Minho, Escola de Engenharia. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia Humana. Outubro 2008

Lima, M. P. de. *Inquérito Sociológico Problemas de Metodologias*. 3ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 1987

Lopes, A. C. S.; Oliveira, A. C.; Silva, J. T.; Paiva, M. H. R. S. *Adesão às Precauções Padrão pela Equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte*. Minas Gerais, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 24 (6), jun 2008.

Lopes, M. H. B. M.; Moromizato, S.S.; Veiga, J.F.F.S. *Adesão às medidas de Precaução Padrão – Relato de experiência*. [online]. Ribeirão Preto: Rev Latino-am Enfermagem v.7, n.4, out.1999.

Mafra, D. A. L.; Fonseca, I. C.; Viana, J. X; Santana, J. C. B.; Silva, M. P. *Percepção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Protecção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. O Mundo da Saúde São Paulo: jan/mar nº32 2008.

Melo, Dulcelene de S. *Adesão dos Enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde*. Dissertação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. 2005

Melo, D. de S.; Souza, A. C. S.; Tipple, A. F. V.; Neves, Z. C. P.; Pereira, M. S. *Compreensão sobre Precauções Padrão pelos enfermeiros de um Hospital público de Goiânia-Go*. [online]. Rev Latino-am Enfermagem 14(5), Set-out 2006.

McCoy, K. D et al. *Monitoring adherence to Standard Precautions*. Am J Infect Control 2001. Resumido por António Tadeu Fernandes. *Monitorando a aderência às Precauções Padrão*. Consultado em 27/10/2010, através de <http://www.ccih.med.br/bibl-maio-2001-5.html>

Molinari, S. T. *Adesão dos profissionais de enfermagem às medidas de precaução e isolamento a bactérias multirresistentes*. Porto Alegre: Centro Universitário Feevale, Instituto de Ciências da Saúde. Monografia. Julho 2006.

Moura, J. P. *A adesão dos profissionais de enfermagem às preocupações de isolamento na assistência aos portadores de microorganismos multirresistentes*. Dissertação para obtenção do Título de Mestre. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

Ordem dos Enfermeiros. Divulgar. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Dezembro 2001

Ordem dos Enfermeiros. *Segurança do doente - Torná-la uma realidade*. Nº17. 2005
Tradução do original "Patient safety- Making it happen"- Conferência Europeia "Segurança do doente - Torná-la uma realidade" em 4 e 5 de Abril 2005. Luxemburgo.

Ordem dos Enfermeiros. *Tomada de posição do Conselho Jurisdicional sobre a segurança do cliente*. 2006 Ordem dos Enfermeiros. Tempo de mudança. Nº22. Julho 2006

Pereira, T. M.; Castro, K. F.; Santos, T. O.; Prado, M. A.; Junqueira, A. L. N.; Barbosa, M. A.; Teles, S. A. *Avaliação da adoção das medidas de precauções padrão em categorias específicas de profissionais de saúde*. [online]. Goiânia: Revista Electrónica de Enfermagem v.1 n.1. out-dez. 1999. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

Pestana, M. H.; Gageiro, J.N. *ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS. A complementaridade de SPSS*. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
ISBN 978-972-618-498-0

Pina, Elaine. *O Uso de Luvas na prestação de Cuidados de Saúde*. Rev. Nursing Out. 2006

Pina, Elaine. *Equipamento de Protecção Individual Protecção Facial e Respiratória*. Rev. Nursing Nov. 2007

Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A.; Matos, B. *Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente*. Rev. Port. de Saúde Pública nº 10. 2010. ISBN: 0870-9025

PNCI. *Manual de Operacionalização - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Fevereiro 2008.

PNCI. *Prevenção de infeções Adquiridas no hospital – Um guia prático*. DGS.2ª edição. Lisboa 2002

PNCI. *Recomendações para as Precauções de isolamento, Precauções Básicas e Precauções dependentes das vias de transmissão*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Ministério da Saúde.

Pratt, R .J. et al. epic 2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital infection* 2007, 655, (supplement 1): S1-S64

Salavessa, M.; Uva, A.S. *Saúde e Segurança do Trabalho: da percepção do risco ao uso de EPI's*. Saúde e Trabalho nº6. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Lisboa. 2007

Sousa, Paulo. *Sistemas de Saúde e a Segurança dos doentes*. Nassir e crescer 15. Nº3. 2006

Siegel, J; Strausbaugh, L; Jackson, M.; Rhinehart, E.; Chiarello, L. A. *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Recommendations of Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). CDC: Atlanta 2004.

Tuckman, Bruce W. *Manual de Investigação em Educação – Como conceber e realizar o processo de investigação em Educação*. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 2000. ISBN 972-31-0879-8

Vasconcelos, Bruno M.; Reis, Ana L. R. de M.; Vieira, Márcia S. *Uso de Equipamentos de Protecção Individual pela equipe de enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano*. Revista Enfermagem Integrada - Ipatinga: Unileste-MG-V.1-N-1-Nov/Dez 2008

Wilson, Jennie. *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2003. ISBN 972-8383-57-6

Zapparoli, A. S. *Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem: intervenção para o uso de luvas na punção venosa*. Tese de Doutoramento. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009

ANEXOS

ANEXO I

Solicitação de autorização

Exm^a Sr^a Enf^a Directora do Hospital de Santarém

Autorização

A Enfermeira Directora

Lda Veiga

Lda Veiga

09.02.2010

Ana Cristina Pereira Cime Graís Ferreira, Enfermeira Graduada a exercer funções neste Hospital como Enfermeira de Controlo de Infecção e a frequentar o Mestrado em "Infecção Associada aos Cuidados de Saúde" na Universidade Católica de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para que possa nesta instituição, colher os dados necessários ao desenvolvimento da sua tese.

A problemática do estudo em questão assenta sobre a análise da adesão dos Enfermeiros na adopção das medidas de Prevenção Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual e apresenta como objectivos específicos "Identificar os Equipamentos de Protecção Individual usados com mais frequência", "Avaliar a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual relativamente à formação em Prevenção e Controlo de Infecção", "Comparar a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual e o tempo de exercício profissional", "Identificar a razão da adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual que se apresenta com maior frequência" e "Identificar as causas da não adesão dos Enfermeiros às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual". É um tipo de estudo quantitativo, descritivo que usará uma amostragem estratificada e aleatória.

Como instrumento de colheita de dados optou-se pela aplicação de um questionário (em anexo) aos Enfermeiros que prestam cuidados directos ao doente, a exercer funções nos vários Departamentos deste hospital. O questionário será confidencial e anónimo e só será entregue ao profissional após este ter assinado o termo de consentimento informado na medida em que aceita voluntariamente participar no estudo, que decorrerá na segunda quinzena de Fevereiro.

Agradeço desde já a atenção dispensada e espero com brevidade uma resposta de V. Ex.^a

Santarém, 26 de Janeiro de 2010

Assinatura

Ana Cristina Pereira Cime Graís Ferreira

ANEXO II

Termo de Consentimento informado

Termo de Consentimento informado

Eu, abaixo-assinado, declaro aceitar participar no estudo “A adesão dos Enfermeiros na adopção das medidas de Precaução Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual”, de forma voluntária, após ter-me sido esclarecido os termos referentes à sua participação.

Foi-me dada a garantia de confidencialidade e anonimato, tanto durante o tratamento dos dados como na sua apresentação e divulgação.

Santarém, _____ de Julho / Agosto / Setembro de 2010

Assinatura

ANEXO III

Questionário / Pré -Teste

Questionário / Pré-Teste

Sou uma enfermeira que se encontra a frequentar o Mestrado em “Infecção Associada aos Cuidados de Saúde” na Universidade Católica de Lisboa e que para conseguir desenvolver a Tese de Mestrado necessita da sua ajuda com a resposta a este questionário.

A Tese tem como problemática central a adesão dos Enfermeiros na adopção das medidas de Precaução Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual, pelo que através deste questionário pretendo colher dados relativos à adopção de medidas de Precaução Padrão e a comportamentos da prática diária referente ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual.

Para um correcto preenchimento do questionário deve colocar uma cruz no quadrado que estiver em frente à opção desejada ou escrever de forma legível o que lhe for pedido.

O questionário é confidencial e anónimo e só será entregue após o profissional ter assinado o termo de consentimento informado.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e amabilidade por aceitar voluntariamente fazer parte deste estudo.

1ª Parte - Identificação

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| Idade | _____Anos | | |
| Sexo | Masculino <input type="checkbox"/> | Feminino <input type="checkbox"/> | |
| Habilitações Literárias | Bacharelato <input type="checkbox"/> | Licenciatura <input type="checkbox"/> | Mestrado <input type="checkbox"/> |
| Categoria Profissional | Enfermeiro <input type="checkbox"/> | Enf. Graduado <input type="checkbox"/> | Enf. Especialista <input type="checkbox"/> |
| Tempo de exercício profissional | _____Anos | | |

2ª Parte – Formação

Coloque uma cruz no quadrado da opção escolhida.

| Questões | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A – Conhece as Precauções Padrão? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B - A sua formação inicial contemplou formação em Prevenção e Controlo de Infecção, nomeadamente as Precauções Padrão? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C - Durante o seu percurso profissional participou em formação nesta área? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D – Considera importante utilizar as Precauções Padrão durante os procedimentos no seu quotidiano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Questões | Muito | Pouco | Nada |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A - Costuma fazer pesquisa sobre esta temática? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B - Em que medida considera que ter formação aumenta a adesão às Precauções Padrão e ao uso do Equipamento de Protecção Individual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>C - Se tem mais do que 5 anos de exercício profissional:</p> <p>Considera que ao longo do exercício profissional a sua adesão às Precauções Padrão e ao uso do Equipamento de Protecção Individual se alterou?</p> <p>Se respondeu Muito ou Pouco diga se: positivamente <input type="checkbox"/> ou negativamente <input type="checkbox"/></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3ª Parte – Adesão

Indique com que frequência realiza os seguintes itens.

Utilize um círculo na resposta escolhida, seguindo a indicação dada.

| 1 Nunca | 2 Raramente | 3 Às vezes | 4 Muitas vezes | 5 Sempre |
|------------|----------------|---------------|-------------------|-------------|
|------------|----------------|---------------|-------------------|-------------|

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| A – Adota as Precauções Padrão no seu quotidiano? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B - Segue as Precauções Padrão com todos os doentes independentemente do seu diagnóstico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C - Não tem dúvidas quanto à colocação do Equipamento de Protecção Individual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D - Usa avental protector e/ou bata quando há possibilidade de sujar as roupas com matéria orgânica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E - Usa óculos ou protector da face quando há possibilidade de salpicos para a mucosa ocular com matéria orgânica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| F - Usa luvas descartáveis quando há possibilidade de contacto com mucosas ou matéria orgânica e pele não íntegra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| G - Usa máscara quando há possibilidade de salpicos para a mucosa oral com matéria orgânica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| H - Não tem dúvidas quanto à remoção do Equipamento de Protecção Individual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I - Não tem dúvidas quanto ao uso do Equipamento de Protecção Individual consoante o nível de cuidados a prestar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J - Qual a frequência da razão da adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual: | | | | | |
| -estar indicado no protocolo da instituição | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -transmite segurança na realização das actividades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -porque os outros também aderem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -para protecção individual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -evitar a transmissão cruzada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| L - Qual a frequência da razão da não adesão às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual: | | | | | |
| -esquecimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -os EPI não estarem disponíveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -não ser prático | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -a colocação dos EPI consumir muito tempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -considerar que não há necessidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Questões | |
|---|--|
| A -Coloque por ordem de frequência quanto ao uso do Equipamento de Protecção Individual: | Ordem escolhida 1º- o mais usado 2º...,3º...,4º...,5º...para o menos usado...9º |
| - luvas | |
| - avental | |
| - bata | |
| - mascara | |
| - respirador | |
| - óculos | |
| - mascara com viseira | |
| - barrete | |
| - protector de sapatos | |

OBRIGADA

ANEXO IV

Questionário

Questionário

Sou uma enfermeira que se encontra a frequentar o Mestrado em “Infecção Associada aos Cuidados de Saúde” na Universidade Católica de Lisboa e que para conseguir desenvolver a Tese de Mestrado necessita da sua ajuda com a resposta a este questionário.

A Tese tem como problemática central a adesão dos Enfermeiros na adopção das medidas de Precaução Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual, pelo que através deste questionário pretendo colher dados relativos à adopção de medidas de Precaução Padrão e a comportamentos da prática diária referentes ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual.

Para um correcto preenchimento do questionário deve colocar uma cruz no quadrado que estiver em frente à opção desejada ou escrever de forma legível o que lhe for pedido.

O questionário é confidencial e anónimo e só será entregue após o profissional ter assinado o termo de consentimento informado.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e amabilidade por aceitar voluntariamente fazer parte deste estudo.

1ª Parte

| | | | |
|--|---|--|--|
| A - Idade | _____Anos | | |
| B - Sexo | Masculino <input type="checkbox"/> | Feminino <input type="checkbox"/> | |
| C - Habilitações Literárias | Bacharelato <input type="checkbox"/> | Licenciatura <input type="checkbox"/> | Mestrado <input type="checkbox"/> |
| D - Categoria Profissional | Enfermeiro <input type="checkbox"/> | Enf. Graduado <input type="checkbox"/> Enf. Grad. c/ Especialidade <input type="checkbox"/> | Enf. Especialista <input type="checkbox"/> |
| E - Tempo de exercício profissional | _____Anos _____Meses | | |

2ª Parte

Assinale com uma cruz a opção escolhida

| Questões | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| F – Conhece as Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de protecção Individual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G - A sua formação inicial contemplou formação em Precaução Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H - Durante o seu percurso profissional participou em formação nesta área? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I – Considera importante utilizar as Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual durante os procedimentos no seu quotidiano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Questões | Muito | Pouco | Nada |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| J - Costuma fazer pesquisa sobre esta temática? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L - Em que medida considera que ter formação aumenta a adesão às Precauções Padrão quanto ao uso do Equipamento de Protecção Individual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M - Se tem mais do que 5 anos de exercício profissional: Considera que ao longo do exercício profissional a sua adesão às Precauções Padrão quanto ao uso do Equipamento de Protecção Individual se alterou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N - Se respondeu Muito ou Pouco diga se: positivamente <input type="checkbox"/> ou negativamente <input type="checkbox"/> | | | |

3ª Parte

Indique com que frequência realiza os seguintes itens.

Utilize um círculo na resposta escolhida, seguindo a indicação dada.

| 1 Nunca | 2 Raramente | 3 Às vezes | 4 Muitas vezes | 5 Sempre |
|------------|----------------|---------------|-------------------|-------------|
|------------|----------------|---------------|-------------------|-------------|

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| O – Adopta as Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual, no seu quotidiano? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| P - Segue as Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual, com todos os doentes independentemente do seu diagnóstico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Q – Coloca de forma adequada o Equipamento de Protecção Individual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| R - Usa avental protector e/ou bata quando há possibilidade de sujar as roupas com matéria orgânica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| S - Usa óculos ou protector da face quando há possibilidade de salpicos para a mucosa ocular com matéria orgânica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| T - Usa luvas descartáveis quando há possibilidade de contacto com mucosas ou matéria orgânica e pele não íntegra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| U - Usa máscara quando há possibilidade de salpicos para a mucosa oral com matéria orgânica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| V – Remove de forma adequada o Equipamento de Protecção Individual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| X – Usa o Equipamento de Protecção Individual consoante o nível de cuidados a prestar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Assinale com uma cruz a(s) opção(ões) escolhida(s).

| |
|--|
| Z – Qual é para si a <u>principal(is) razão(ões) da adesão</u> às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual? |
| <input type="checkbox"/> -transmite segurança na realização das actividades |
| <input type="checkbox"/> -porque os outros também aderem |
| <input type="checkbox"/> -para protecção individual |
| <input type="checkbox"/> -evitar a transmissão cruzada |
| <input type="checkbox"/> -estar indicado no protocolo da instituição |
| <input type="checkbox"/> -outra; Especifique: |

| |
|--|
| Y - Qual é para si a <u>principal(is) razão(ões) da não adesão</u> às Precauções Padrão quanto ao uso dos Equipamentos de Protecção Individual? |
| <input type="checkbox"/> -esquecimento |
| <input type="checkbox"/> -os EPI não estarem disponíveis |
| <input type="checkbox"/> -não ser prático |
| <input type="checkbox"/> -a colocação dos EPI consumir muito tempo |
| <input type="checkbox"/> -considerar que não há necessidade |
| <input type="checkbox"/> -outra; Especifique: |

| | |
|--|---|
| K - Coloque por ordem de frequência quanto ao uso do Equipamento de Protecção Individual: | Do mais usado - 1º segundo-se 2º, 3º, 4º.... para o menos usado - 9º |
| - luvas | |
| - barrete | |
| - bata | |
| - mascara | |
| - óculos | |
| - respirador | |
| - mascara com viseira | |
| - avental | |
| - protector de sapatos | |

OBRIGADA