

Universidade do Minho

Escola de Engenharia

Jorge Patrício de Barros Lima

A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais
de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas

Outubro de 2008



Escola de Engenharia

Jorge Patrício de Barros Lima

A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Engenharia da Universidade do Minho para a obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Humana.

Trabalho efectuado sob orientação do Professor Doutor Alberto Sérgio S. R. Miguel e da Professora Doutora Ana Cristina da Silva Braga

Outubro de 2008

DECLARAÇÃO

Nome: Jorge Patrício de Barros Lima

Endereço electrónico: jorgeplima@hotmail.com **Telemóvel:** 966356754

Número do Bilhete de Identidade: 11130832

Título da dissertação: A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas

Orientadores: Professor Doutor Alberto Sérgio S. R. Miguel

Professora Doutora Ana Cristina da Silva Braga

Ano de conclusão: 2008

Designação do Mestrado: Mestrado em Engenharia Humana

É autorizada a reprodução integral desta tese/trabalho apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Alberto Sérgio S. R. Miguel e à Professora Doutora Ana Cristina da Silva Braga, orientadores deste trabalho, o profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos, pelas suas orientações e apoio permanente.

Especialmente, ao meu colega e amigo Armindo Faria, exprimo o meu reconhecimento pela valiosa ajuda e permanente disponibilidade.

Aos meus familiares e, em particular, à Susana, pelo incentivo e paciência que tiveram comigo durante o tempo de preparação desta tese.

Ao amigo Vítor Hugo, o meu sincero agradecimento pela disponibilidade e apoio no arranjo gráfico deste trabalho.

Ao meu colega Ricardo Rego do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho da Instituição Hospitalar onde este estudo foi realizado, pelas suas sugestões e colaboração demonstrada ao longo da realização de todo este trabalho.

Aos Srs. Enfermeiros Chefe dos vários Serviços de Medicina da Instituição Hospitalar onde este estudo foi realizado, pela sua colaboração e apoio, quer no acompanhamento das observações efectuadas, quer na distribuição, incentivo ao preenchimento e recolha dos questionários.

Aos Enfermeiros que prontamente colaboraram neste estudo, e sem os quais não seria possível assistir à realização deste trabalho, um muito obrigado.

E a todos os que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, agradece-se com amizade.

RESUMO

LIMA, J. P. B. – *A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas*. Guimarães: Universidade do Minho, 2008. 168p. Tese de Mestrado.

O presente estudo visa a caracterização das práticas dos enfermeiros relativamente ao uso de luvas. Tendo em consideração os objectivos delineados e a revisão bibliográfica efectuada, foi desenvolvido um guia de observação que inclui um conjunto de itens destinados à identificação das várias regras que é necessário observar no uso correcto de luvas, reconhecidas como preponderantes no risco de transmissão de infecção profissional-utente e utente-profissional. Com o intuito de conhecer alguns aspectos associados ao uso de luvas, nomeadamente a frequência e os motivos apontados para o não uso das mesmas, foram inquiridos os enfermeiros pertencentes aos serviços de medicina de uma unidade hospitalar no norte de Portugal. A população alvo do estudo era constituída pelos 130 enfermeiros pertencentes aos referidos serviços. No estudo de observação a amostra era composta por 114 enfermeiros, tendo 108 respondido ao questionário sobre caracterização do uso de luvas, elaborado para o efeito.

O confronto entre a caracterização das práticas dos enfermeiros relativas ao uso de luvas e os resultados da observação directa evidencia significativas discordâncias. Os resultados sugerem que os motivos apontados para o uso de luvas são coincidentes com a protecção nos dois sentidos (utente e profissional). A urgência no procedimento, a não percepção do risco e a indisponibilidade de luvas no local são os motivos mais assinalados pelos enfermeiros para não usarem luvas, quando necessárias.

Os resultados das observações sugerem que a proporção de enfermeiros, que lavam as mãos antes e após usar as luvas, é consideravelmente baixa. No que diz respeito ao uso de luvas nos vários procedimentos, evidenciou-se um incumprimento significativo, sobretudo ao nível da punção venosa e da execução de pensos. Verificou-se que as mesmas luvas são, por vezes, utilizadas para procedimentos diferenciados no mesmo doente e, mais frequentemente, para o desempenho de outras actividades.

ABSTRACT

LIMA, J. P. B. – *The use of personal protection equipment by nursing professionals - practices related with the use of gloves*. Guimarães: School of Engineering, University of Minho. 2008. 168p. Master Thesis.

The present study aims at the characterization of nurses' practices concerning the use of gloves. Considering the outlined objectives and the bibliography's revision, an observation guide was developed, including a set of items for the identification of the rules that is necessary to observe for the correct use of gloves, recognised as preponderant in the infection transmission from professional to user and from user to professional.

In order to know some aspects associated to the use of gloves, namely the frequency and the motives pointed out for its non use, nurses belonging to Medicine services of an hospital unity in the north of Portugal, were subjected to an inquiry.

130 nurses belonging to the above-mentioned services composed the population target of the study. In the observation study the sample was composed by 114 nurses, having 108 responded to the respective questionnaire. The confrontation between the characterization of the nurses' practices related to the use of gloves and the results of the straight observation, shows significant disagreements up.

The results suggest that the pointed out reasons to the use of gloves are coincident with the protection in two ways (user and professional). The urgency in the proceeding, the absence of risk perception and the non-existence of gloves in the workplace, are the elected motives for its non-use. The results of the observations suggest that the nurses' proportion, that washes the hands before and after the use of gloves, is considerably low. In what concerns the use of gloves in several proceedings, the present study shows a significant non-fulfilment, namely in veins' punch and in dressings' execution. The gathered data also show that the same gloves are sometimes used for differentiated proceedings in the same patient, and more frequently for the performance of other activities.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
CAPÍTULO 1 – O TRABALHO EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	7
1.1 – A EVOLUÇÃO DO HOSPITAL EM PORTUGAL.....	7
1.2 – ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR: ESPECIFICIDADES.....	11
1.3 – FONTES DE RISCO DO TRABALHO HOSPITALAR.....	13
1.3.1 – Riscos de natureza biológica	16
1.3.2 – Riscos de natureza física	19
1.3.3 – Riscos de natureza química.....	23
1.3.4 – Riscos de natureza ergonómica.....	24
1.3.5 – Riscos de natureza psicossocial	26
CAPÍTULO 2 – RISCO BIOLÓGICO EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	31
2.1 – INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	31
2.1.1 – Incidência e prevalência da infecção hospitalar.....	35
2.1.2 – Factores favorecedores da infecção hospitalar	36
2.1.3 – Prevenção da infecção hospitalar	39
2.2 – CONTROLO DA INFECÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: PRECAUÇÕES PADRÃO.....	41
2.2.1 – Lavagem das mãos.....	47
2.2.2 – Uso de equipamentos de protecção individual na prestação de cuidados de saúde	53
CAPÍTULO 3 – AS LUVAS COMO EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL DOS ENFERMEIROS .	61
3.1 – USO DE LUVAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	61
3.1.1 – Tipos de luvas e respectiva selecção	66
3.1.2 – Inconvenientes do uso de luvas.....	69
3.1.3 - As técnicas e o uso de luvas.....	71
PARTE II – METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS.....	77
4.1. – OBJECTIVOS DO ESTUDO	77

4.2. – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO	78
4.3. – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	79
4.3.1. – Variáveis do estudo	80
4.4. – RECOLHA DE DADOS.....	81
4.5. – TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DOS DADOS	82
CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	83
5.1 – DADOS REFERENTES AO GUIA DE OBSERVAÇÃO.....	83
5.2 – DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO	89
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	105
6.1 – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	105
CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	127
BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS.....	155
ANEXO I – GUIA DE OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTOS.....	157
ANEXO II – QUESTIONÁRIO	161
ANEXO III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	165

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o uso de luvas	83
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo a adequação do tipo de luvas utilizado	83
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o cumprimento dos princípios inerentes ao uso de luvas	84
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo o uso de luvas diferentes para procedimentos diferenciados no mesmo doente	84
Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo a utilização das mesmas luvas para o desempenho de outras actividades	84
Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo o acto de retirar as luvas dentro da enfermaria quando terminado o procedimento	85
Gráfico 7 – Distribuição dos enfermeiros segundo o uso individualizado de luvas	85
Gráfico 8 – Distribuição da disponibilidade de luvas adequadas aos procedimentos	85
Gráfico 9 – Distribuição dos enfermeiros segundo o local onde obtiveram as luvas utilizadas	86
Gráfico 10 – Distribuição dos enfermeiros que não usam luvas segundo o tipo de procedimento observado	86
Gráfico 11 – Relação entre o tipo de procedimento e o princípio de lavar as mãos antes de colocar as luvas	87
Gráfico 12 – Relação entre o tipo de procedimento e o princípio de colocar as luvas imediatamente antes deste	87
Gráfico 13 – Relação entre o tipo de procedimento e o princípio de remover correctamente as luvas após o mesmo	88
Gráfico 14 – Relação entre o tipo de procedimento e o princípio de lavar as mãos depois da remoção das luvas	88
Gráfico 15 – Relação entre o tipo de procedimento e o uso de luvas	89
Gráfico 16 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo	89
Gráfico 17 – Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário	90
Gráfico 18 – Distribuição dos enfermeiros segundo a categoria profissional	90
Gráfico 19 – Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações literárias	91

Gráfico 20 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência do uso de luvas durante o turno de trabalho.....	91
Gráfico 21 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tipo de luvas que mais utilizam	92
Gráfico 22 – Distribuição dos enfermeiros segundo a principal razão pela qual usam luvas.....	92
Gráfico 23 – Distribuição dos enfermeiros segundo o nível de concordância em relação a várias afirmações que podem justificar a ocorrência de doenças e/ou acidentes de trabalho	93
Gráfico 24 – Distribuição dos enfermeiros segundo a classificação do risco da não utilização de luvas.....	94
Gráfico 25 – Distribuição dos enfermeiros segundo o conhecimento da existência no serviço de procedimentos sobre quando e como utilizar luvas.....	94
Gráfico 26 – Distribuição dos enfermeiros segundo a opinião em relação à adequação das luvas de que dispõem aos procedimentos	95
Gráfico 27 – Distribuição dos enfermeiros segundo o motivo pelo qual consideram inadequadas aos procedimentos as luvas de que dispõem.....	95
Gráfico 28 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que as luvas lhes dificultam o trabalho.....	96
Gráfico 29 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que as luvas são consideradas desconfortáveis.....	96
Gráfico 30 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que as luvas são consideradas disponíveis em caso de necessidade	97
Gráfico 31 – Distribuição dos enfermeiros segundo o local onde na maior parte das vezes obtêm as luvas	97
Gráfico 32 – Distribuição dos enfermeiros segundo os motivos pelos quais, sendo necessário, não recorrem ao uso de luvas	98
Gráfico 33 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência de cumprimento dos princípios inerentes ao uso de luvas	98
Gráfico 34 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência do uso de luvas nos vários procedimentos.....	99
Gráfico 35 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que têm em conta o uso individualizado de luvas	100
Gráfico 36 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que trocam de luvas quando interrompem o procedimento e saem do local.....	100

Gráfico 37 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que utilizam as mesmas luvas para o desempenho de outras actividades.....	101
Gráfico 38 – Distribuição segundo a opinião dos enfermeiros relativamente à frequência com que os colegas utilizam luvas aquando dos procedimentos.....	101
Gráfico 39 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que as suas chefias e/ou colegas têm alguma influência no modo como recorrem ao uso de luvas.....	102
Gráfico 40 – Relação entre o nível de concordância com a afirmação "Os enfermeiros não estão informados sobre os riscos do seu trabalho" e o motivo assinalado para o não uso de luvas "Risco não percepcionado".....	102
Gráfico 41 – Relação entre o nível de concordância com a afirmação "As luvas não são adequadas" e a opinião relativa à adequação das luvas de que dispõem aos procedimentos.....	103
Gráfico 42 – Relação entre o nível de concordância relativo à afirmação "As luvas não se encontram disponíveis" e a frequência com que consideram ter luvas disponíveis.....	103

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CHAM – Centro Hospitalar do Alto Minho

Cit. - citado

DGS – Direcção Geral da Saúde

DRHS – Departamento de Recursos Humanos da Saúde

EPI – Equipamento de Protecção Individual

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IN – Infecção Nosocomial

NP – Norma Portuguesa

OMS – Organização Mundial da Saúde

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

PVC – Policloreto de vinila

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SSHST – Serviço de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

No passado, os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Nas últimas décadas, o surgimento de novas tecnologias, as preocupações com as condições de trabalho e a emergência de algumas doenças associadas ao trabalho levaram a uma necessidade de maior atenção relativamente à identificação, avaliação e controlo das condições de risco existentes no ambiente de trabalho.

O exercício da profissão de enfermagem é por todos considerado de elevado risco para a saúde e segurança dos próprios enfermeiros assim como dos utentes, destinatários dos cuidados. No entanto, esses riscos podem ser minimizados se os profissionais tiverem acesso à informação que lhes permita agir correctamente, de forma a criar e manter um ambiente de trabalho seguro. Tal beneficiaria não só a equipa de saúde, mas também o utente, o ambiente e a comunidade.

Durante a sua actividade profissional, os enfermeiros encontram-se expostos a uma grande variedade de riscos de natureza física, biológica, química, psicossocial e ergonómica, que se sabe contribuir de forma decisiva para a ocorrência de acidentes e doenças com etiologia diversa. No entanto, dada a sua frequência a nível hospitalar, entre os vários factores de risco ocupacional, tem particular importância a exposição a agentes biológicos.

Desde que existem os hospitais existem as infecções hospitalares. Apesar de não existirem dados registados, sabe-se que era alta a incidência de infecções adquiridas no hospital medieval, principalmente devido à elevada prevalência de doenças epidémicas na comunidade e às precárias condições de higiene. No entanto, apenas na primeira metade do século XIX a questão da infecção hospitalar passou a ser preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

As infecções em serviços de saúde representam, ainda hoje, um problema de abrangência mundial, constituindo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade associadas a procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos prestados à população (Lacerda, 2003). Para além da magnitude relacionada com o utente, está presente a problemática, de igual importância, do profissional de saúde, que está exposto a um risco ocupacional permanente.

A prevenção e controlo da infecção é hoje, por conseguinte, um dos grandes e complexos problemas com que se debatem as instituições de saúde, em geral, e os profissionais de saúde, em particular. Com efeito, o controlo de infecção representa uma parte importante do controlo de riscos, uma vez que cuidar de forma segura dos doentes, do equipamento e dos fluidos orgânicos é fundamental para prevenir que doentes e profissionais adquiram infecções no hospital (Wilson, 2003). Daí a sua dependência não só do esforço, interesse e trabalho das comissões de controlo de infecção, mas também do espírito interactivo e do trabalho conjunto dos vários prestadores de cuidados de saúde.

Se a exposição é uma premissa constante, tanto para profissionais quanto para utentes, medidas de intervenção têm sido propostas para minimizar tal situação, e uma das estratégias previstas refere-se à implementação das medidas designadas precauções padrão, as quais constituem um conjunto de acções planeadas objectivando a protecção dos vários intervenientes.

De acordo com Melo et al. (2006), a utilização de precauções padrão é recomendada na prestação de cuidados a todos os utentes, independentemente do estado presumível de infecção, e incluem medidas como: lavagem das mãos, uso de barreiras protectoras (por exemplo, luvas, avental, máscara, óculos), cuidados com artigos, equipamentos e roupas utilizadas durante a prestação de cuidados, controlo ambiental, “descarte” adequado de material corto-perfurante e colocação do utente, conforme o nível de exigência, enquanto fonte de transmissão de infecção, para além da imunização dos profissionais.

Entre as várias medidas referidas, tem particular importância a utilização de equipamentos de protecção individual pelos enfermeiros, e nomeadamente as práticas relacionadas com o uso de luvas. Com efeito, as mãos são consideradas a principal via de transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro, ou seja, as principais responsáveis pelas infecções hospitalares. As luvas devem ser usadas como uma medida de segurança e como complemento da higienização das mãos. Contudo, o seu uso não protege totalmente os utilizadores nem o utente do risco de infecção cruzada, se estas não forem usadas correctamente (Pina, 1996).

Tendo por base o contexto dos conhecimentos actuais relacionados com esta temática e a preocupação sentida, a vários níveis, para que sejam esclarecidas as razões do não uso, ou uso inadequado dos EPI disponíveis para o apoio às práticas dos enfermeiros, surge, como objectivo geral deste estudo, caracterizar as práticas dos enfermeiros relativamente ao uso de luvas.

Para a concretização deste objectivo geral definiram-se os seguintes objectivos específicos: identificar a frequência do uso de luvas pelos enfermeiros, durante o turno e nos vários procedimentos; conhecer o tipo de luvas frequentemente utilizado; identificar as razões que levam os enfermeiros a usar luvas; conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente aos motivos que possam justificar a ocorrência de doenças profissionais e/ou acidentes de trabalho; determinar o nível de risco identificado pelos enfermeiros relativo ao não uso de luvas; identificar a frequência da disponibilidade, adequação e desconforto inerente ao uso de luvas; identificar os motivos que levam os enfermeiros a negligenciar o uso de luvas; conhecer a frequência de cumprimento dos vários pressupostos a considerar no uso correcto de luvas; caracterizar o nível de influência dos colegas e das chefias na utilização de luvas.

A primeira parte deste trabalho diz respeito ao enquadramento teórico e divide-se em três capítulos. O primeiro capítulo aborda o trabalho em contexto hospitalar, focando a evolução do hospital em Portugal, especificidades da organização hospitalar e fontes de risco do trabalho nesse contexto.

No segundo capítulo é abordado o risco biológico em ambiente hospitalar, nomeadamente os aspectos relativos às infecções hospitalares e o controlo da infecção na prestação de cuidados de saúde, mais concretamente, no que concerne à lavagem das mãos e uso de equipamentos de protecção individual.

O terceiro capítulo foca as luvas como equipamento de protecção individual dos enfermeiros, retratando aspectos relativos ao seu uso na prestação de cuidados de saúde, tipos e respectiva selecção, inconvenientes do seu uso e adequação às várias técnicas.

A segunda parte do trabalho, também constituída por três capítulos, diz respeito aos aspectos metodológicos, resultados do estudo e sua discussão. No primeiro capítulo que engloba, são apresentados os materiais e métodos utilizados no estudo, descreve-se o contexto em que a investigação é realizada, os instrumentos de recolha de dados e o respectivo tratamento estatístico.

No segundo capítulo faz-se a apresentação detalhada dos dados referentes ao guia de observação e ao questionário e, no último, a discussão e análise dos resultados obtidos. A estes capítulos seguem-se as conclusões e sugestões para investigação futura e a bibliografia.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – O TRABALHO EM CONTEXTO HOSPITALAR

1.1 – A EVOLUÇÃO DO HOSPITAL EM PORTUGAL

Etimologicamente, “a palavra hospital vem do latim medieval *hospitale* (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria), do latim *hospitalis*, relativo a *hospites*, hóspedes ou convidados” (Graça, 1994, p. 27).

Na realidade, o que irá caracterizar o hospital moderno será, sobretudo, a ruptura conceptual, ou seja, a evolução do conceito primordial de hospitalidade e caridade para com os pobres como irmãos de Cristo, para um outro conceito consideravelmente oposto, de prestação técnica de cuidados de saúde.

Segundo Escoval et al. (1998, p. 3), o hospital é hoje, “um estabelecimento de saúde de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia”. Para o autor, nos hospitais, estão instalados os saberes, os conhecimentos e as tecnologias capazes de recuperar a vida, aliviar a dor e curar a doença.

Dado que o hospital se apresenta como o ambiente laboral mais importante para a maioria dos profissionais de enfermagem, e pelo facto de este estudo ser realizado numa instituição hospitalar, torna-se pertinente fazer uma breve incursão sobre a sua origem e principais transformações pelas quais passou ao longo dos tempos.

Os hospitais sofreram ao longo dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época e, por seu lado, influenciaram as sociedades em que se inseriram. Para Escoval et al. (1998), a organização dos hospitais portugueses teve uma evolução semelhante à dos seus congéneres europeus, ainda que, por vezes com algum desfasamento, justificado quer pela distância e dificuldades de comunicação, quer pela instalação de políticas obscurantistas e ou isolacionistas em algumas épocas.

“No tempo da fundação de Portugal e da reconquista, a medicina na Península era exercida por dois grupos: os religiosos, sem formação escolar, exercendo uma medicina baseada no sobrenatural e no

carácter punitivo da doença; os médicos, judeus e árabes, dotados de espírito analítico, em melhores condições de exercerem uma medicina com bases científicas. Este último grupo poderá ter influenciado os hospitais da época, transformando-os de meros albergues em estabelecimentos mais próximos do conceito de hospital” (Escoval et al., 1998, p. 13).

Constatou-se de facto, que os primeiros estabelecimentos com disposição para acolher doentes foram as albergarias, grande parte delas situadas junto aos conventos, fundadas por religiosos, damas abastadas e alguns nobres. A estas só ocorriam os pobres, sendo as classes sociais mais elevadas tratadas nas suas residências. Até ao século XV, a situação foi-se mantendo, e o número destes estabelecimentos foi crescendo como resposta às pressões sociais de grupos cujo poder se ia instituindo.

Os hospitais reais surgem nos finais do século XV, quando começam a modificar-se as relações entre o Estado e os diversos corpos sociais, com enfraquecimento do poder monástico e da alta nobreza e desenvolvimento do poder burocrático e das corporações e ofícios, alargando-se o poder centralizador do Estado.

D. João II foi um Rei que levou à prática uma política centralizadora, ao decidir, em 1492, reunir num único hospital todas as pequenas instituições medievais – albergarias, hospícios, hospedarias, leprosas, que se encontravam espalhadas pela cidade de Lisboa, cuja vocação estava mais orientada para salvar as almas do que para tratar doenças e cujas condições sanitárias e assistenciais não correspondiam às exigências daquele tempo.

Embora a importância da componente religiosa continuasse presente, havia já a preocupação, não só de criar condições de salubridade, mas também de levar à prática alguns dos escassos conhecimentos que tinham por objectivo tratar doenças.

Em Portugal como na Europa, surge deste novo equilíbrio, o hospital moderno, cuja expressão é o Hospital Central, e, concomitantemente, desenvolvem-se as Misericórdias (Escoval et al., 1998).

É sobretudo a partir de D. João II, e portanto já em plena época dos Descobrimentos, que surgem as grandes instituições de assistência, sob a forma de hospitais gerais, em resultado da própria concentração do poder político e económico na figura do Rei (Graça, 1997). Esta evolução, atribuída

aos Reis, foi de grande relevância e visão, na medida em que criou uma assistência hospitalar relativamente eficiente, expurgada dos privilégios do Clero e do esbanjamento de recursos.

Como já foi referido, é dessa época a instituição das Misericórdias, que tiveram um papel fulcral na organização e gestão dos hospitais. Eram organizações laicas, muito ligadas à burguesia, resultantes do espírito centralizador do Estado, e que, ao longo dos séculos XVI e XVII tomariam conta da administração de hospitais, gafarias, albergarias, serviços de apoio a órfãos, inválidos, incuráveis e enjeitados.

Segundo Graça (1994), contrariamente ao seu congénere medieval, o hospital do século XVI e seguintes será fundamentalmente urbano, na medida em que o comércio cresce e as cidades começam a atrair a população do campo, movimento este que traz para além de oportunidades de trabalho, problemas de saúde.

No século XVII assistiu-se a uma profunda modificação dos conceitos de doença, com o desenvolvimento da fisiologia e o início da abordagem verdadeiramente científica da Medicina. No entanto estes progressos não se repercutiram na vivência hospitalar, sendo a medicina moderna apenas para os ricos, patronos dos médicos mais diferenciados.

“No século XVIII, as ideias revolucionárias, nomeadamente trazidas pela Revolução Francesa, centradas em valores como os da liberdade, igualdade e fraternidade, agitam os espíritos e determinam um enorme desenvolvimento científico. Surge a ideia de que, entre os requisitos de um poder nacional forte, estava contida a existência de políticas sociais. Para a sua prossecução, os hospitais eram elementos fulcrais e foram-se transformando em instituições estritamente médicas, baseadas na observação e no conhecimento científico” (Escoval et al., 1998, p. 15).

Na Europa, no século XIX, com a industrialização, assiste-se a uma concentração de populações nas cidades, exercendo grandes pressões sobre os hospitais e os médicos, que baseando-se em métodos físicos, dão grandes passos na compreensão das doenças, aumentando também a confiança nos recursos da ciência e da tecnologia. No final dos anos de 1950, assiste-se ao advento da era bacteriológica, o que modifica consideravelmente o combate às doenças infecto-contagiosas.

Segundo Escoval et al. (1998), por essa altura, dá-se uma crise de confiança nos hospitais, devida à enorme mortalidade por causas infecciosas, e sobre a qual as teorias da anti-sepsia de Joseph Lister

(1827-1912) só irão ter influência muito mais tarde. Em Portugal, nos meados desse século, fruto das condições deploráveis dos hospitais, a mortalidade atingia nos hospitais civis, os 53,4%, sendo para o tifo e a febre tifóide de 82% e para a tuberculose de 97%. Apesar deste facto, a população doente nos hospitais ia aumentando exponencialmente, o que levou a que vários conventos que, entretanto tinham ficado devolutos, fossem adaptados a hospitais.

O hospital, durante o século XX, sofre uma evolução radical, de instituição devotada a tratar os pobres transforma-se, gradualmente, num estabelecimento onde novas técnicas de diagnóstico e terapêutica estão disponíveis para todas as classes sociais, e onde a especialização vai tendo uma importância crescente (Escoval et al., 1998).

No final do século XX, o hospital é o local onde se considera que os procedimentos mais invasivos e “salvadores” da vida podem e devem ocorrer, sendo desejável a harmonização das práticas humanísticas e tecnocráticas da Medicina. Escoval et al. (1998) concluiu que no final do século se assistiu a uma emergência da importância dos Hospitais Distritais, a uma relativa estabilização do número de internamentos, a uma enorme subida do número de consultas externas e de episódios de urgência. As profundas modificações sentidas, traduziram-se não só no aumento da afluência, como nas melhorias de quadros, equipamentos e instalações, tornando-se verdadeiros hospitais gerais.

Passou-se assim de um acto profissional isolado, atribuído até então ao médico, para uma prática colectiva, impondo uma nova realidade aos hospitais modernos ao participarem da divisão social e técnica do trabalho, várias profissões com diferentes qualificações, como sejam: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos complementares de diagnóstico, administrativos e auxiliares de acção médica. Um trabalho em que as actividades mais complexas são atribuídas aos médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior.

No passado recente, assistiu-se à empresarialização de grande parte dos hospitais, projecto este que surgiu como poderoso catalisador da reforma de toda a rede hospitalar Portuguesa, tendo por objectivo central o aumento da qualidade e do acesso dos cidadãos, a maior eficiência na gestão e o estímulo de uma prática profissional mais exigente e motivadora.

Em suma, como na história do Homem, o hospital tem também a sua história baseada no seu progresso. Passou-se da era dos albergues e dos isolamentos compulsivos dos enfermos, pobres e repugnantes, para uma fase da medicina curativa. Nesse caminhar evolutivo, foram alcançados

progressos com os antibacterianos, com os meios de anti-sepsia e de desinfecção, evoluiu-se para o campo da pesquisa no ensino e com a guerra, desenvolveram-se actividades de reabilitação física, social e profissional nos hospitais, chegando-se então à cibernética.

O que é novo, nas sociedades modernas, é a emergência dos sistemas integrados de saúde, de que o hospital passa a fazer parte, enquanto subsistema de cuidados secundários (cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração), para além de lugar de ensino e de investigação biomédica.

1.2 – ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR: ESPECIFICIDADES

Uma organização, pode ser definida como um sistema composto por actividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objectivos comuns (Chiavenato, 1997).

Como sistema que é, a organização compõe-se de partes inter-relacionadas e interdependentes que interagem entre si e com o meio ambiente, desenvolvendo transformações com finalidade bem definida, a partir de estímulos do exterior (Cardella, 1999).

As organizações de saúde, segundo Chiavenato (1997), estão sujeitas a numerosas e mutáveis influências, nomeadamente: demográficas e de mobilidade, económico-financeiras, sociais e culturais, legislativas, tecnológicas e funcionais. Constata-se assim, que os serviços de saúde, e os hospitais em particular, constituem organizações bastante peculiares, concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes, na medida em que, embora constituam um espaço de normalizações e prescrições, jamais poderão ser vistos como limitados a esse aspecto, uma vez que deve ser tida em consideração a sua constante variabilidade.

De facto, o contexto hospitalar constitui um enorme desafio para a Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (SHST), pelas suas características particulares e pela heterogeneidade das situações de trabalho e dos recursos humanos. De um modo geral, os hospitais têm sido concebidos quase exclusivamente em função dos doentes e são dotados de sistemas tecnológicos e organizacionais muito próprios, proporcionando aos seus profissionais, condições de trabalho exigentes, e algumas vezes precárias, piores do que as verificadas na grande maioria dos restantes sectores da actividade.

Para Veiga (2003), alguns profissionais destas instituições exercem a sua actividade, não raras vezes, sem a garantia das regras de segurança definidas para a sua profissão verificando-se que, a circunstância de o hospital ter como objectivo, “cuidar/tratar o ser humano, em situação de doença e sofrimento”, tem direccionado a sua concepção e a alocação de recursos para a satisfação das necessidades dos utentes, sem a consideração devida quanto às condições de trabalho dos seus profissionais.

Certo é que os hospitais são organizações complexas e por isso com múltiplos potenciais riscos. Assim sendo, o trabalho em ambiente hospitalar contribui não só para a ocorrência de acidentes de trabalho, como também para desencadear frequentes situações de *stress*, de fadiga física e mental, não fossem os seus colaboradores confrontados com situações emocionalmente intensas, tais como a vida, doença/sofrimento e morte.

Por outro lado, no hospital existem especificidades que dificultam a acção organizada dos serviços de prevenção de riscos profissionais, dos quais Veiga (2003) destaca as seguintes: o facto de a maioria dos trabalhadores se situar na área profissional de saúde, e por isso, tender a considerar que é capaz de assegurar autonomamente a manutenção do seu estado de saúde; o facto de os profissionais terem acesso facilitado a consultas médicas informais, reduzindo a utilização dos serviços organizados de saúde ocupacional; e ainda o facto de se verificar que toda a hierarquia hospitalar se encontra vocacionada para a vertente curativa pelo que os seus profissionais colocam menos ênfase na perspectiva da prevenção.

Segundo o mesmo autor, verifica-se, assim, que o hospital é um local de trabalho com uma multiplicidade de factores de risco e onde, tradicionalmente, estão criadas condições de desvalorização e, por vezes, de agravamento dos mesmos.

Decorrente da já referida tónica colocada nos cuidados a prestar aos utentes, muito se tem falado de “humanização hospitalar” e qualidade de serviços prestados a quem necessita, constatando-se assim que as condições de trabalho, a motivação e, em consequência, o bem-estar dos profissionais de saúde tem sido remetido para segundo plano.

No entanto, nos últimos anos, têm-se verificado investimentos nas áreas do controlo da infecção hospitalar e na gestão de resíduos, tendo contribuído para tal, entre outras, o aparecimento da SIDA e a necessidade de controlar a sua transmissão. Segundo Cardo (2004) é nessa altura (década de

1980), que é elaborado o primeiro plano para a diminuição da exposição aos riscos inerentes ao trabalho hospitalar, sendo este o marco a partir do qual se começa a dar maior ênfase aos riscos desta natureza.

O moderno conceito de gestão introduzindo as perspectivas da qualidade e do ambiente, e a legislação vigente, que torna a prevenção dos riscos profissionais um dever do empregador, contribuíram sem dúvida, para uma mudança de atitude relativamente aos riscos hospitalares. É exemplo o desenvolvimento da ergonomia hospitalar, que tem vindo a acontecer nos últimos anos, objectivando adaptar o trabalho à capacidade humana, e não o inverso.

1.3 – FONTES DE RISCO DO TRABALHO HOSPITALAR

No seu sentido original, o conceito de risco era neutro e referia-se a uma probabilidade aumentada de um evento ocorrer. No entanto, actualmente, o risco é frequentemente tomado como um presságio. O risco significa perigo e qualquer risco é sempre concebido de uma forma negativa. Além disso, a magnitude e a natureza global dos riscos actuais são tais que os riscos se tornaram cada vez mais difíceis de quantificar, de prevenir e de anular e, nesse sentido, muitos defendem que vivemos na “sociedade do risco” (Mendes, 2002).

Para Miguel (2007, p.42), o risco define-se como a “combinação da probabilidade e da (s) consequência (s) da ocorrência de um determinado acontecimento perigoso”.

De facto, em termos ocupacionais, o risco é habitualmente considerado como sendo uma função de dois factores principais, a probabilidade de um evento e a gravidade potencial associada ao mesmo. Assim, a quantificação do risco associado a determinado evento, por exemplo a ocorrência de um acidente, será função da probabilidade deste ocorrer e da gravidade que esta ocorrência possa acarretar.

A espera e a incerteza face ao risco parecem pautar o quotidiano das pessoas, deixadas à mercê dos avanços da ciência. No entanto, no caso particular da profissão de enfermagem, o seu exercício é por todos considerado de elevado risco para a saúde e segurança dos próprios enfermeiros assim como dos clientes e utentes, destinatários dos cuidados (Sousa et al., 1999).

Nas últimas décadas, o surgimento de novas tecnologias, as preocupações com as condições de trabalho e a emergência de algumas patologias associadas ao mesmo, levaram a uma necessidade de maior atenção relativamente à identificação, avaliação e controle das condições de risco existentes no ambiente de trabalho. Contudo, segundo Sousa et al. (2004), esses riscos podem ser minimizados se os profissionais tiverem acesso à informação que lhes permita agir correctamente de forma a criar e a manter um ambiente de trabalho seguro, o que beneficiaria não só a equipa de saúde, mas também o doente, o ambiente e a comunidade.

Os enfermeiros constituem o grupo que possui o maior número de profissionais a nível hospitalar. Devido à natureza do seu trabalho, dividem-se por turnos, assegurando a continuidade dos cuidados vinte e quatro horas por dia, determinando assim uma longa permanência no ambiente hospitalar e, por isso, maior vulnerabilidade aos factores de risco laborais (Takeda et al., 2001).

As práticas de enfermagem de âmbito hospitalar caracterizam-se pela diferenciação técnica, pela transdisciplinaridade, pela incorporação constante de tecnologia e pela necessidade de uma constante actualização. Durante a sua actividade profissional, os enfermeiros encontram-se expostos a uma grande variedade de riscos de natureza física, biológica, química e psicossocial, que contribuem de forma decisiva para a ocorrência de doenças com etiologia diversa, colocando assim a enfermagem no grupo das profissões desgastantes e de risco (Pereira et al., 2001; Rodrigues et al., 1999).

Para Mendonça et al. (1993), a existência de risco profissional pode traduzir-se na ocorrência de acidentes de serviço e doenças profissionais, e o enfermeiro pode estar, simultaneamente, sujeito a vários riscos associados ao ambiente de trabalho, tais como: riscos de desgaste psicológico, riscos de exposição a substâncias tóxicas, riscos de exposição a radiações, riscos causados por uma má postura corporal, riscos para a função reprodutiva e riscos de violência. Para Corte et al. (2005) a enfermagem, devido à sua natureza, está sujeita a uma constante exposição a agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos, daí considerar que em enfermagem está sempre presente o conceito de risco, penosidade e insalubridade.

Num estudo sociográfico de âmbito nacional sobre recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, a existência de situações de trabalho de risco para os enfermeiros é assinalada pela grande maioria dos serviços hospitalares, destacando-se o facto de apenas 25% terem considerado não estar confrontados com situações de trabalho dessa natureza (Carapinheiro, 1997).

Para Bulhões (1998), o problema reside no facto de os profissionais de saúde nem sempre encararem esses riscos com seriedade, o que pode ficar a dever-se à circunstância de o risco ocupacional ser ou estar:

- Oculto, por ignorância, falta de conhecimento ou de informação. Nestes casos o trabalhador nem sequer suspeita da sua existência. A irresponsabilidade, a incompetência e o lucro a qualquer preço contribuem para que muitos dos riscos ocupacionais continuem escondidos;
- Latente: nesta modalidade, o risco só se manifesta e causa danos em condições de *stress*. O trabalhador sabe que está “a correr riscos”, mas as condições de trabalho assim o forçam a isso;
- Real, conhecido de todos, mas sem possibilidade de controlo, quer por inexistência de soluções para tal, quer pelos altos custos exigidos, ou ainda por falta de vontade política.

Na realidade, a quantificação objectiva do risco, em termos ocupacionais, representa uma tarefa complexa dado o conjunto de condicionantes associados à probabilidade e à gravidade do risco considerado. No entanto, para alguns factores de risco ocupacional, é possível estabelecerem-se valores-limite para um determinado parâmetro físico cuja quantificação seja possível (Arezes, 2006).

Mas, se por um lado, existe a possibilidade da quantificação objectiva do risco, por outro, existe a forma como os profissionais encaram e/ou percebem esse risco, podendo levar a situações tão díspares quanto a sobrestimação do risco, mesmo quando ele é residual, ou a sua subestimação, mesmo quando ele está manifestamente presente.

Existem pois, inúmeros elementos e condições (espaço, luz, ruído, calor, ventilação, produtos químicos, agentes biológicos, conflitos, competitividade, etc.) inerentes ao local de trabalho, que actuam sobre o trabalhador e podem causar danos a nível da sua saúde e segurança. Verifica-se, no entanto, entre os vários autores, que não há um consenso sobre a classificação dos tipos de riscos a que os enfermeiros estão expostos, sendo que as pequenas divergências entre tais autores envolvem o grau de detalhe que as classificações apresentam, mas que, do ponto de vista etiológico, se podem agregar nas categorias que em seguida serão alvo de abordagem.

1.3.1 – Riscos de natureza biológica

Entende-se por agentes biológicos, os que resultam da acção de agentes animados como vírus, bacilos, fungos e bactérias (Ribeiro, 1997), ou, como descreve Rodrigues et al. (2003), microrganismos (bactérias, vírus, fungos), incluindo os geneticamente modificados, as culturas de células e os endoparasitas humanos e outros susceptíveis de provocar infecções, alergias ou intoxicações.

O risco ocupacional associado aos agentes biológicos é conhecido desde a década de 1940 e pode atingir não só os profissionais de saúde, como outros profissionais e ainda todos os visitantes das unidades de saúde e familiares que coabitam no domicílio dos doentes (Maia, 2005).

Numa unidade hospitalar, a exposição a agentes biológicos, em particular a microrganismos, coloca-se com particular incidência nos profissionais de saúde e nomeadamente nos profissionais de enfermagem. As potenciais e principais fontes deste risco são o contacto pessoal com os doentes e o manuseamento de produtos biológicos: sangue e seus componentes, fezes, exsudados, secreções e vómitos, bem como os materiais contaminados por estes. Em ambiente hospitalar, os principais agentes infecciosos com os quais os profissionais de enfermagem podem contactar são o vírus da hepatite (A, B e C), o vírus *Epstein-Barr*, o vírus da imunodeficiência humana (VIH), o citomegalovírus, espiroquetas e parasitas (Carvalho, 1998).

As formas de transmissão a nível hospitalar são idênticas às formas de transmissão de outras infecções (Machado, 2001). Assim a exposição a agentes biológicos pode acontecer por várias formas, nomeadamente, transmissão aérea, contacto cutâneo, contacto fecal-oral, contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos e por via percutânea (Veiga, 2003). A transmissão aérea, ou seja, a exposição por inalação, coloca-se tanto para os vírus como para as bactérias. Em relação aos vírus, é relevante a transmissão por esta via em doenças como a rubéola, sarampo, infecções por adenovírus, por vírus *influenza* e por vírus *sincitial* respiratório. No caso das bactérias destaca-se a transmissão por via aérea da tuberculose pulmonar e da doença do legionário (provocada pela *legionella pneumophila*).

Relativamente à transmissão por contacto cutâneo de agentes biológicos, quando há contacto directo com o doente portador de doença, destacam-se os responsáveis por: herpes, micoses cutâneas e sífilis não venérea.

No que concerne à transmissão fecal-oral, que se coloca quando são manuseadas fezes de doentes contaminados, sem serem salvaguardadas práticas higiénicas, os agentes biológicos para os quais esta via de transmissão se torna mais viável, são os vírus da hepatite A e *Norwalk* e bactérias como a *helicobacter pylori* e *salmonella*.

Na transmissão por contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos e por via percutânea, porventura a mais preocupante para os profissionais de enfermagem, e passível de ocorrer quando se efectuam, entre outras, tarefas de recolha de amostras de produtos biológicos, sua análise laboratorial, obtenção de acessos vasculares, no tratamento de lesões e nos cuidados de higiene prestados aos doentes, as principais doenças adquiridas por esta via são: hepatite B e C, infecção por VIH e as febres hemorrágicas (Lassa, Marburg, Ébola).

O risco de transmissão dos agentes patogénicos através do sangue está directamente relacionado com a prevalência de indivíduos afectados na população e a frequência de exposição aos instrumentos e equipamentos contaminados, mas também com a infecciosidade relativa aos agentes envolvidos, bem como a concentração destes no sangue (Carvalho, 1998).

Tal como já foi mencionado, os agentes infecciosos mais importantes nas infecções ocupacionais ocorridas em serviços de saúde são o vírus da imunodeficiência humana (VIH), o vírus da hepatite B e o vírus da hepatite C e, recentemente, os números apontam para um aumento da tuberculose com algum significado nas multiresistências que acompanham a toxicod dependência.

Desde o início do século XXI que se tem evidenciado a transmissão hospitalar da tuberculose, o risco de infecção pela mesma e a existência da doença activa nos profissionais da área da saúde. Sendo a tuberculose uma doença infecto-contagiosa de fácil transmissão (a inoculação do bacilo faz-se por via aérea), a adopção de programas de avaliação e seguimento dos trabalhadores não se tem efectivado, sobretudo nos países de alta prevalência, nos quais o risco comunitário é elevado (Resende, 2003). Ainda segundo este autor, o risco de infecção pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculose) entre os profissionais de saúde está relacionado com os seguintes factores: prevalência da doença, perfil dos casos atendidos, área de trabalho, grupo ocupacional, tempo de trabalho na área da saúde e medidas de controlo adoptadas pela instituição.

É certo que a sua incidência, na população em geral, está a descer, mas continuam a ser notificados novos casos: dados da Direcção Geral da Saúde indicam que, em 2006, as notificações foram 3092,

tendo havido ainda 188 recidivas. É nos grandes centros urbanos como Lisboa, Porto e Setúbal que se verifica a maior concentração de casos, espelho de uma realidade recente: a associação da tuberculose à infecção pelo VIH/SIDA, para além dos imigrantes, os sem abrigo e os consumidores de drogas injectáveis, cuja estatística demonstra também terem risco acrescido. Assiste-se, por outro lado, a uma prevalência crescente da tuberculose multi-resistente, em consequência da resistência das bactérias aos antibióticos, essencialmente devido ao abandono do tratamento quando os sintomas da doença diminuem ou desaparecem.

Relativamente à transmissão do VIH entre os profissionais de saúde, a maior preocupação reside no facto de a forma mais frequente de transmissão do vírus ocorrer devido a exposições cutâneas, resultantes de acidentes com materiais perfurantes e cortantes, e as recomendações actuais para esse fim, ainda não serem capazes de prevenir tais acidentes (Lacerda, 2003).

Conforme dados registados pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 57 trabalhadores apresentaram soroconversão ao HIV, após exposição ocupacional, e 139 foram considerados como casos suspeitos até Dezembro de 2001 (CDC cit. por Bálamo et al., 2006).

Apesar de o VIH ter assumido primordial notoriedade relativamente aos riscos de infecções virais, é de ter em conta que o risco de adquirir a infecção pelo vírus da hepatite B, após exposição a sangue contaminado, é cerca de 10 a 35% ao passo que o risco de adquirir o VIH é de apenas 0,4% (Corte et al., 2005).

Segundo Maia (2005), dados aceites internacionalmente apontam que em consequência de “picada de agulha” os profissionais de saúde apresentam uma probabilidade de adquirir SIDA de 0,3%, a hepatite C de 2 a 7% e hepatite B de 2 a 40%, neste último caso em profissionais não vacinados e com a presença de AgHbe positivo no doente. Para Almagro (2006), o risco de infecção por transmissão percutânea com agulha oca contaminada por VIH é de 0,3%, diminuindo esse risco para 0,09% no caso das membranas mucosas.

A hepatite B é, actualmente, a doença ocupacional de carácter infeccioso mais importante no pessoal de saúde, sendo o risco de a adquirir mais elevado nos primeiros anos de exercício profissional e nos serviços em que se verifica contacto frequente com sangue (Otero, 1997). Segundo este autor, hoje dispõe-se de eficazes medidas para a prevenir, mediante o recurso a barreiras físicas (luvas, agulhas e seringas descartáveis), químicas e biológicas (gamaglobulina hiperimune e vacinas).

Desde a descoberta do vírus da hepatite B, por Baruch, Blumberg e Coll, nos anos 1960, muito se aprendeu a seu respeito, porém, até aos dias actuais, muitos estudos demonstraram a existência de uma elevada prevalência da doença em vários segmentos da população em geral, e especialmente entre os profissionais de saúde expostos a acidentes com objectos perfurantes e cortantes, envolvendo material biológico (Bulhões, 1998).

O mesmo não se verifica para o vírus da SIDA, em que a prevalência nos profissionais de saúde é idêntica à da população em geral. Para Manzano (1999, p. 227) “esta é a razão principal pela qual, de um modo geral a nível mundial, as hepatites são consideradas doenças profissionais para os trabalhadores da saúde e a SIDA como doença consequência de acidente de trabalho”.

Em Portugal, todas as formas clínicas de hepatites víricas fazem parte da lista das doenças profissionais e são consideradas como tal para os profissionais de saúde, sem necessidade de fazer prova.

1.3.2 – Riscos de natureza física

Os riscos de natureza física são as alterações negativas do meio envolvente, tais como, iluminação, temperatura e ventilação (DRSH cit. por Corte et al., 2005). De modo mais abrangente, Bulhões (1998), considera que os riscos de natureza física no ambiente hospitalar estão representados pelas radiações ionizantes (raios X, raios gama, raios beta), não ionizantes (ultravioleta, infravermelhos, microondas e raio laser), ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas, electricidade e iluminação.

Algumas doenças relacionadas com o trabalho podem ser causadas pela acção desses factores de risco, sendo que os limites da acção dos mesmos são, muitas vezes, imprecisos. Na maior parte dos casos as lesões resultam da associação de diversos factores.

Segundo Nunes (2004, p.153), “as Instalações de Saúde são dos locais mais perigosos para a segurança e saúde das pessoas, onde se incluem, os profissionais, os visitantes e os próprios doentes. Podem destacar-se, entre outras, causas como: taxas de ocupação muito perto da saturação, por vezes, mesmo para além dos limites; projectos mal conseguidos com o desenho dos locais de maior risco a revelarem-se não adequados ao tipo de ocupação e; falta de ventilação adequada ou maus sistemas de ventilação e/ou um controlo e manutenção deficientes”.

Um dos factores de risco de natureza física, felizmente pouco frequente a nível das instituições hospitalares, são as vibrações. Os seus efeitos prejudiciais para além de atingirem os funcionários do hospital, os doentes e as estruturas da edificação, atingem também determinado tipo de equipamento sensível, impedindo o seu adequado funcionamento. A nível dos doentes, as lesões provocadas pelas vibrações podem facilmente ser percebidas, basta para isso pensar em determinadas técnicas de terapia como o ultra-som terapêutico e a litotripsia (Benavides, 2000).

Os enfermeiros enfrentam também problemas a nível da temperatura, uma vez que os edifícios tendem a estar muito quentes, para benefício dos doentes, expondo assim os profissionais a frequentes alterações térmicas quando se deslocam entre áreas diferentes do hospital. No tempo quente os enfermeiros vivem momentos de desconforto dentro das suas fardas incómodas, e, no tempo frio, as fardas não são igualmente adequadas e, o aquecimento nem sempre se encontra a temperaturas suficientes (Corte et al., 2005). Segundo outra perspectiva, Avendanõ (2002) diz que o calor é largamente utilizado no ambiente hospitalar, nas operações de limpeza, desinfeção e esterilização dos artigos e áreas hospitalares. É empregue ainda, com finalidade terapêutica, como é o caso dos berços aquecidos e incubadoras utilizadas nos tratamentos de recém-nascidos, em equipamentos de diatermia, que adoptam o uso de radiofrequências para produção de calor em tecidos vivos, unidades electrocirúrgicas ou raios laser empregues em sofisticadas técnicas cirúrgicas, visando de um modo geral o corte e coagulação dos tecidos humanos.

Segundo Miguel (2007, p.412), “o problema colocado pelos ambientes térmicos é o da homeotermia (manutenção da temperatura interna do corpo), a qual garante um funcionamento óptimo das principais funções do organismo e em particular do sistema nervoso central”. De facto, à medida que o nível de *stress* térmico se eleva acima da zona de conforto, aparecem estados sucessivos de mal-estar psicológico que vão desde a sensação puramente subjectiva de estar incomodado, a uma redução apreciável do rendimento de tarefas que exigem destreza manual. A este propósito, Fonseca (2002), considera que a manutenção de um ambiente térmico neutro, exige o controlo de quatro factores (principais) que intervêm nas trocas de calor efectuadas entre o homem e o ambiente em que está inserido, sendo eles: a temperatura, a humidade, a velocidade do ar e o calor radiante.

As unidades de saúde devem por isso, ser dotadas de equipamentos de climatização que garantam adequadas condições de conforto e de higiene.

Outro factor de risco de natureza física é a iluminação. Uma iluminação adequada é, pois, uma condição imprescindível para obter não só o conforto do posto de trabalho mas também o rendimento laboral e, está intimamente ligada à regulação dos estados de alerta e descanso do ser humano (Cueto cit. por Benavides et al., 1997).

Facilmente se compreende que para se desenvolver uma boa prestação de cuidados de enfermagem e para a segurança dos enfermeiros e dos doentes, em qualquer serviço em que se prestem cuidados de saúde, é necessária a existência de boas condições de iluminação, até porque cerca de 80% dos estímulos sensoriais são de natureza óptica. Se a iluminação for deficiente pode não só conduzir a erros e baixa eficiência, como também pode originar quedas e outros incidentes, e até cefaleias e cansaço visual. Por outro lado, a luz excessiva também é prejudicial, conduzindo essencialmente ao encandeamento (Corte et al., 2005).

Para Barroso et al. (2007), a iluminação é importante em todas as situações de trabalho, na medida em que, sendo a maioria das tarefas realizadas essencialmente sob controlo visual, o trabalhador tem absoluta necessidade de ver bem a zona de trabalho e os objectos a manipular e de ter a percepção da profundidade do campo e do contraste visual. Para além da iluminação correcta do ambiente de trabalho, deve ser valorizada a identificação de contrastes excessivos no campo visual, bem como as fontes de encandeamento directo ou reflectido.

Em relação aos riscos de natureza física, a exposição a radiações ionizantes é um dos problemas de maior acuidade para os profissionais de saúde. Segundo Carvalho (2004), em Portugal existem cerca de 11.000 trabalhadores profissionalmente expostos às radiações ionizantes, sendo a larga maioria pertencente ao sector da saúde (cerca de 82%).

Segundo Otero (1997), são um dos riscos melhor conhecidos, e frente ao qual se têm adoptado importantes medidas preventivas, as quais fazem com que quase só os profissionais das radiações corram riscos, sendo hoje em dia, maiores em consultórios e pequenas clínicas privadas onde não se adoptaram medidas de segurança, assim como pela utilização das radiações fora do serviço de radiologia, por exemplo, no bloco operatório, ortopedia e pediatria. As radiações ionizantes surgem associadas em particular “à utilização de radiação para efeito de diagnóstico (imagiologia, meios de contraste radioactivos), procedimentos cirúrgicos (intensificadores de imagem) e terapêuticos (radioterapia)” (DGS, 2006b,p.24).

De acordo com Carvalho (2004, p. 31), “nas condições normais de trabalho, os níveis de exposição às radiações ionizantes são baixos, pelo que a ocorrência de efeitos determinísticos é de excluir. O risco a considerar é o da ocorrência de efeitos estocásticos (probabilísticos) e mais particularmente o da ocorrência de um cancro”.

É do conhecimento geral que a exposição às radiações ionizantes tem efeito cumulativo e nocivo para o sistema hematopoiético, sistema reprodutor, pele e outros tecidos (Oliveira, 2001). A prevenção dos riscos associados às mesmas, passa fundamentalmente pela definição e identificação das áreas de trabalho de acordo com o risco de exposição e, redução do tempo de exposição (Fonseca, 2002).

Por outro lado, as radiações não ionizantes, às quais pode existir exposição hospitalar, são: radiação ultravioleta, raios laser, campos magnéticos e radiofrequências. Embora teoricamente, possam produzir efeitos sobre a saúde, na prática o risco é insignificante.

No ambiente hospitalar, o ruído é um factor que, a elevados níveis, pode conduzir a perdas de audição, mas que, em níveis menos elevados, provoca o denominado “efeito intrusivo” sendo comprovadamente precursor de situações de “distress” que associadas a outros factores, influencia negativamente a execução de tarefas que exigem concentração e a tomada de decisões, com repercussões graves, quer para os trabalhadores quer para os doentes (Maia, 2005).

Segundo Miguel (2007, p.366), “ o ruído constitui uma causa de incómodo para o trabalho, um obstáculo às comunicações verbais e sonoras, podendo provocar fadiga geral”. A lesividade do ruído não depende exclusivamente das suas próprias características (intensidade e cadência), mas também do lugar de exposição e dos factores pessoais do sujeito exposto (Otero, 1997).

Segundo Benavides (2000), exemplos de ruídos de menor intensidade que se tornam incómodos, decorrem dos alarmes sonoros presentes nos equipamentos de monitorização, bem como o ruído resultante quer do desenvolvimento normal das actividades terapêuticas, quer o que resulta das visitas, que também contribui para um ambiente não terapêutico, muitas vezes descurado nas diversas instituições hospitalares.

Para Otero (1997) a insonorização do hospital, reparação rápida das avarias, uso de calçado de sola macia, diminuição do som nos alarmes e telefones, isolamento dos “doentes ruidosos” e limitação das conversas entre o pessoal e doentes com dificuldades de audição, são algumas das medidas propostas

para diminuir o ruído ambiente nos hospitais. Este autor menciona as recomendações dos Estados Unidos relativas aos níveis de ruído, que não devem ultrapassar os 45 dB(A) nas enfermarias, durante o dia e 35 dB(A) durante a noite.

A ventilação inadequada é outro problema que se verifica nos serviços de saúde. Segundo Corte et al. (2005), os sistemas de ventilação são, muitas vezes, ineficazes e as janelas não se podem abrir. Uma ventilação adequada deveria renovar o ar na totalidade e distribuir ar fresco por todo o edifício, com uma temperatura e humidade controladas. A ausência de humidificadores do ar contribui para que as mucosas sequem, sendo também responsável por problemas respiratórios. Por outro lado, nem sempre há uma verificação periódica da água dos sistemas de ventilação e dos filtros do ar condicionado, o que pode trazer graves danos à saúde.

Um estudo realizado no final de 2005, em 19 hospitais de Norte a Sul de Portugal, revelou que as medidas para o controlo das infecções hospitalares no que respeita à qualidade do ar não eram suficientes. Nesse estudo, em mais de metade dos hospitais foram encontradas amostras de ar em que o número de bactérias ultrapassava o valor máximo indicado pela OMS para ambientes saudáveis: 500 ufc/m³ (unidades formadoras de colónias por metro cúbico). Em alguns casos, os valores detectados rondavam os 900 ufc/m³, quase o dobro do valor preconizado por aquela organização. O facto de se verificarem valores acima do limite indicado em hospitais situados em áreas geográficas díspares, revela que não se trata de um problema localizado (Moreira, 2005).

Nesse estudo, refere-se, igualmente, que os fungos e as leveduras podem causar problemas de saúde, sobretudo ao nível respiratório e da pele, tendo-se constatado que o valor de 300 ufc/m³, indicado pela OMS, tinha sido ultrapassado em quatro hospitais.

1.3.3 – Riscos de natureza química

Os riscos de natureza química resultam da manipulação e inalação de substâncias químicas (DRHS cit. por Corte et al., 2005). De acordo com Uva (2000), os factores de risco de natureza química são o mais extenso subgrupo de agentes causais de doença profissional, e, as dermatoses profissionais, pela sua frequência, constituem uma situação com grande importância em patologia e clínica do trabalho.

Nos hospitais utilizam-se diversas substâncias químicas que podem ter como consequência uma simples irritação e/ou sensibilização alérgica, mas também efeitos mutagénicos, teratogénicos e/ou cancerígenos (Oliveira, 2001).

O eczema alérgico de origem profissional é mais frequente entre os profissionais de laboratório, enfermeiros, auxiliares de acção médica, entre outros, devido ao contacto repetido com produtos químicos, medicamentos, anestésicos e anti-sépticos, bem como a frequente lavagem das mãos (Otero, 1997).

Alguns dos factores de risco químico, referenciados a nível internacional, devem-se ao uso prolongado de luvas de látex, ao manuseio de detergentes e solventes, à manipulação de drogas antineoplásicas e antibióticos de última geração, à inalação de gases anestésicos, à exposição aos vapores de formaldeído e glutaraldeído e aos vapores dos gases esterilizantes, entre outros (Xelegati et al., 2006; Bulhões, 1998).

Segundo Corte (2005), todos os dias os enfermeiros lidam com um grande número de agentes tóxicos, cujo contacto pode trazer diversas consequências pela sua inalação, digestão ou absorção através da pele. Os efeitos podem ocorrer através de reacções dermatológicas, tonturas, cefaleias e dificuldade respiratória, podendo mais tarde provocar doenças como asma e eczemas. Todavia, nem sempre a exposição resulta em efeitos prejudiciais à saúde, na medida em que dependem de factores tais como: tipo e concentração do agente químico, frequência e duração da exposição, práticas e hábitos de trabalho e susceptibilidade individual.

Para prevenir riscos químicos de índole profissional é essencial conhecer a concentração a que se está exposto e compará-la com os valores limite de exposição do contaminante. Os mais utilizados são os denominados TLV (Threshold Limit Values) publicados anualmente pela American Conference of Governmental Industrial Hygienist (ACGIH), valores que dizem respeito às concentrações às quais a maior parte dos trabalhadores pode estar exposta, dia após dia, sem efeitos adversos. Em Portugal, estes valores constam da NP 1796:2007.

1.3.4 – Riscos de natureza ergonómica

Nos hospitais assiste-se a uma constante reformulação dos espaços físicos, com o objectivo de implementar novos serviços e de responder às exigências determinadas pelos avanços técnico-

científicos, mas de modo inverso, pouca preocupação existe em melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e, em particular, dos enfermeiros, no que respeita à adequação da planta física e da organização do trabalho, bem como dos equipamentos em uso (Diaz, 1999).

Em contexto hospitalar existe uma necessidade efectiva de movimentação manual de cargas, seja estática ou animada. Estes movimentos caracterizam-se por levantar, puxar/empurrar objectos pesados, trabalhar em posição estática e executar movimentos repetitivos, tudo isto num quadro de exigência atendendo aos vários graus de dependência, quando a “carga” diz respeito a doentes aos quais está associada a natureza do cuidar. As principais consequências da movimentação inadequada da carga são as lesões músculo-esqueléticas que, atendendo à sua natureza, têm, habitualmente, um início insidioso, sendo por isso frequentemente desvalorizado (Maia, 2005).

Segundo Barroso et al. (2008), num estudo recente, a nível hospitalar, constatou-se que são vários os aspectos de natureza organizacional que têm, ou poderão ter, um efeito negativo sobre o risco de lesões músculo-esqueléticas associado às actividades dos enfermeiros, dos quais destacam o grau de dependência dos doentes, o rácio doentes/enfermeiro, distribuição da carga de trabalho pelos turnos e ao longo dos turnos, espaço disponível, características do mobiliário e meios auxiliares disponíveis.

De facto, um aspecto agravante e peculiar associado a estas actividades reside nas características intrínsecas à carga movimentada, nomeadamente a imprevisibilidade quanto à movimentação da mesma (Shepherd, 2001). Convém, contudo salientar que, para além das actividades de movimentação e transferência de doentes e das características de risco já enunciadas, a actividade dos profissionais de enfermagem engloba também a movimentação de objectos inanimados, como sejam camas, macas, carros de urgência, monitores e outros.

Para Cotrim (2006), de um modo geral, as tarefas de movimentação de doentes, associadas às condições de realização e às características individuais dos enfermeiros, condicionam a adopção de posturas penosas, com duração e frequência elevadas, e a movimentação de cargas, com a realização de força de forma frequente, aspectos que se identificam como factores de risco de lesões músculo-esqueléticas, em particular da coluna vertebral, cintura escapular e membros superiores. Para o autor, a realização destas tarefas é também uma das principais causas de lesões acidentais em enfermeiros.

Segundo a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, tendo por base o 4º Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho realizado em 2005, as lesões músculo-

esqueléticas são o problema relacionado com o trabalho mais comum na Europa. Segundo os resultados, perto de 24% dos trabalhadores da União Europeia, dizem sofrer de lombalgias e 22% queixam-se de dores musculares (Riso, 2007). Conforme Maia (2005), estas queixas afectam um crescente número de trabalhadores abrangendo um largo leque de actividades, aparecendo as mulheres como um grupo mais susceptível de as desencadear.

Também na opinião de Alexandre (1998), um facto relevante no trabalho de enfermagem refere-se ao seu contingente, que na maioria é formado por mulheres, as quais apresentam menor resistência nos ligamentos e músculos que cercam e protegem os discos intervertebrais, sendo por esse motivo mais susceptíveis às lesões da coluna, mesmo no manuseamento de cargas leves.

Estes factos levaram a uma preocupação crescente no mundo da saúde ocupacional, desencadeando um pouco por toda a Europa campanhas de sensibilização como é o caso da campanha europeia de 2007 cujo lema foi “Atenção! Mais carga não”, dedicada às lesões músculo-esqueléticas. No entanto, a campanha, cujo objectivo consistia em levar mais longe o combate contra este tipo de lesões já havia sido iniciada na primeira semana europeia, em 2000, sob o lema “ Não vires as costas às perturbações músculo-esqueléticas”.

1.3.5 – Riscos de natureza psicossocial

“No dealbar do século XXI, a globalização traz consigo exigências profissionais e económicas que levam os vários profissionais a adoptarem estilos de vida que os predispõem a consequências provocadas pelos diversos agentes stressores. Deste modo, a vida no trabalho está a transformar-se num dos contextos que mais ameaça e pode influenciar a saúde e o bem-estar dos indivíduos” (Santos et al., 2003, p.36).

Com efeito, os riscos de natureza psicossocial, segundo a literatura consultada, provêm sobretudo dos tipos de *stress* a que o profissional de enfermagem está sujeito, nomeadamente a sobrecarga de trabalho associada à pressão no tempo, o contacto constante com o sofrimento, a morte, e o trabalho por turnos.

Os profissionais de enfermagem são um dos grupos profissionais na área da saúde que mais estão expostos ao *stress* e às suas consequências. O ambiente fechado em certas áreas de trabalho, a frequência de situações imprevistas e de urgência/emergência que requerem uma actuação rápida e

eficiente (sob pressão), a escassez de tempo e de recursos humanos, as relações tensas e os conflitos interpessoais, o contacto próximo com o sofrimento e a gravidade do estado de saúde do doente e o trabalho por turnos são razões que podem levar à exaustão física e psíquica e suas devidas implicações na vida pessoal, familiar e social. Podem ainda propiciar o uso de bebidas alcoólicas, tabaco e ansiolíticos, entre outros, constituindo-se responsáveis por grande parte dos conflitos, dentro e fora do local de trabalho (Melo, 2008; Correia, 2007; Santos et al., 2003; Ferreira et al., 1998).

O *stress* ocupacional é definido por Ross e Altmaier cit. por Pinto et al. (2007), como um estado emocional causado pela interação do indivíduo e o seu local de trabalho, que conduz a uma discrepância entre o grau de exigência do trabalho e a capacidade de lidar com esta.

A primeira autora a designar a profissão de enfermagem como “stressante”, relacionou a necessidade da memorização de um grande contingente de informações pertinentes ao trabalho e atitudes de atenção e vigília permanente, os quais produzem uma elevada exigência mental do trabalho efectuado, com os cuidados dispensados às pessoas doentes, o que implica uma grande capacidade de lidar com o sofrimento e a morte por parte dos enfermeiros (Deacon et al., 1999).

Todavia, o problema é que os profissionais de enfermagem estão de tal modo envolvidos na assistência aos doentes, que muitas vezes nem se dão conta da sua própria vulnerabilidade ao *stress*. A sobrecarga de trabalho, o conviver com a morte, o sofrimento e a ansiedade com ela relacionada faz parte do quotidiano dos profissionais de enfermagem. Fazendo prova deste facto, Loff (2003) refere-se a uma sondagem publicada num jornal de enfermagem em 2002, em que a maioria dos enfermeiros diz considerar o *stress/burnout* como o maior factor de risco do exercício da profissão de enfermagem (48%).

Como resposta ao *stress* ocupacional surge o *burnout*, definido por Maslach e Jackson cit. por Garcia (2003), como um processo que conduz a resposta inadequada ao *stress* laboral, levando ao esgotamento físico e psicológico, atitude fria e despersonalizada face aos solicitadores do serviço e sentimentos de fracasso em relação ao trabalho.

A bibliografia consultada permite considerar praticamente consensual que, as repercussões fisiológicas e psicológicas do *stress* conduzem a uma diminuição da performance dos trabalhadores e da qualidade dos serviços prestados, a um aumento do absentismo, a um aumento do número de

acidentes, a problemas de relacionamento social e familiar e a um sentimento generalizado de insatisfação pessoal e profissional.

Diversos estudos têm confirmado que existe uma associação entre os problemas de saúde física e mental resultantes do desgaste que o *stress* e *burnout* induzem na vida dos profissionais de saúde, e um provável consumo excessivo de café em muitos casos associado ao álcool, tabaco, medicamentos ou até outro tipo de substâncias psicoactivas (Correia, 2007).

Para além dos vários riscos psicossociais enumerados, os profissionais de saúde são sujeitos a actos de violência verbal e física sendo os responsáveis, na maioria das situações, os próprios doentes e os seus acompanhantes (Maia, 2004). Segundo o autor, os actos de violência podem ser provocados por motivos técnicos, erros associados ao diagnóstico ou por procedimentos administrativos, e os enfermeiros, a par dos administrativos que fazem o atendimento, são os profissionais mais atingidos.

Relativamente ao aspecto sentimental, sendo a morte, de uma forma geral, a única certeza da vida e apesar de no contexto social adquirir vastos significados, nas unidades hospitalares, são exacerbados de modo acentuado, por serem locais onde o viver e o morrer convivem lado a lado com muita frequência. Sabendo que é o enfermeiro que cuida do doente em vida, está presente no momento da sua morte e cuida do seu corpo no pós-morte, pode-se compreender com exactidão a importância destes profissionais nesta fase da existência humana, onde a ansiedade, o sofrimento e toda a carga emocional que lhe é inerente, se tornam em si mesmo uma fonte de desgaste psíquico.

O trabalho por turnos, também considerado um factor de risco de natureza psicossocial, desencadeia na maior parte das vezes alterações físicas e psicológicas, que se traduzem por transtornos do sono, digestivos, cardiovasculares, lombalgias de esforço, *stress* e o síndrome de *burnout*. O trabalho por turnos, nomeadamente o que inclui o trabalho nocturno, é um factor de desregulação dos ritmos biológicos normais, interferindo sobretudo com o ritmo circadiano e obrigando o organismo a esforços de adaptação que inevitavelmente conduzem a situações de desgaste e fadiga (Benavides, 1997).

Da mesma forma, Otero (1997) considera que o trabalho nocturno realiza-se em situação de “desactivação nocturna”, que ao exigir um esforço redobrado, ocasiona maior fadiga, a qual não se elimina totalmente, na medida em que o sono de dia é menos reparador, levando assim a uma situação de fadiga crónica.

Todos estes problemas podem afectar a qualidade de vida e de saúde dos enfermeiros, influenciando directamente o seu desempenho e indirectamente a qualidade dos cuidados prestados (Cruz, 1999; Ferreira et al., 1998).

A preocupação com estes aspectos tem-se feito sentir a vários níveis, sendo exemplo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), ao manter como tema das comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro no âmbito da segurança dos doentes, o lema “Dotações seguras salvam vidas”. E, para Manuel (2006, p.57), as dotações seguras “significam ter disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”.

Para o autor, “uma combinação de competências mais rica em enfermeiros, leva a morbilidade e mortalidade dos doentes mais reduzidas, incidências reduzidas de eventos adversos, duração mais curta da estadia no hospital e satisfação dos doentes mais elevada”.

Em consequência, os enfermeiros nestes ambientes de trabalho, registam uma maior satisfação profissional, menos *stress* e menos casos de *burnout*. Reduz ainda o absentismo e as taxas de rotação, tendo assim um impacto positivo sobre a continuidade e a qualidade dos cuidados.

CAPÍTULO 2 – RISCO BIOLÓGICO EM AMBIENTE HOSPITALAR

2.1 – INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A existência humana encontra-se condicionada ao estabelecimento de inter-relações constantes com os diversos seres vivos, que co-habitam simultaneamente o planeta, formando assim, um conjunto de comunidades ecológicas que, apesar das suas peculiaridades distintas, exercem influências recíprocas no meio ambiente.

Assim, a necessidade de viver de modo saudável, implica a capacidade de oscilar, de forma equilibrada, entre a adopção de comportamentos de individualidade e domínio, paralelamente à adaptação e à flexibilidade relacional exigida para a integração harmoniosa na microbiótica envolvente.

Neste contexto, Fernandes et al. (2000) consideram que as infecções hospitalares representam uma forma desarmoniosa da relação do homem com sua microbiota. Assim, o desempenho dos profissionais de saúde deve ter como base, conhecimentos sobre a diversa microbiótica causadora de agressão ao homem no ambiente hospitalar, bem como as várias formas de prevenir as consequências desastrosas das infecções hospitalares (Rebelo et al., 2007).

Uma infecção nosocomial, também chamada infecção adquirida no hospital ou infecção hospitalar, define-se de diferentes modos, consoante o grau de detalhe do autor. Segundo o Conselho da Europa cit. por Amaral (1994, p. 12), a infecção hospitalar deve ser entendida como “toda a doença contraída no hospital devido a microrganismos clínica ou microbiologicamente reconhecida, que afecta tanto o doente pelo facto da sua admissão no hospital ou, dos cuidados que aí receber enquanto hospitalizado ou em tratamento ambulatorio, como também o pessoal hospitalar devido à sua actividade, quer os sintomas da doença apareçam ou não durante o tempo em que o interessado se encontra no hospital”.

Para Martins (2001) todas as infecções que surjam em consequência do internamento e que não estavam presentes, nem em período de incubação na altura da admissão, enquadram-se no conceito de infecção hospitalar.

Numa perspectiva mais prática, pode considerar-se como infecção nosocomial toda a infecção que ocorre como consequência do internamento no hospital ou de um tratamento aí recebido, podendo manifestar-se durante o tratamento ou após a alta. A infecção nosocomial não afecta apenas os doentes, pois, qualquer pessoa que frequente o hospital como trabalhador ou como visita, corre esse risco (Tavares et al., 2003).

“Mudanças na organização/prestação de cuidados de saúde têm levado a internamentos mais curtos e ao aumento da prestação de cuidados no ambulatório. Desta forma, foi sugerido que o termo infecção nosocomial deveria abranger as infecções que ocorrem em doentes tratados em qualquer instituição de saúde, assim como aquelas adquiridas pelo pessoal do hospital ou de outra instituição, ou até pelas visitas” (Ducel et al., 2002, p.8).

Em antítese, e no sentido de efectivar a classificação distinta das formas de infecção que atingem os utentes, torna-se relevante mencionar a definição atribuída à infecção comunitária, que de acordo com Fernandes (2000) é a infecção constatada ou em incubação no acto de admissão do utente, desde que não relacionada com o internamento anterior no mesmo hospital.

Recentemente, introduziu-se o conceito de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) sendo definida como uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade. Este conceito de IACS torna-se mais vasto relativamente à designação de Infecção Nosocomial (IN) anteriormente citada, uma vez que este último excluiu, por exemplo o ambulatório. Assim sendo, a designação IACS refere-se a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, dando ênfase ao assegurar da comunicação e da articulação entre as diversas unidades de saúde (cuidados primários, hospitalares e continuados), para a identificação destas infecções a fim de se reduzir o risco de infecção cruzada (DGS, 2007).

Segundo Silva (2008) não sendo um problema novo, as IACS, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo, uma vez que, à medida que a esperança de vida aumenta e que se encontram ao dispor tecnologias cada vez mais invasivas, bem como um maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Segundo a mesma autora, estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.

Com o objectivo de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde recentemente reformulou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), visando este, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infecção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo, contribuindo para a segurança do doente e para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2007).

Ainda segundo Silva (2008), este programa contempla também, as seguintes vertentes de intervenção: vigilância epidemiológica, elaboração e divulgação de normas de boa prática clínica, formação e consultadoria.

Os tipos de infecção que os doentes adquirem no hospital são, em geral, muito diferentes dos que são contraídos em casa. O risco de infecção relacionado com a hospitalização, foi reconhecido há milhares de anos, e até que fossem aperfeiçoados agentes antimicrobianos efectivos, o índice de mortalidade, por exemplo, por infecção na sequência das intervenções cirúrgicas, era extremamente elevado. Os avanços da tecnologia permitem hoje tratar muitos doentes de doenças antes consideradas fatais, havendo, por outro lado, uma proporção crescente de cuidados de saúde prestados na comunidade, e não no hospital (Wilson, 2003).

O impacto das infecções hospitalares verifica-se a vários níveis, sendo mesmo consideradas uma das principais causas de morte. Estas agravam a incapacidade funcional, o sofrimento e o *stress* emocional do doente e podem, em alguns casos, levar a situações que diminuem a sua qualidade de vida. Os seus custos económicos são consideráveis, sendo o prolongamento do internamento o que mais contribui para esse facto. Um estudo realizado em 1993 por Coelho et al. cit. por Ducelet et al. (2002), demonstrou que, o aumento na demora média da hospitalização de doentes com infecção do local cirúrgico, foi de 8,2 dias, variando de 3 dias para cirurgia ginecológica a 9,9 dias para cirurgia geral e 19,8 dias para cirurgia ortopédica.

O facto de se prolongarem os internamentos, não só aumenta os custos directos dos doentes ou dos pagadores, como também os custos indirectos devidos à perda de produtividade. Da mesma forma, o aumento da utilização de fármacos, a necessidade de isolamento e o recurso a ulteriores estudos laboratoriais e outros meios de diagnóstico também contribuem para aumentar os custos (Ducelet et al.,

2002; Alves et al., 1996). Segundo os mesmos autores, a infecção nosocomial favorece o desequilíbrio entre os recursos atribuídos aos cuidados primários e secundários de saúde, através do desvio de fundos já de si, escassos, para a gestão de problemas potencialmente evitáveis.

O aumento da prevalência de doenças crónicas nos doentes internados, a sua idade cada vez mais avançada, assim como o aumento no recurso a procedimentos de diagnóstico e terapêutica que afectam as defesas do hospedeiro, levarão no futuro, a uma continuada pressão nas infecções nosocomiais. De facto, os microrganismos responsáveis por estas infecções podem ser transmitidos à comunidade através do doente que tem alta, dos profissionais de saúde e de visitas. E, se estes microrganismos forem multi-resistentes, podem causar doença significativa na comunidade.

Existem critérios para identificar infecções nosocomiais em locais específicos (por exemplo, urinárias ou pulmonares), critérios esses que geralmente derivam dos publicados pelo CDC nos Estados Unidos da América ou de conferências internacionais, sendo assim usados na vigilância epidemiológica dessas infecções.

As infecções nosocomiais podem ter características endémicas ou epidémicas, no entanto são mais comuns as endémicas. As infecções epidémicas ocorrem durante surtos, definidos como um aumento inusual, acima da média, de uma infecção específica ou de um microrganismo infectante (Ducel et al., 2002).

Tal como outras infecções, a infecção nosocomial, tem uma cadeia epidemiológica que representa as etapas envolvidas na transmissão de um agente infeccioso de um reservatório para um hospedeiro susceptível. Esta é composta por seis elos: agente infectante, reservatórios ou fontes, vias de eliminação, transmissão, penetração e hospedeiro susceptível, em que se um elo falhar a corrente quebra-se, não ocorrendo infecção (Fernandes et al., 2000). Estas ocorrem preferencialmente devido a infecções causadas pela flora cutânea e por infecções cruzadas, designação esta que diz respeito ao possível contacto entre doente portador/doente são.

De acordo com o modelo epidemiológico das doenças infecciosas, as infecções nosocomiais podem estar associadas a factores intrínsecos ao hospedeiro, factores relacionados com o agente etiológico e factores ambientais (Machado, 2001).

A infecção nosocomial constitui uma realidade actual, assustadora, e representa cada vez mais um problema de saúde a que as instituições de saúde e os seus profissionais devem prestar particular atenção, por todos os custos que envolve, quer económicos, quer sociais e psicológicos (Palma et al., 2006).

Considerando as modificações no sistema de prestação de cuidados de saúde com altas hospitalares precoces e uma maior diversificação e complexidade dos cuidados prestados no ambulatório, Pina (1999, p.244) propõe “actualmente falar antes em infecções iatrogénicas, consequências indesejadas da prestação de cuidados, independentemente do local da sua prestação”.

2.1.1 – Incidência e prevalência da infecção hospitalar

A infecção nosocomial (IN) é comum a todo o mundo, tanto aos países desenvolvidos como aos países pobres, estando estas infecções adquiridas em instituições de saúde entre as mais importantes causas de morte e aumento da morbilidade nos doentes hospitalizados, o que faz serem consideradas, um peso significativo tanto para os doentes como para a saúde pública.

A OMS levou a cabo um inquérito de prevalência em 55 hospitais de 14 países, que representavam 4 regiões da OMS (Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental), no período compreendido entre 1983 e 1985, o qual mostrou que 8,7% dos doentes hospitalizados, em média, contraíam infecções nosocomiais, sendo o valor máximo de 21% e o valor mínimo de 3% (Rebelo et al., 2007; Ducel et al., 2002).

Pina (2003) refere que, nos estudos efectuados em 1988 e 1993, se concluiu que cerca de 10% dos doentes internados nos hospitais portugueses adquiriram uma infecção nosocomial, sendo a infecção urinária a mais frequente.

De acordo com dados colhidos pelo CDC, as taxas de infecção hospitalar diferem de país para país, assim como de instituição para instituição, de acordo com os planos de prevenção implementados, apresentando variações gerais de 1,7% em instituições mais pequenas e com internamentos curtos, para 11% em instituições maiores que prestam cuidados especialmente a doentes crónicos, e por consequência apresentem períodos de internamento mais longos (Rebelo et al., 2007).

Segundo Ducei et al. (2002), as infecções nosocomiais mais frequentes são as infecções da ferida cirúrgica, as infecções das vias urinárias e as infecções das vias respiratórias inferiores. Para este autor, o estudo da OMS, assim como outros estudos, demonstraram que a prevalência das infecções nosocomiais é mais elevada em unidades de cuidados intensivos e em serviços cirúrgicos e ortopédicos, sendo a taxa de infecção maior em doentes com aumento da susceptibilidade devido à idade avançada, co-morbilidade ou quimioterapia.

Em 2003, desenvolveu-se um estudo nacional de prevalência da Infecção Nosocomial tendo como objectivos, para além de outros, obter uma visão geral do problema da IN nos hospitais do país, através do conhecimento da sua taxa de prevalência, do uso de antibióticos e de outros factores que possam ter influência na aquisição da infecção nosocomial; determinar as localizações mais comuns da IN e suas prevalências; determinar os microrganismos mais comuns envolvidos na IN, identificando os seus padrões de resistência a antibióticos (DGS, 2007). Segundo a mesma fonte, este inquérito envolvendo 67 hospitais e 16373 doentes, identificou uma prevalência de 8,4% de doentes com IACS e uma prevalência de 22,7% de doentes com infecção adquirida na comunidade, taxas estas semelhantes à maioria dos estudos internacionais.

No que se refere à ocorrência de infecção por *staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA), verifica-se que, nos países do Sul da Europa, a taxa oscila entre os 20 e 40%. Em Portugal, em 2004, rondava os 50%, segundo o tipo de internamento em análise (DGS, 2007).

Segundo Silva (2008), devido à irregularidade da participação das unidades de saúde nos Programas de Vigilância Epidemiológica implementados, ainda não é possível retirar resultados concludentes e definitivos sobre a eventual diminuição ou aumento das IACS. Até ao momento, através dos resultados dos estudos de incidência e de prevalência de infecção obtidos, observa-se que a dimensão do problema da infecção em Portugal é muito semelhante à da maioria dos países europeus, à excepção da infecção por estirpes resistentes, sobretudo por *staphylococcus aureus* metilina-resistente, onde parece ser mais elevada.

2.1.2 – Factores favorecedores da infecção hospitalar

Apesar dos progressos na saúde pública e nos cuidados hospitalares, as infecções continuam a surgir nos doentes hospitalizados, podendo mesmo atingir os profissionais de saúde/equipa hospitalar. São

vários os factores favorecedores da infecção nesses doentes: a depressão da imunidade, o número cada vez maior de procedimentos médicos e técnicas invasivas que criam potenciais portas de entrada para a infecção, e, hospitais sobrelotados em que as deficientes práticas de controlo de infecção facilitam a transmissão de bactérias multi-resistentes entre os doentes (Ducel et al., 2002).

Sabe-se no entanto que o conhecimento dos factores de risco que predispõem a aquisição de infecções hospitalares é fundamental para interferir na sua cadeia epidemiológica, permitindo estabelecer um conjunto de medidas para a sua prevenção e controle.

Para Wilson (2003), os vários factores relacionados com os cuidados de saúde, que aumentam a vulnerabilidade às infecções, são: a doença subjacente, idade muito baixa ou muito avançada, quebra dos mecanismos de defesa, exposição às infecções e, agentes patogénicos hospitalares.

Num sentido mais abrangente Ducel et al. (2002), considera os factores que influenciam o desenvolvimento de infecções nosocomiais, relacionados com o agente microbiano, susceptibilidade do doente, factores ambientais e resistência bacteriana.

Segundo este autor, no que diz respeito ao agente microbiano, é um dado adquirido que, durante a hospitalização de um doente, o mesmo se encontra exposto a uma grande variedade de microrganismos. O contacto entre estes e o doente não resulta, obrigatoriamente, no desenvolvimento de doença clínica, na medida em que existem outros factores que influenciam a natureza e frequência das infecções nosocomiais. A probabilidade de que a exposição conduza à infecção depende, em certa medida, das características do microrganismo, incluindo a resistência aos agentes antimicrobianos, a sua virulência e a quantidade de material infeccioso.

São várias as bactérias, vírus, fungos e parasitas que podem causar infecções nosocomiais. Estas podem ser causadas por microrganismos adquiridos a partir de outra pessoa no hospital, que se denomina por infecção cruzada, ou podem ser causadas pela própria flora do doente, neste caso, denominando-se, infecção endógena. Nos casos em que os microrganismos possam ser adquiridos através de objectos inanimados ou substâncias recentemente contaminadas por outra fonte humana, designa-se infecção ambiental (Ducel et al., 2002).

Para Campos et al. (2006), como nem sempre é possível determinar com certeza se um determinado microrganismo é de origem endógena ou exógena, utiliza-se o termo “autógeno” para descrever tal

situação. Assim, a infecção autógena indica que a infecção tem a sua origem na flora do doente, sem especificar se o agente causal fazia parte da mesma antes da sua admissão no hospital, ou se fez parte desta apenas no decurso da hospitalização.

Os factores importantes relacionados com o doente (susceptibilidade do doente) que influenciam a aquisição de infecção incluem, segundo o autor supracitado, a idade, o estado imunitário, a doença de base e as intervenções diagnósticas e terapêuticas. Idades extremas (infância e terceira idade) estão associadas a uma menor resistência à infecção. Os portadores de doença crónica, tais como tumores malignos, leucemia, diabetes *mellitus*, insuficiência renal ou síndrome da imunodeficiência adquirida, têm uma susceptibilidade aumentada a infecções por agentes oportunistas, que são normalmente inócuos, fazendo parte da flora bacteriana normal dos seres humanos, mas que quando as defesas imunitárias se encontram comprometidas, se podem tornar patogénicos.

Constituem-se também riscos, os fármacos imunossuppressores, lesões na pele ou membranas mucosas, ao ultrapassarem os mecanismos naturais de defesa, assim como a desnutrição. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos modernos, por exemplo biópsias, exames endoscópicos, cateterizações, entubação/ventilação e aspiração, bem como procedimentos cirúrgicos, aumentam o risco de infecção, ao permitirem a possível introdução de objectos ou substâncias contaminadas nos tecidos ou em locais habitualmente estéreis (Rebelo et al., 2007; Ducel et al., 2002).

No que concerne aos factores ambientais, sabe-se que as instituições de saúde constituem ambientes onde convivem pessoas infectadas e outras com risco elevado de contrair infecção. Os doentes com infecções ou portadores de microrganismos patogénicos, que são internados no hospital, representam fontes potenciais de infecção para os outros doentes e para os profissionais, enquanto que os doentes que se infectam no hospital são uma fonte adicional de infecção. Contribuem para o desenvolvimento de infecções nosocomiais, as situações que originam grande concentração de doentes (sobrelotação) no hospital, transferências frequentes de um serviço para outro e a concentração, numa dada área, de doentes altamente susceptíveis à infecção, por exemplo: recém-nascidos, queimados e unidades de cuidados intensivos.

A flora microbiana pode contaminar objectos, dispositivos e materiais que seguidamente irão contactar com locais susceptíveis do doente. Para além desta forma de infecção, continuam a ser identificadas

novas infecções associadas a bactérias, por exemplo, transmitidas pela água (micobactérias atípicas) por vírus ou parasitas (Ducel et al., 2002).

Através da selecção e da troca de elementos genéticos de resistência, os antibióticos promovem a emergência de estirpes bacterianas multirresistentes, sendo eliminados os microrganismos da flora humana normal sensíveis a um dado antimicrobiano, enquanto as estirpes resistentes persistem e podem tornar-se endémicas no hospital. A maior determinante da resistência é devida à utilização generalizada de antimicrobianos para terapêutica e profilaxia, verificando-se que quando começa a ser mais amplamente utilizado emerge, eventualmente, a resistência bacteriana a esse fármaco, a qual pode disseminar-se na instituição (Ducel et al., 2002).

O mesmo autor conclui que as infecções nosocomiais pelo facto de se encontrarem muito difundidas constituem importantes contributos para a morbidade e mortalidade, podendo tornar-se um problema de saúde pública, com impacto humano e económico acrescido. Este impacto, tal como foi referido, decorre do aumento do número e da concentração de pessoas, alterações mais frequentes da imunidade, novos microrganismos e maior resistência bacteriana aos antibióticos.

2.1.3 – Prevenção da infecção hospitalar

As infecções contraídas em consequência de tratamentos, hospitalares ou não, têm consequências importantes, tanto para os doentes atingidos como para as instituições envolvidas. São entendidas como um bom indicador de qualidade e, como tal, a respectiva prevenção é basilar para garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Campos et al., 2006; Wilson, 2003).

A preocupação por esta problemática e implementação de medidas de carácter higiénico, como forma de prevenir, vem do tempo de Florence Nightingale que conseguiu convencer a burocracia dos hospitais militares de que uma boa alimentação e um ambiente limpo diminuía a mortalidade entre os doentes internados (Cunha, 2002).

Segundo Albuquerque (2008), um dos grandes factores que mais tem contribuído para a necessidade de se incidir na prevenção, é o crescente aumento das infecções nosocomiais, nomeadamente com o aparecimento de estirpes mais imuno-resistentes, que não se limitam apenas às instituições hospitalares, mas também, devido à elevada rotatividade de doentes, fora dessas mesmas instituições, pelas diversas vias de propagação.

Cada vez mais, a prática dos cuidados de enfermagem é um foco de grande atenção a nível infeccioso, pois os enfermeiros são os profissionais, que devido ao seu elevado número de horas de prestação directa de cuidados de enfermagem podem, no campo da prevenção e controlo da infecção hospitalar, desempenhar um papel fulcral. Desta forma torna-se imperativo e essencial que as boas práticas sejam uma constante na sua forma de estar, ser e actuar.

Com efeito, o controlo da infecção representa uma parte importante do controlo de riscos, uma vez que cuidar de forma segura dos doentes, do equipamento e dos fluidos orgânicos é fundamental para prevenir que os doentes e profissionais contraíam infecções no hospital (Wilson, 2003).

Para Ducelet et al. (2002), a prevenção das infecções nosocomiais constitui-se responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde, devendo todos trabalhar em cooperação para reduzir o risco de infecção nos doentes e nos profissionais. Isto inclui, os profissionais que prestam cuidados directos ao doente, a gestão, as instalações, o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos, entre outros. Neste seguimento, o mesmo autor ressalva que os programas de controlo de infecção são eficazes, desde que sejam abrangentes e incluam actividades de vigilância e prevenção, bem como a formação dos profissionais. É, ainda essencial, que haja um apoio eficaz aos níveis regional e nacional.

Segundo o autor citado, “a prevenção das infecções nosocomiais requer um programa integrado e monitorizado que inclua os seguintes componentes essenciais: limitar a transmissão de microrganismos entre doentes durante os cuidados directos que lhes são administrados, através da lavagem das mãos e da utilização de luvas, da prática asséptica adequada, de estratégias de isolamento, de práticas de esterilização e desinfecção e tratamento de roupas; controlar os riscos ambientais de infecção; proteger os doentes pela utilização de profilaxia antibiótica, nutrição e vacinação; limitar o risco de infecção endógena minimizando os procedimentos invasivos e promovendo a utilização correcta de antibióticos; fazer a vigilância epidemiológica das infecções, identificando e controlando surtos; prevenir infecções nos profissionais; intensificar as boas práticas de cuidados aos doentes e a formação contínua dos profissionais” (Ducelet et al., 2002, p.47).

Palacios (2008) considera a vigilância epidemiológica o pilar da prevenção deste tipo de infecções, já que, segundo os peritos, pode evitar até 33% das mesmas.

Segundo Pina (1999, p. 245) "os Serviços de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (SSHST) das instituições de saúde têm dirigido as suas actividades à protecção dos profissionais contra doenças transmitidas através do sangue: hepatites B e C, e o HIV, e mais recentemente, à tuberculose nosocomial. No entanto, também as outras infecções transmissíveis que ocorrem na comunidade podem surgir no ambiente hospitalar, podendo afectar os doentes e profissionais". Para o autor, este facto vem realçar a necessidade de uma colaboração estreita entre os SSHST e as Comissões de Controlo de Infecção (CCI) das instituições de saúde, para a detecção precoce e implementação das medidas de protecção adequada dos profissionais, sempre que surjam situações de risco.

Uma vez que alguns dos problemas que afectam os trabalhadores da saúde são também comuns aos utentes, Franco (2006, p.57), salienta que "não pode haver uma separação tão latente entre estas duas entidades na mesma instituição, já que se podem complementar no que se refere ao risco biológico".

Existe porém a convicção de que o caminho no que respeita à prevenção, já está trilhado, na medida em que existem as normas emanadas pela tutela que uniformizam as boas práticas, cabendo assim a cada profissional, o empenho na aplicação das mesmas.

2.2 – CONTROLO DA INFECÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: PRECAUÇÕES PADRÃO

A enfermagem, à semelhança de outras profissões do campo da saúde, está sujeita a riscos, denominados de riscos profissionais. Para que seja possível aos enfermeiros defenderem-se desses riscos é imprescindível conhecê-los e tomar consciência dos seus perigos, na medida em que a sua perigosidade parece ser proporcional ao seu desconhecimento ou invisibilidade e, ainda mais, quando os seus efeitos não são imediatos.

A actividade de enfermagem pressupõe um contacto frequente, contínuo e permanente com utentes, também eles em situação de risco. Mais do que o contacto com a pessoa, os enfermeiros contactam com os seus fluidos corporais, veículo de transporte de potenciais microrganismos patogénicos. O risco de contágio está quase sempre presente, daí a necessidade de se criar uma forma de estar e de ser

diferente, voltada para a protecção e prevenção, através de medidas simples que devem pautar a prática quotidiana e não apenas aquelas situações que se pensa constituírem risco.

Segundo Wilson (2003), no passado, as medidas de controlo de infecção tendiam a centrar-se em medidas específicas para prevenir a transmissão a partir dos doentes que se sabia serem portadores de doenças contagiosas, sendo o conceito de aplicação de medidas de controlo de infecção por rotina, nos cuidados a todos os doentes, independentemente de se saber ou não se tinham infecções, recomendado pela primeira vez no final da década de 80, mais concretamente em 1987 pelo CDC. Esta abordagem, a que se deu o nome de “medidas universais”, desenvolveu-se em resposta à epidemia emergente do VIH, que colocou em evidência os problemas relativos à identificação dos doentes infectados.

As medidas universais foram inicialmente aplicadas a todos os fluidos orgânicos, mas quando foi evidenciado que os vírus do sangue não se transmitiam através de todos os fluidos (por exemplo, fezes, urina, expectoração), passou a ser recomendada a exclusão desses fluidos das medidas universais, excepto quando continham sangue visível (CDC cit. por Wilson, 2003). Estas medidas postulavam que existem práticas simples que ao serem utilizadas nos cuidados a todos os doentes, contribuíam para a redução do risco de transmissão dos vírus do sangue aos profissionais de saúde.

Este conceito de utilização de medidas universais, foi de início controverso, no entanto ao longo dos tempos, percebeu-se que estas medidas se tornaram realmente eficazes para prevenir infecções cruzadas entre os doentes, e também para proteger os profissionais dos vírus do sangue, daí se ter incrementado a importância de trocar de equipamentos protectores após cada técnica e/ou contacto com cada doente. Surgiu alguma preocupação com os custos destas medidas, pondo-se em questão se era possível ou não mantê-las por rotina, contudo, numerosos estudos demonstraram que se obtinha redução dos níveis de infecção com o uso das luvas e outros equipamentos protectores por rotina (Klein et al., Leclair et al., Weinstein & Klabius, cit. por Wilson, 2003).

Segundo Altabella et al. (1996) a estratégia denominada “precauções universais”, partia da premissa que o sangue e determinados fluidos corporais devem considerar-se sempre potencialmente infecciosos, daí se ter passado da adopção de precauções em determinados doentes, para a adopção de precauções em determinados cuidados, considerando assim cuidados de risco, aqueles em que existe a possibilidade de contacto com sangue ou outros fluidos corporais.

Nas mais recentes orientações, o princípio das medidas universais e o do isolamento das substâncias orgânicas foram aglutinados a um plano de “medidas padrão”, recomendadas para os cuidados a todos os doentes (López et al., 2006; Wilson, 2003).

Para Tavares et al. (2003), no que concerne às medidas de controlo dos surtos de colonização e de infecção nosocomial, existem dois níveis de precauções, atribuindo maior importância a um primeiro nível, que inclui as precauções destinadas a todos os doentes internados nos hospitais, seja qual for o diagnóstico ou suspeita de diagnóstico, designando-se por precauções padrão, e que constituem estratégia primária para o controlo com sucesso das infecções nosocomiais. Num segundo nível, na opinião do mesmo autor, estão as precauções destinadas a doentes específicos, designando-as por precauções baseadas na transmissão e, aplicam-se aos doentes em que se sabe ou se suspeita existir infecção ou colonização com microrganismos epidemiologicamente importantes e, que podem ser transmitidos por um dos três modos: por via aérea (ou partícula), por gotícula, e por contacto com a pele ou superfícies contaminadas.

Segundo João (2006) foram várias as organizações que ao longo dos tempos se preocuparam com o desenvolvimento de medidas preventivas. O autor faz referência, entre outros, ao CDC que em 1996 apresentou um conjunto de medidas que designou de precauções universais, ao Occupational Safety & Health Administration (OSHA), que com vista a proteger os profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros, emanou um conjunto de acções relativas aos empregadores no sentido destes proporcionarem um ambiente de trabalho seguro, e, entre outros, ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) que, com o objectivo de elucidar os profissionais de enfermagem, e como forma de complemento às precauções universais, emitiu um pequeno conjunto de normas que resumem a forma como os enfermeiros se devem proteger.

Dado o presente estudo incidir sobre as práticas relativas ao uso de luvas, e uma vez que se inserem no amplo conceito de precauções padrão, interessa tratar este assunto com algum detalhe.

Segundo o CDC cit. por Martins (2001), são precauções indicadas para reduzir o risco de transmissão de microrganismos de fontes de infecção, conhecidas ou não, em hospitais, devendo ser adoptadas na assistência a todo e qualquer doente e/ou na manipulação de objectos contaminados ou sob suspeita de contaminação. São indicadas na manipulação de sangue e todos os outros fluidos corporais, como secreções ou excreções (excepto o suor), mucosas e pele não íntegra. Para este autor, compreendem a

lavagem das mãos, o uso de equipamentos de protecção individual (luvas, máscara, avental e óculos protectores, etc.), uso de vacinas e a adopção de outras medidas, tais como: uso de equipamentos de reanimação, uso de pensos para proteger feridas exsudativas e medidas de prevenção de acidentes corto-perfurantes.

Para Pinho (1997) os princípios básicos preconizados pelas precauções universais e/ou padrão são, que estas devem ser usadas em todos os doentes independentemente da sua presumível exposição à infecção, desde que se manuseie com sangue e/ou fluidos corporais. Conforme refere o autor, agindo deste modo, protegem-se os profissionais de saúde e os doentes de possíveis infecções, contribuindo para a quebra da cadeia de transmissão da infecção, ou seja, partindo para a prevenção. O autor é também da opinião de que, dado ser impossível ter a certeza de quem a qualquer momento está ou não infectado, se deve agir considerando todos os doentes potencialmente infectados por agentes transmitidos pelo sangue e líquidos corporais. Com efeito, ao aderir rigorosamente às precauções padrão, elimina-se a possibilidade de transmissão doente/trabalhador de saúde e trabalhador de saúde/doente.

Para Corte et al. (2005), estas são medidas que devem ser tomadas pelos profissionais de saúde no manuseamento e tratamento de sangue e líquidos corporais e não dizem respeito apenas ao risco de contrair o VIH, mas sim qualquer tipo de doença transmissível pelo sangue e restantes fluidos corporais. À semelhança da literatura mais comum, este autor considera como fluidos corporais potencialmente mais contaminantes, para além do sangue, o líquido cefalo-raquidiano, pleural, sinovial, pericárdico, peritoneal, amniótico, o sêmen e as secreções vaginais. Relativamente às secreções nasais, expectoração, suor, lágrimas, leite materno, saliva, vômito, urina e fezes, desde que não contenham sangue, o risco de transmissão considera-se baixo, o que não invalida porém, a adopção de medidas de protecção.

As precauções universais, na opinião de Pereira (1997, p.17) dividem-se em quatro categorias:

- “Precauções de barreira, usadas para prevenir a exposição da pele e membranas mucosas quando em contacto com sangue ou qualquer líquido corporal, englobando assim o uso de luvas, máscaras e óculos, bata ou avental plastificado e lavagem das mãos;
- Protecção contra penetração, que inclui todas as medidas a tomar para prevenir lesões causadas por agulhas, bisturis e outros instrumentos cortantes utilizados durante qualquer

procedimento e/ou ainda quando se procede à sua limpeza, durante o acto de eliminação ou quando se manuseiam estes instrumentos após a sua utilização;

- Boa higiene pessoal, que engloba para além da higiene pessoal cuidada, o uso pelo profissional de vestuário e calçado próprio durante as suas actividades, o qual não deve ser transportado para fora da área de prestação de cuidados devido ao risco de se disseminar microrganismos;
- Bom controlo da higiene ambiental, que preconiza a existência em todos os serviços, de procedimentos escritos quanto à limpeza e desinfecção dos equipamentos e superfícies, em relação à triagem dos respectivos resíduos (doméstico ou contaminado) bem como em relação à iluminação, temperatura e ventilação”.

Tal como já foi referido, também para Tavares et al. (2003), as precauções padrão resultaram da reunião dos aspectos fundamentais das precauções universais com os das precauções de isolamento das substâncias corporais. As precauções universais aplicavam-se ao sangue e aos fluidos corporais por ele contaminados, ou capazes de transmitirem as infecções por agentes transportados pelo sangue, o sêmen e secreções vaginais, e ainda a fluidos relativamente aos quais se desconhecia o risco de transmissão (líquidos amniótico, cefalo-raquidiano, pericárdico, pleural, peritoneal e sinovial).

Existem no entanto fluidos, secreções e excreções não incluídos nestas precauções e que constituem fonte potencial de infecção, os quais estão contemplados nas referidas precauções de isolamento de substâncias corporais.

Assim, as precauções padrão dizem respeito ao sangue, a todos os fluidos corporais, excreções e secreções, independentemente de estes fluidos conterem ou não sangue visível, à pele não intacta e às membranas mucosas, devendo ser aplicadas a todos os doentes, qualquer que seja o motivo pelo qual são internados. Para o autor supra citado constam dos seguintes aspectos: lavagem das mãos; uso de luvas, máscara e protectores dos olhos e face, bata; cuidados a ter com o equipamento utilizado nos cuidados prestados aos doentes; controlo ambiental; manuseamento dos resíduos hospitalares; saúde ocupacional e microrganismos de disseminação hematogénea; colocação do doente.

Segundo Duce et al. (2002), estas precauções devem ser aplicadas em todos os doentes e incluem a limitação do contacto do profissional de saúde com as secreções e líquidos biológicos, lesões cutâneas,

membranas mucosas e sangue ou líquidos orgânicos. Os profissionais de saúde devem por isso utilizar luvas, para cada contacto contaminante, e aventais ou batas, máscara e protecção ocular, quando se prevê a contaminação da roupa ou da face.

No que concerne às precauções básicas para todos os doentes, devem: “Lavar as mãos logo após o contacto com material infeccioso; Utilizar a técnica sem tocar directamente, sempre que possível; Utilizar luvas para contactos com sangue, líquidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas e objectos contaminados; Lavar as mãos imediatamente após a remoção das luvas; Manusear os corto-perfurantes com extremo cuidado; Remover os derrames infecciosos na primeira oportunidade; Assegurar que todo o equipamento, materiais e roupa contaminada, são eliminados ou descontaminados após cada utilização; Assegurar que o circuito dos resíduos se faz em segurança” (Ducel et al., 2002, p.66).

De acordo com a Direcção Geral da Saúde (2006a), dado o grau de incerteza relativamente à presença e/ou tipo de agentes biológicos existentes, deverão os profissionais adoptar uma atitude de autoprotecção constante e desenvolver hábitos de trabalho seguros, devendo adoptar como prática de rotina um conjunto de procedimentos que designa por “Precauções universais ou padrão”, e que englobam aspectos relativos à vacinação, normas de higiene pessoal, barreiras de protecção, isolamento/colocação do doente, cuidados a ter com objectos cortantes e perfurantes, desinfectação e esterilização correctas dos instrumentos e superfícies e medidas de controlo ambiental.

Em termos epidemiológicos, não restam quaisquer dúvidas acerca da transmissão de microrganismos através das mãos dos profissionais de saúde para os doentes (via do contacto directo), dando origem, a infecções consideradas consequências indesejáveis da prestação de cuidados (Silva, 2005).

Segundo Preston (2005), a prática eficaz da higienização das mãos é essencial, mesmo se forem usadas luvas em qualquer altura do procedimento. A respeito desta relação, Larson (1990, p.18) considerou que “as luvas constituem, sem dúvida, uma barreira protectora, mas parecem estar longe de ser impermeáveis. Por essa razão, o CDC tem reiterado que o uso de luvas não substitui a higienização das mãos, considerando esta prática obrigatória antes de colocar e após retirar as luvas”.

Com base na relação próxima entre o uso de EPI (por exemplo, luvas) e a lavagem das mãos (precauções padrão), e tendo presente a abrangência do presente estudo, optou-se por documentar cada uma destas barreiras protectoras nos pontos seguintes.

2.2.1 – Lavagem das mãos

Quando se fala de precauções básicas para a protecção individual contra a transmissão nosocomial das infecções, fala-se de adopção de boas práticas na prestação de cuidados, e a lavagem das mãos surge habitualmente, com grande ênfase, como prática simples e de indiscutível valor preventivo.

Desde sempre que a lavagem das mãos com água e sabão é considerada uma medida básica de higiene e com importante repercussão na redução da transmissão de microrganismos, conforme mostram vários trabalhos de investigação (Gilmour et al., 1998).

Apesar de Oliver Holmes, em 1843, considerar que doenças adquiridas em hospitais eram transmitidas através das mãos de profissionais de saúde, foi Ignaz Semmelweis, em 1846, que demonstrou o benefício da lavagem das mãos com anti-sépticos entre contactos com doentes e a sua repercussão na redução da transmissão de doenças infecciosas associadas à prestação de cuidados de saúde. Semmelweis tornou-se assim, um dos pioneiros no controlo de infecção hospitalar, ao reduzir drasticamente as taxas de infecção puerperal, com a obrigatoriedade da lavagem das mãos com uma solução germicida (ácido clórico), após as autópsias e antes da observação das parturientes na “sua” maternidade (CCI, 2004; Wilson, 2003; Armond cit. in Martins, 2001).

Entretanto, até ao final da década de 60 do século XX, a importância das mãos como vector de infecções contraídas no hospital não foi avaliada em toda a sua extensão, chegando a ser considerada mais importante a transmissão por via aérea. Só mais tarde o CDC considerou a higienização das mãos uma medida fortemente suportada e apoiada em trabalhos de investigação, que mostraram a sua eficácia na redução das infecções nosocomiais (Wilson, 2003).

No decurso das últimas décadas assistiu-se a uma evolução do conhecimento sobre as práticas de higiene das mãos, passando-se da lavagem das mãos com água e sabão simples ou antimicrobiano à fricção das mãos com soluções à base de álcool, prática esta que se tornou mais universal (Silva, 2005).

De modo geral, recomenda-se a lavagem das mãos com água e sabão se visivelmente conspurcadas, e, com sabão antimicrobiano ou soluções à base de álcool na prestação de cuidados de saúde a doentes e, sempre antes e após a realização de procedimentos invasivos ou perante surtos de infecção

ou colonização de doentes por microrganismos resistentes (por exemplo, *staphylococcus aureus* metilina-resistentes).

Em particular, nos profissionais de saúde, as mãos constituem o principal veículo de transmissão exógena de microrganismos, sendo que raramente estão livres dos mesmos, sejam eles residentes ou transitórios (CCI, 2004; Wilson, 2003).

A flora normal ou residente diz respeito ao conjunto de microrganismos persistentemente isolados sob a camada superficial da pele, e uma vez que são de difícil remoção, é necessária a lavagem asséptica ou desinfecção alcoólica das mãos. Em geral, estes agentes microbianos não estão associados a infecções nosocomiais.

A flora transitória é constituída por microrganismos adquiridos no contacto com os doentes ou com o ambiente, como sejam superfícies ou objectos inanimados, ficando então localizados nas camadas mais superficiais da pele. As propriedades antibacterianas da pele evitam a permanência dos microrganismos transitórios por mais que algumas horas, mas durante este período o microrganismo transmite-se rapidamente a outras pessoas e objectos. Em geral, são rapidamente removidos pela lavagem das mãos com água e sabão simples ou antimicrobiano, ou com a desinfecção alcoólica (CCI, 2004).

Para Armond (2001), a lavagem das mãos, visa a remoção da maioria dos microrganismos da flora residente e da flora transitória das mãos, além de células descamativas, pêlos, suor, sujidades e oleosidades.

A lavagem das mãos tem uma dupla função na medida em que por um lado, protege o utente e por outro protege o profissional de saúde de adquirir microrganismos prejudiciais à sua saúde. A este respeito, Gould (1995) refere que o objectivo da lavagem das mãos consiste na remoção de eventuais microrganismos não residentes para níveis não prejudiciais à saúde e, a prevenção da sua transmissão para utentes susceptíveis.

Pode assim dizer-se que, a lavagem das mãos tem por finalidade remover a sujidade e a maior parte da flora transitória da pele, minimizando o risco de transmissão de microrganismos com potencial patogénico. Deve ser efectuada por todas as pessoas que exercem funções ou frequentam as instituições de saúde, independentemente das suas tarefas específicas ou motivos, nas seguintes

circunstâncias: antes da entrada e saída do serviço e do hospital; após a etiqueta respiratória; antes e após as refeições; sempre que as mãos estejam visivelmente sujas ou contaminadas por matéria orgânica e após utilização das instalações sanitárias. Para além destes momentos, os profissionais de saúde têm obrigação de lavar as mãos antes de iniciarem as suas tarefas profissionais; antes e após contactarem com qualquer doente, em especial, de doentes imunodeprimidos, sobretudo com défices da barreira mucocutânea, infectados ou colonizados por microrganismos multirresistentes; antes e após actos cirúrgicos e de qualquer introdução ou manipulação de dispositivos invasivos, quer se use ou não luvas; antes e após o uso de luvas ou outro EPI; após prestar cuidados num local contaminado e passar para outro não contaminado, no mesmo doente; após contacto com fluidos biológicos, excreções, mucosas, pele não intacta e feridas; após contaminação acidental das mãos com fluidos biológicos; após tocar em objectos inanimados/equipamentos médicos potencialmente contaminados; antes da preparação e administração da medicação ou outros produtos farmacêuticos; antes de manusear material esterilizado ou desinfectado; antes da preparação e da administração da alimentação; após limpeza das instalações, manuseamento de lixos e de roupas sujas ou contaminadas (CCI, 2004; Tavares et al., 2003; Wilson, 2003; Armond, 2001; Bolander, 1998;).

Também os doentes que se encontrem capacitados, devem ser incentivados a lavar as mãos sempre que estejam visivelmente sujas, após a utilização das instalações sanitárias, antes e após as refeições e após a etiqueta respiratória.

Silva (2005) resume estas oportunidades de higiene das mãos em: “gestos pessoais” (antes e após espaços livres, após as refeições, contactos pessoais e idas aos sanitários), os cuidados a utentes, sem exposição a fluidos corporais e os cuidados a utentes com exposição a fluidos corporais.

Porém, constituem-se condições necessárias para a lavagem das mãos: água corrente, lavatórios grandes com sistemas anti-salpicos e torneiras “mãos-livres”; sabão ou anti-séptico dependendo do procedimento; meios de secagem das mãos sem contaminação (por exemplo, toalhetes de papel). Para a desinfecção das mesmas são necessárias soluções alcoólicas ou gel, com anti-séptico e emoliente, que podem ser aplicados em mãos visivelmente limpas (CCI, 2004; Ducel et al., 2002).

A lavagem das mãos, propriamente dita, consiste em esfregar toda a sua superfície, incluindo dedos e punhos, com sabão ou solução anti-séptica, seguida de enxaguamento com água corrente para eliminação dos microrganismos removidos do seu habitat. De salientar, que existem locais das mãos

com maior índice de colonização e onde os cuidados de higiene devem ser mais exigentes, são elas: regiões ungueais, zonas interdigitais, palma das mãos e os punhos (CCI, 2004; Pauchet-Traversat et al., 2003; Wilson, 2003).

Segundo Espada (2007) não há serviços onde a higiene das mãos seja mais importante do que em outros, até porque não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco. Daí que, o tipo de lavagem deverá ser adequado às funções de desempenho das pessoas, variando tal procedimento consoante o risco avaliado.

A lavagem higiénica ou social é a mais comum e deve fazer-se por rotina e sem preceder situações específicas, sendo o seu objectivo, a remoção dos microrganismos que constituem a flora transitória através do uso de sabão líquido com pH neutro; a lavagem asséptica ou desinfecção higiénica está indicada antes da execução de procedimentos invasivos ou de qualquer outra técnica asséptica, antes do contacto com doentes gravemente imunodeprimidos e nas situações de colonização ou infecção por microrganismos multirresistentes, com o objectivo de remover a flora transitória e parte da flora residente, usando para o efeito sabão líquido com anti-séptico ou, em alternativa, solução alcoólica; a lavagem ou desinfecção cirúrgica deve efectuar-se antes de qualquer intervenção cirúrgica, e, consiste na remoção da flora transitória e de parte da flora residente. Nesta técnica, as superfícies a tratar incluem para além das mãos e punhos, os antebraços, sendo consensual que o tempo de lavagem deva ser de 3-5 minutos, devendo ser usados agentes anti-sépticos com amplo espectro e actividade residual (CCI, 2004; Pauchet-Traversat et al., 2003; Tavares et al., 2003).

Tal como já foi ventilado no início deste ponto, a lavagem das mãos é a primeira medida referida em todas as recomendações de controlo e prevenção de infecção, a mais primitiva e mais simples, mas a mais negligenciada por todos os profissionais de saúde (Duarte et al., 2005; CDC, 2004).

Considera-se assim a importância das mãos na transmissão das infecções hospitalares bem demonstrada (Larson, 1988) e que, pode ser minimizada pela higiene adequada. No entanto, sabe-se que a adesão à lavagem das mãos é, frequentemente, insuficiente. As razões apresentadas para tal lacuna são, segundo Ducei et al. (2002): acessibilidade inadequada do equipamento, elevada relação profissional/doente, alergias aos produtos para a lavagem das mãos, formação insuficiente dos profissionais sobre os procedimentos e os riscos, um tempo de lavagem recomendado excessivamente longo, e falta de tempo para lavar as mãos com a frequência devida.

Existem ainda documentados outros factores que influenciam a frequência da lavagem das mãos, nomeadamente a sobrecarga de trabalho, a falta de motivação, irresponsabilidade, falta de consciência sobre a importância das mãos na transmissão de microrganismos, a carência de lavatórios, a falta de sabão e de toalhetes para as mãos ou de controlo da temperatura da água (Pittet et al. cit. por Wilson, 2003; O'Boyle et al., 2001).

Segundo Grainger (2005), na maioria dos casos, seria justo dizer que a não adesão à lavagem das mãos, não se deve ao laxismo ou falta de cuidado, mas às barreiras como a falta de formação, constrangimentos de tempo ou a falta de acesso a agentes de limpeza das mãos.

Segundo Pinho (1997), a lavagem das mãos muitas vezes é omitida quando se usam luvas. No entanto, o ambiente dentro das mesmas é quente e húmido, levando à multiplicação rápida de microrganismos. Tal significa que as luvas, sendo um método de barreira, não invalidam a lavagem das mãos.

Por outro lado, a lavagem constante das mãos pode levar ao ressecamento, eczema e “rachaduras” da pele, efeitos estes, que também podem decorrer dos produtos utilizados e do uso prolongado de luvas, em especial as que possuem talco. As dermatites provocadas por tais situações aumentam o risco de infecção para o doente e para o profissional, pois as lesões contêm grande número de microrganismos que dificilmente serão reduzidos com a lavagem das mãos (Martins, 2001).

Matheu (2003, p.14) faz referência a um estudo clássico, que demonstra que apenas 50% dos profissionais sanitários cumprem a higienização das mãos, apresentando como dificuldades ou elementos que contribuem para o incumprimento: “irritação da pele por higienização frequente, acesso deficiente a lavabos, falta de tempo devido à carga de trabalho, sensação de protecção pelo uso de luvas, falta de informação científica e o fracasso dos administradores para fazer da higienização das mãos uma prioridade institucional”.

Estas constatações levaram, segundo o autor referido, à realização de estudos, na procura de um sistema que facilite o cumprimento, tendo sido evidenciado que a descontaminação das mãos com uma solução alcoólica, por fricção, é igualmente eficaz, mais rápida e mais fácil de utilizar. Também Espada (2007) faz referência à última revisão da recomendação para “Higiene das mãos em unidades de prestação de cuidados de saúde” publicada em 2002 pelo CDC, ao apontar o uso de soluções alcoólicas como produto de excelência para a higiene das mãos.

Para Wilson (2003), constituem-se uma alternativa mais rápida do que a água e sabão, para as mãos fisicamente limpas (por exemplo, após retirar as luvas).

Apesar da evidência científica, justificativa da mudança de paradigma, os hábitos profissionais são difíceis de mudar, devido, entre outros factores, a uma valorização inadequada do risco, falta de conhecimentos e falta de sensibilidade institucional, no que diz respeito ao não proporcionar novos produtos e recomendar a sua utilização em protocolos (Matheu, 2003).

Segundo Pinho (1997), os estudos do comportamento dos enfermeiros indicam que menos de metade de todos os contactos para prestar cuidados ao doente são precedidos ou seguidos de lavagem das mãos a menos que o diagnóstico do doente revele VHB ou VIH.

São imensas as linhas de orientação internacionais e as pesquisas sobre a matéria, no entanto, a adesão continua a ser subvalorizada. De modo frequente, e por razões diversas, os profissionais de saúde não aplicam os conhecimentos que têm acerca desta prática e a adesão dos mesmos raramente excede os 40% (Widmer cit. por Silva, 2005).

Com efeito, a lavagem das mãos, no âmbito da prevenção e controlo da infecção nosocomial, é, ainda hoje o acto mais importante que todos os profissionais de saúde devem cumprir com rigor no desempenho das suas actividades profissionais. A higiene das mãos é uma medida prioritária que deve complementar os métodos de isolamento preconizados na prevenção da transmissão de microrganismos de pessoas colonizadas ou infectadas a doentes, visitas e profissionais de saúde, incluindo as pessoas que desempenham outra qualquer profissão ou actividade nas instituições de saúde.

Para Espada (2007, p.48), “a evolução do conhecimento científico, a natureza dos cuidados, a ecologia hospitalar, a publicação de recomendações de boas práticas e a necessidade de assegurar a qualidade permitem equacionar que é urgente um olhar diferente sobre a infecção, nomeadamente a que se deve às mãos dos profissionais de saúde”.

2.2.2 – Uso de equipamentos de protecção individual na prestação de cuidados de saúde

“Entende-se por equipamento de protecção individual (EPI) todo o equipamento, bem como qualquer complemento ou acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde” (Decreto-Lei n° 348/93, de 1 de Outubro, art. 3°).

O DL n° 348/93 transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n° 89/656/CE, do Conselho, de 30 de Novembro, relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde dos trabalhadores na utilização de equipamento de protecção individual. A descrição técnica deste equipamento, assim como das actividades e sectores de actividade para os quais aquele pode ser necessário, é objecto da Portaria n° 988/93, de 6 de Outubro.

Por outro lado, o DL n° 441/91, de 14 de Novembro, que transpõe para o ordenamento jurídico interno a Directiva Quadro, indica claramente a prioridade da protecção colectiva sobre a protecção individual. Assim, estipulou-se a seguinte ordem de prioridade das medidas de prevenção: medidas de carácter construtivo ou de engenharia que visam eliminar o risco na origem/fonte e envolver o risco ou promover o seu isolamento, medidas de carácter organizativo, que visam afastar o homem da exposição ao risco, medidas de protecção individual, cujo objectivo é envolver/proteger o Homem (Miguel, 2007; Veiga, 2003).

Partindo do princípio de que os riscos não podem ser eliminados completamente e que persiste sempre uma possibilidade, mesmo que ínfima, de um acontecimento negativo ocorrer, o que se pretende é reduzir essa possibilidade/probabilidade a um nível mínimo.

Segundo Miguel (2007), os perigos são fontes potenciais de acidentes. Por outro lado, o controlo dos riscos, dentro de limites aceitáveis, é o objectivo a atingir, uma vez que a sua eliminação só muito raramente é possível.

A adopção de medidas construtivas constitui por isso o método mais desejável e eficaz de protecção, no entanto a nível hospitalar, à semelhança do que acontece no meio industrial, quer por não haver possibilidade de implementação de medidas técnicas quer porque a própria organização não previu essa possibilidade, ganham particular importância as medidas protectoras de carácter individual.

Relativamente a este aspecto também o DL n° 441/91 faz referência à utilização de EPI sempre que se constate que quaisquer outras medidas de carácter técnico ou organizativo não são suficientes para a redução ou eliminação do risco.

A utilização do EPI é uma protecção activa e, contrariamente à protecção passiva, exige uma modificação duradoura do comportamento individual, sendo por isso, considerada a estratégia de prevenção com menos sucesso até ao presente. Enquanto que a protecção passiva (protecção colectiva) assegura uma protecção relativamente automática, a protecção activa necessita de uma acção individual, repetitiva e constante (Smith et al., 2000).

Conceptualmente os EPI destinam-se, apenas e tão só, a proteger os trabalhadores dos factores de risco presentes no seu local de trabalho. Luvas, máscaras, aventais, entre outros, em nada alteram, de facto, os factores de risco presentes, nem tão pouco impedem a realização de acções perigosas. Eles apenas minimizam os efeitos ou as consequências de um eventual acidente de trabalho ou evitam o aparecimento de doenças relacionadas com o mesmo (Arteau et al., 1992).

Deste modo, para a generalidade das actividades profissionais, os EPI devem ser sempre encarados como uma solução de último recurso, uma vez que são susceptíveis de determinar “riscos autógenos” ou secundários, para além de apresentarem limites de utilização (Mayer cit. por Salavessa, 2004). Ainda segundo a opinião da autora, originam frequentemente desconforto, principalmente quando são usados durante longos períodos de tempo, sendo bem conhecidos e referenciados múltiplos efeitos indesejáveis e constrangimentos diversos colocados pela sua utilização no local de trabalho e na realização das várias tarefas profissionais.

Assim, ao representarem um acréscimo de exigência para o homem no seu trabalho, os EPI têm que ser entendidos como uma opção alternativa e desejavelmente temporária, enquanto outras medidas de eliminação ou redução dos riscos não sejam possíveis ou suficientes para preservar a sua saúde e segurança.

No que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, pode dizer-se que a utilização de equipamentos de protecção individual não se deve apenas verificar como opção temporária, mas sim como opção complementar de protecção respeitando assim os princípios já referidos das precauções padrão. Os profissionais de saúde correm o risco de adquirir uma infecção por exposição ocupacional, por outro lado, também podem transmitir infecções aos doentes ou a outros profissionais.

Segundo Pina (2007) o equipamento de protecção individual tem vindo a ganhar importância devido à necessidade de garantir a segurança de doentes e profissionais, essencialmente desde os anos oitenta, em que surgiu o conceito das precauções universais, no qual era dado ênfase ao facto de não ser possível identificar com segurança quais os doentes que constituíam risco, pelo que se tornava necessário avaliar o risco em função dos procedimentos e o seu potencial para exposição a sangue e fluidos orgânicos contendo sangue. O uso de equipamento de protecção faz parte integrante desse conceito assim como do mais recente conceito de precauções básicas (padrão) que estabelece que determinados tipos de cuidados devem ser adoptados em qualquer doente, independentemente da sua patologia ou do seu status infeccioso.

Também para Martins (2001), o uso de EPI, constitui-se uma das precauções padrão indicada para reduzir o risco de transmissão de microrganismos de fontes de infecção, conhecidas ou não, devendo ser adoptado na assistência a todo e qualquer doente e/ou na manipulação de objectos contaminados ou sob suspeita de contaminação. Para o autor, compreendem o uso de luvas, máscara, avental e óculos protectores.

Pinho (1997) considera barreira física a utilização de uniforme prático, luvas, máscara, óculos, avental de plástico, se for provável a ocorrência de derrame de sangue e/ou fluidos corporais, protegendo o enfermeiro do contacto destes através da pele e membranas mucosas.

Para Wilson (2003), as excreções e secreções orgânicas são a fonte mais importante de microrganismos patogénicos que provocam as infecções contraídas em meio hospitalar, daí que se devam usar equipamentos de protecção para qualquer contacto directo com estes fluidos, a fim de proteger a pele e mucosas dos profissionais de contaminação pelos mesmos e por microrganismos, com o objectivo de reduzir o risco de transmissão entre doentes e profissionais. Para o autor, o equipamento de protecção a seleccionar depende do risco de exposição aos fluidos orgânicos que se antevê no decurso de cada actividade, sendo que a avaliação deste risco deve considerar, tanto o risco para o doente, como para o profissional de saúde.

Segundo o mesmo autor, muitas actividades clínicas não implicam contacto directo com fluidos orgânicos, por isso não exigem o uso de equipamentos de protecção, sendo exemplos: lavar um doente, avaliar o pulso, a tensão arterial ou a temperatura. Outras podem resultar em contaminação das mãos ou da roupa, por isso requerem o uso de luvas e avental de plástico. As técnicas que

implicam risco de conspurcação por sangue ou por fluidos orgânicos exigem o uso de máscara e protecção para os olhos, de forma a proteger as mucosas.

Estes princípios devem ser aplicados em todas as situações, com todos os doentes e em todas as áreas da prática clínica, e os equipamentos de protecção individual devem ser mudados após cada técnica ou actividade, para prevenir a transmissão de infecção a outros doentes (Wilson, 2003).

Segundo recomendações da DGS (2006a), por rotina, todos os profissionais de saúde devem usar elementos de protecção de barreira, sendo que estas protecções deverão ser reforçadas sempre que se preveja que as actividades que irão desenvolver propiciem exposição a sangue ou a outros líquidos orgânicos.

A decisão de usar ou não EPI e quais os equipamentos a usar, deve ser baseada numa avaliação de risco de transmissão de microrganismos ao doente, o risco de contaminação da roupa, pele ou mucosas dos profissionais com o sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente (Pratt et al., 2001).

Para Pina (2007), estão incluídos na categoria de EPI as luvas, máscaras, batas, aventais, óculos, viseiras, cobertura de cabelo, calçado, entre outros. Por outro lado, “para que qualquer política relacionada com o uso de EPI tenha eficácia é necessário que os respectivos equipamentos estejam disponíveis, sejam apropriados às condições de trabalho e risco da instituição, sejam compatíveis entre si (quando usados simultaneamente), possam ser limpos, desinfectados, mantidos e substituídos quando necessário (quando não sejam de uso único) e cumpram as directivas comunitárias referentes ao seu desenho, certificação e teste” (Clark et al. cit. por Pina, 2007, p.15).

O tempo e critérios de utilização devem ser determinados caso a caso e dependem de vários factores, como: a gravidade do risco, o tempo ou frequência de exposição, as condições do posto de trabalho, as prestações do equipamento, e os riscos adicionais inerentes à própria utilização do equipamento.

No contexto da prestação de cuidados de saúde, segundo Pina (2007), o uso de equipamento de protecção individual obedece aos princípios que se enunciam: os EPI reduzem mas não eliminam o risco de transmissão; os EPI só são efectivos se usados correctamente e em cada contacto; o uso de EPI não substitui as medidas básicas de higiene nomeadamente a lavagem/desinfecção das mãos; deve ser evitado todo o contacto do EPI com superfícies, roupas ou pessoas; os EPI utilizados nos

doentes devem ser considerados de risco biológico e eliminados para autoclavagem, incineração ou método alternativo.

Dois aspectos importantes relativos aos EPI são a selecção e os requisitos na utilização. A selecção dos EPI deverá ter em conta os riscos a que está exposto o trabalhador, as condições em que trabalha, a parte do corpo a proteger e as características do próprio trabalhador. Devem ainda obedecer aos requisitos: comodidade, robustez, leveza e adaptabilidade (Miguel, 2007; Veiga, 2003).

No entanto, a utilização dos equipamentos exige ainda outro tipo de considerações, menos conhecidas mas de igual modo importantes, que se relacionam com a aceitação dos EPI por parte dos utilizadores, e dizem respeito aos aspectos fisiológicos, psicológicos, organizacionais e sociais (Krawsky et al., 1997).

A avaliação dos EPI é, deste modo, difícil e complexa, devido à variabilidade das condições de utilização e do contacto próximo homem-equipamento. A interacção entre o equipamento e o factor humano constitui um domínio de investigação extremamente complexo que faz com que a concepção e a aceitação dos EPI redundem numa tarefa árdua (Arteau et al., 1992).

Para Mayer (1995), a escolha e o uso de um EPI resulta, na maioria dos casos, do melhor compromisso possível entre o mais alto nível de segurança e a necessidade de executar o trabalho com níveis de conforto suficientes.

Interessa considerar que as características das situações de trabalho influenciam o comportamento do trabalhador através da representação que ele próprio delas faz. Os trabalhadores, no que respeita aos aspectos de saúde, têm uma percepção de risco diferente face à mesma situação de perigo. Os factores psicossociais, culturais e económicos assumem um papel essencial no modo como as pessoas percebem os riscos para a sua saúde e, conseqüentemente, no reconhecimento da importância do cumprimento das regras de segurança. Constata-se porém, que os factores relativos ao indivíduo e ao sistema sócio-organizacional onde ele está inserido, são mais influentes sobre os comportamentos dos trabalhadores do que os aspectos mais técnicos da prevenção (Salavessa, 2004; Favaro, 2001).

Por exemplo, num estudo envolvendo 33 enfermeiras de diferentes serviços hospitalares (Dubois et al., 2003), verificou-se que os factores psicossociais (papel dos pares, coesão de grupo, e imitação social)

tenham uma influência preponderante na adopção de comportamentos de risco, estando directamente relacionados com o não cumprimento dos procedimentos de segurança. Neste estudo, por exemplo, o uso de luvas de protecção para colheitas de sangue era efectuado de modo semelhante entre enfermeiros do mesmo serviço e de modo muito diferente de um serviço para o outro. A imitação dos pares e a observação dos modelos sociais constituem, assim, na opinião do autor citado, factores favorecedores para o uso de EPI.

Em síntese, os utilizadores dos EPI têm que conhecer e perceber as consequências de uma exposição sem protecção, a necessidade de se protegerem, as razões pelas quais um equipamento é utilizado e as vantagens que daí advêm.

Parece assim ser consensual, relativamente aos vários equipamentos de protecção individual utilizados no âmbito da prestação de cuidados de saúde, que todos os trabalhadores de saúde devam tornar o seu uso numa prática constante e apropriada, quando realizam actividades que os coloquem em contacto directo com o sangue e fluidos corporais dos doentes. Esse contacto pode produzir-se tanto de forma directa como durante a manipulação de instrumentos ou de materiais extraídos para fins diagnósticos, como é exemplo, a realização de procedimentos invasivos.

As luvas são, sem dúvida, na área da saúde, o equipamento de protecção individual mais utilizado e amplamente divulgado, sendo o seu uso correcto, capaz de evitar a contaminação das mãos, evitar a transmissão de microrganismos das mãos aos doentes e evitar a contaminação do ambiente circundante (Pina, 1999).

Uma vez que se constituem o tema com maior ênfase no presente estudo, serão alvo de abordagem pormenorizada no capítulo seguinte.

Recentemente, o uso de máscara passou a ser aceite também com o objectivo de proteger os profissionais de saúde (Pratt et al., 2001; Garner, 1996) através da contenção da projecção de secreções das vias aéreas superiores ou de saliva contendo agentes infecciosos transmissíveis, através de gotículas ou núcleos de gotículas.

Não é necessário, por rotina, a utilização de máscara na prestação de cuidados na enfermaria mas o seu uso é recomendado em todos os procedimentos em que haja risco de produção de salpicos contendo sangue, líquidos orgânicos, secreções ou excreções, na medida em que as membranas

mucosas da boca, nariz e olhos são particularmente vulneráveis à infecção, o mesmo acontecendo com a pele da face caso haja compromisso da sua integridade (DGS, 2006a; Pratt et al., 2001).

Do mesmo modo, para protecção do doente, o seu uso é recomendado em algumas técnicas (por exemplo, colocação de catéter central, cirurgias). Vários tipos de máscaras com ou sem viseira, e protecção ocular poderão proporcionar uma protecção específica ou mais alargada e a sua selecção deve ser feita em função do tipo de interacção com o doente e o tipo de exposição esperada.

Nas unidades de saúde, de um modo geral, encontram-se dois tipos de máscaras: as máscaras de procedimentos ou isolamento, mais simples, e as máscaras cirúrgicas. São de uso único e consistem geralmente numa sobreposição de diferentes camadas.

Quando são utilizadas pelos profissionais com o objectivo de protegerem o ambiente, ou no doente, são consideradas dispositivos médicos e são regidas pela Directiva 93/42/CE. Por outro lado, quando a sua utilização tem como objectivo a protecção dos profissionais, consideram-se como equipamento de protecção individual (Directiva 89/686/CE), sendo adequadas para a protecção pessoal contra gotículas e salpicos produzidos no decurso de alguns procedimentos. Não são, porém, adequadas quando se trata de transmissão por via aérea porque, para além do ajuste à face ser insuficiente, não impedem a penetração de aerossóis de dimensões sub-micrométricas. Em conformidade com a Directiva referida anteriormente, definem-se como uma semi-máscara que cobre o nariz, boca e, eventualmente o queixo, sendo constituída inteiramente, ou na maior parte, por um material filtrante (Pina, 2007; Vilariño et al., 2003).

Em síntese, pode dizer-se que “o objectivo da máscara é, por um lado, proteger os doentes da libertação potencial de partículas contendo microrganismos e, por outro, proteger os profissionais contra a exposição mucocutânea a gotículas e salpicos” (Pina, 2007, p.18).

Relativamente às protecções oculares, que grande parte das vezes se encontram acopladas às máscaras (máscaras com viseira), devem ser também utilizadas sempre que se preveja que o procedimento a realizar possa produzir salpicos, gotículas ou aerossóis de sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes e, que possam afectar as mucosas dos olhos (DGS, 2006a).

No que diz respeito à utilização de batas (limpas, não esterilizadas), deve verificar-se sempre que os profissionais de saúde permaneçam nas instalações. Devem ser usadas protecções descartáveis

adicionais sempre que seja previsível a possibilidade de ocorrer derrame de sangue ou outros líquidos orgânicos, e também porque a parte da frente, que contacta mais directamente com os doentes e o ambiente imediato, tem mais tendência a ser contaminada.

O avental de plástico ou bata impermeável deve ser utilizado para protecção da bata/uniforme durante procedimentos que produzam salpicos ou aerossóis de fluidos corporais, secreções ou excreções devendo ser removidos logo que termine o contacto contaminante para que não se originem novas contaminações (DGS, 2006a; Tavares et al., 2003; Wilson, 2003; Pina, 1999).

CAPÍTULO 3 – AS LUVAS COMO EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL DOS ENFERMEIROS

3.1 – USO DE LUVAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

“No final da década de 1970, a recomendação do CDC para o uso de luvas partiu de um pressuposto mistificador, já que afirmava que, se os profissionais lavassem as mãos sempre que indicado, haveria pouca necessidade de usar luvas – apenas em cirurgia e nas técnicas assépticas” (Garner cit. por Pina, 2006, p.30).

O uso de luvas era contudo indicado para precaver o não cumprimento da lavagem das mãos quando indicado, facto esse que levou, por um lado, à sobreutilização de luvas e, por outro, à utilização incorrecta, nomeadamente, não remoção atempada e não lavagem das mãos após a sua remoção (Pina, 2006).

Para Bolander (1998), essa prática por parte dos enfermeiros, é também um dos princípios fundamentais para a segurança do exercício da sua profissão, levando, no entanto, a que a higienização eficaz das mãos esteja dificultada, na medida em que confere um falso sentido de protecção ao profissional.

Nos tempos actuais, o uso de luvas faz parte integrante das medidas de prevenção de infecções nosocomiais de profissionais de saúde e de doentes, que podem ser contraídas no decurso da prestação de cuidados de saúde. Preconiza-se que todo o pessoal deve estar consciente da necessidade desta barreira de protecção para doentes e profissionais de saúde, mas deve ter presente que o seu uso indevido pode também ser responsável pela transmissão de microrganismos.

Deve também ter-se presente que, no contexto da prestação de cuidados de saúde, as luvas podem ser usadas enquanto protecção dos trabalhadores face à tipologia de riscos a que estão sujeitos e, enquanto dispositivos médicos de uso obrigatório porque inerentes às tarefas e à protecção do doente (CCI, 2007).

Basicamente, os seus principais objectivos consistem na protecção do doente contra a população microbiana de outras pessoas, em particular, em situações de imunodepressão, como transplantação e queimaduras, no decorrer de actos invasivos, ou nos casos de doentes em isolamento por colonização ou infecção por microrganismos multirresistentes, de modo a evitar as infecções cruzadas. Aplicam-se ainda para protecção de alimentos, impedindo a sua contaminação através das mãos, bem como protecção do pessoal de saúde contra o risco de infecções transmitidas pelo sangue e outros fluidos biológicos, microrganismos multirresistentes, e risco químico associado à manipulação de quimioterápicos e antineoplásicos, desinfectantes, entre outros (Pina, 2006; CCI, 2004; Ducelet et al., 2002).

A partir de 1990, com o advento das “precauções universais” destinadas à protecção dos profissionais de saúde de infecção transmitida por via sanguínea (VIH, VHB, VHC), o uso de luvas aumentou continuamente e, por vezes, sem qualquer justificação.

A este propósito, Pina (2006,p.30), considera “lamentável que actualmente se constate que o uso de luvas, apesar dos seus benefícios potenciais, está a tornar-se num crescente risco de transmissão cruzada de infecção, talvez tanto ou mais do que a não lavagem das mãos”.

Num estudo de âmbito nacional, realizado no ano de 1997, sobre os recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, no que se refere ao âmbito hospitalar, verificou-se que a utilização de luvas revelou incidências diferenciadas consoante se tratasse da prestação de cuidados a doentes ou da preparação de terapêuticas. Os dados obtidos permitiram dizer, por exemplo, que em 97,5% dos serviços de Medicina, os enfermeiros utilizam “sempre” ou “quase sempre” luvas na prestação de cuidados aos doentes, mas estas frequências (agregando as mesmas duas categorias), no que respeita à preparação de terapêuticas, apenas se verificam em 29,7% dos mesmos serviços (Carapinheiro et al., 1997).

São inúmeros os estudos que demonstram os riscos da utilização inapropriada de luvas, chegando-se à conclusão que em mais de 50% das situações são usadas desnecessariamente (Stringer et al., cit. por Pina, 2006). Num dos estudos mais recentes e exaustivos (Girou et al., 2004), os autores observaram 784 contactos em 30 doentes colonizados ou infectados com microrganismos potencialmente patogénicos, tendo verificado o uso de luvas em 93,5% desses contactos quando o seu uso apenas estava indicado em 58% dos casos. Em 8% das situações em que havia indicação para o uso de luvas,

as mesmas não foram utilizadas. Relevante, também, foi o facto de as luvas não serem removidas entre doentes, em 64,4% dos contactos, e a lavagem das mãos após a remoção apenas se fazer em 50% das situações.

Pina (2006) conclui que o uso de luvas nem sempre corresponde aos benefícios pretendidos chegando mesmo a constituir um risco acrescido tanto para os doentes como para o próprio profissional de saúde, uma vez que a sua remoção após um contacto contaminante e antes dos contactos seguintes frequentemente não se verifica ou é feita de forma incorrecta.

Na actualidade, deve entender-se que o uso de luvas é uma medida de segurança eficaz apenas em determinadas situações e o seu uso deve ser sempre considerado como um complemento de higienização das mãos e nunca da sua substituição.

Um outro aspecto relevante é que, se acontecer o profissional conspurcar as mãos com fluidos orgânicos, irá lavá-las de imediato mas, se estiver com luvas e houver rupturas inaparentes das mesmas, não detectadas com alguma frequência, a contaminação pode prolongar-se, aumentando o risco de infecção (Manian et al. cit. por Pina, 2006).

Segundo Pina (2006), vários estudos têm sido conduzidos com o objectivo de identificar as principais causas do não cumprimento das normas de boa prática, mesmo sabendo-se que constitui um risco para os doentes e para os profissionais de saúde. Para o autor, a sobrecarga de trabalho, a altura do dia, a categoria profissional e tipo de serviço são identificados como os factores mais importantes.

A outra face desta problemática é que existem provas inequívocas de que o uso correcto das luvas está associado a uma redução significativa da contaminação bacteriana das mãos (Pittet et al., Malone et al. e Olsen et al. cit. por Pina, 2006). Ainda segundo a opinião da autora, torna-se importante definir uma política racional para o uso de luvas, com o objectivo da protecção contra riscos biológicos e outros de modo a, de uma forma custo-efectiva, obter a segurança desejada em cada uma das situações de risco, evitando concomitantemente os riscos desnecessários para os doentes e para os profissionais de saúde.

Numa perspectiva abrangente, para que as luvas cumpram as suas funções devem obedecer a determinados requisitos estipulados pelas normas europeias, nomeadamente constituírem uma

barreira microbiológica eficaz e serem capazes de suportar o *stress* mecânico e químico a que possam ser sujeitas.

As luvas têm assim como principais funções: “constituírem-se barreira de protecção contra a contaminação das mãos dos profissionais no contacto com pele lesada e mucosas, sangue e líquidos orgânicos como secreções ou excreções; redução da transferência de microrganismos das mãos dos profissionais para os doentes durante a prestação de cuidados que envolvam contacto com pele lesada e mucosas; redução da possibilidade de contaminação das mãos dos profissionais no manuseamento de materiais e equipamentos e transmissão entre doentes; protecção da pele contra riscos químicos, térmicos e/ou de radiações” (Pina, 2006, p.30).

Por outro lado, as razões que a mesma autora aponta para o uso de luvas são: proteger o doente da flora normal ou transitória das mãos dos profissionais, facilitar o manuseamento de equipamento estéril, prolongar o efeito de desinfecção das mãos, reduzir a contaminação das mãos no contacto com os locais infectados ou equipamento contaminado, evitar a lavagem das mãos e protecção contra outros riscos: químicos, calor, radiações.

Ao invés, não há indicação para o uso de luvas nas situações em que não existe risco potencial de exposição a sangue ou fluidos corporais, ou ambiente contaminado, sendo exemplos relativos ao contacto directo com o doente: a determinação de sinais vitais, administração de injectáveis por via subcutânea, intramuscular ou intra-dérmica, banho ou durante o vestir do doente, transporte de doentes, prestação de cuidados aos olhos e ouvidos no caso de não haver escorrências e manipulação de acessos vasculares, se não houver fuga de sangue. No que respeita ao contacto indirecto com o doente, são exemplos: uso de telefone e computador, registos no processo clínico, administração de medicação por via oral, distribuição e recolha de utensílios usados na alimentação do doente, remoção e substituição de roupas de cama, colocação de equipamento de ventilação não invasivo e de cânulas de oxigénio, entre outros (Pina, 2006). Nestes casos, é comum considerar-se suficiente a lavagem das mãos após o contacto, para remoção dos microrganismos transitórios, possivelmente contaminantes.

Segundo Tenorio et al. cit. por Pina (2006), numa situação ideal poder-se-ia justificar o uso de luvas a fim de reduzir o número de vezes que é necessário lavar as mãos, todavia, sabe-se que as luvas têm microperfurações em percentagem variável e através das quais há contaminação das mãos. Por outro lado, com frequência, a sua remoção não é correcta, ocorrendo contaminação das mãos nesse

momento (Wilson, 2003; Clark et al. cit. por Pina, 2006). Decorrente deste facto, compreende-se a já referida insistência na necessidade de lavagem das mãos após a remoção das luvas.

A bibliografia consultada demonstra ser consensual que a utilização de luvas pelos profissionais de saúde deve obedecer a determinados critérios, nomeadamente indicações e atitudes a ter em consideração.

O uso de luvas na prestação de cuidados de saúde deve verificar-se: sempre que se preveja contacto com sangue ou quaisquer outros fluidos biológicos, excreções e secreções, excepto suor; sempre que haja contacto com pele lesada ou não intacta e mucosas; sempre que as mãos ou instrumentos médicos contactem com cavidades ou tecidos estéreis; sempre que o profissional de saúde tenha a pele lesada ou não intacta; na manipulação e recolha de roupa suja e resíduos hospitalares e para a descontaminação de instrumentos para esterilização (DGS, 2006a; Pina, 2006; CCI, 2004; Santos et al., 2004; Bolander, 1998).

Para além do conhecimento das situações nas quais se devem utilizar luvas, existem normas gerais que devem ser tidas em conta, na perspectiva de aumentar a segurança dos profissionais e doentes. A este respeito, segundo Pina (2006) propõem-se as seguintes recomendações: os cortes e outros ferimentos da pele devem ser cobertos com pensos adesivos impermeáveis antes de colocar as luvas; as luvas devem ser colocadas imediatamente antes da execução do procedimento e removidas logo após a sua realização; para cada doente e para cada procedimento no mesmo doente, deverá ser usado um novo par de luvas, sempre que exista contacto de uma área contaminada e outra limpa; quando se usa outro equipamento de protecção individual além das luvas (avental, máscara, barrete) as luvas devem ser as últimas a serem colocadas; a integridade das luvas deve ser inspeccionada logo após terem sido colocadas e frequentemente ao longo do procedimento, devendo ser substituídas se estiverem rasgadas ou perfuradas; deve-se conjugar o uso de luvas com a lavagem das mãos antes e/ou depois da sua colocação conforme a situação; desaconselha-se o uso de dois pares de luvas, excepto em situações muito específicas (cirurgia ortopédica e cardiotorácica, manipulação de material crítico tratado com desinfetantes químicos), sendo antes recomendada a substituição das luvas sempre que já não cumpram as condições de segurança (impermeabilidade e integridade); as luvas devem ser removidas de forma correcta (são o 1º EPI a ser removido) evitando o contacto com as superfícies exteriores a fim de reduzir o risco de contaminação; uma vez removidas, as luvas não

devem ser reutilizadas, com a excepção das de “ménage” ou de nitrilo; as luvas contaminadas com sangue ou líquidos orgânicos devem ser tratadas como resíduos de risco biológico.

As luvas devem estar acondicionadas em locais próprios e não expostas a temperaturas extremas ou próximo de esterilizadores, aquecedores ou aparelhos de ar condicionado ou em locais expostos à luz solar, ultravioleta, fluorescente ou equipamentos de radiografia, por poder ocorrer degradação e compromisso da sua barreira de protecção.

Deve considerar-se ainda o facto de todos os tipos de luvas terem microporos em maior ou menor número, sendo que algumas delas perdem a impermeabilidade após contacto com líquidos (Pina, 2006).

Relativamente ao aspecto da disponibilidade, segundo Wilson (2003), as caixas de luvas não estéreis, deverão estar em locais acessíveis que facilitem a sua colocação quando o procedimento a realizar o justifique, na medida em que a acessibilidade das barreiras protectoras é uma medida importante para a sua correcta utilização. A este respeito, Bolander (1998) faz referência ao facto de, no caso de o enfermeiro trabalhar num local onde não existam luvas, poder levar algumas no seu bolso.

3.1.1 – Tipos de luvas e respectiva selecção

Em contexto hospitalar, deve ser definida uma política de utilização racional de luvas, que tenha em conta os tipos mais adequados a cada tarefa e que resulte do consenso de um grupo multidisciplinar (saúde ocupacional, alergologia, dermatologia, anestesia, comissão de controle de infecção hospitalar, pessoal de enfermagem e do departamento de aprovisionamento, entre outros) (Wilson, 2003).

Fundamentalmente a escolha das luvas deve ter em conta os parâmetros: qualidade, segurança, alergenicidade, adequação e custos. Assim, a luva ideal deve ser adequada à tarefa a realizar, resistente à perfuração e aos vírus, confortável, permitir boa sensibilidade táctil, ter baixo poder alergizante e a melhor relação qualidade/custo sabendo que a luva com menor preço, na opinião do autor, nem sempre é a mais económica, quando se tem em consideração os custos ocultos da quebra da barreira de protecção ou da sensibilização dos utilizadores aos seus componentes (Caixeiro, 1997).

Segundo o mesmo autor, na prática, as luvas utilizadas pelos profissionais de saúde dividem-se em três categorias: luvas cirúrgicas esterilizadas, com ou sem pó, em geral de látex, mas também de materiais

sintéticos, com boa elasticidade, resistência, adaptação e sensibilidade; luvas de exame, esterilizadas ou não, de látex ou de PVC, com razoável adaptação às mãos e, luvas para protecção e uso de curta duração, não esterilizadas, com baixo custo, habitualmente de polietileno (luvas de “palhaço”).

Pina (2006), relativamente à selecção das luvas a utilizar, coloca ênfase na adequação à técnica/acto a realizar, seleccionando as luvas cirúrgicas esterilizadas no caso de intervenções cirúrgicas, luvas de exame esterilizadas para procedimentos invasivos e técnica asséptica, luvas de exame não esterilizadas para prevenção de contaminação com material potencialmente infectante (sangue, urina, fezes, expectoração), luvas de nitrilo não esterilizadas ou de látex especial para manipulação de produtos tóxicos ou irritantes e luvas de borracha tipo “ménage”, para uso de detergentes e água.

Também o protocolo do Centro Hospitalar do Alto Minho (CHAM), relativo à higienização das mãos, faz referência à necessidade de analisar cada procedimento em particular quanto ao risco de contaminação das mãos com produtos biológicos, optando-se pelo uso de luvas ou não, e, no caso do seu uso, qual o tipo apropriado (vinil, látex ou “palhaço”).

Segundo o citado protocolo existem vários tipos de luvas, cuja escolha está dependente do acto a desempenhar: luvas de procedimento, esterilizadas ou não (látex, vinil ou nitrilo), luvas cirúrgicas esterilizadas, luvas de “palhaço”, esterilizadas ou não e, luvas de “ménage”. O mesmo recomenda o uso de luvas esterilizadas sempre que se tem como objectivo a protecção do doente, luvas não esterilizadas no cumprimento das recomendações padrão, para protecção dos profissionais de saúde, e, luvas esterilizadas ou não no desempenho de técnicas assépticas ou limpas, com o intuito de obter protecção dos profissionais de saúde e doentes.

Para Ducel et al. (2002) os materiais utilizados, com maior frequência para as luvas são o látex e o PVC (cloreto de polivinilo). A sua qualidade, que depende da ausência de porosidades ou buracos e duração de uso, varia consideravelmente conforme o tipo de luva.

Segundo Pina (2006), existe actualmente no mercado uma grande variedade de tipos de luvas, o que se traduz, para além de um acréscimo dos custos, em dificuldades na sua selecção apropriada. Aspectos importantes na sua categorização dizem respeito ao material de composição, à esterilidade, grau de ajustamento à mão e ao facto de serem ou não empoadas.

No que concerne ao nível de adaptação à mão, quando a destreza é importante, o mesmo deve ser elevado, tratando-se, portanto, da luva de qualidade cirúrgica. São luvas com critérios rigorosos quanto à espessura, largura da face palmar, ajuste do punho e comprimento dos dedos, existindo tamanhos bem definidos e luvas para a mão esquerda e direita, razões que levam ao aumento do custo e, conseqüentemente, a um uso criterioso. Por outro lado, as luvas de exame são, em geral, fornecidas em três tamanhos e são ambidextras (Pina, 2006; Wilson, 2003).

As luvas devem ser esterilizadas quando usadas em procedimentos invasivos que requeiram técnica asséptica, sendo que para procedimentos invasivos de curta duração, ou que não necessitem grande destreza, podem ser utilizadas luvas de exame esterilizadas. Para todas as situações em que o objectivo é proteger as mãos da contaminação é suficiente usar luvas de exame não esterilizadas (Pina, 2006; Pauchet-Traversat, 2003; Tavares et al., 2003; Wilson, 2003).

As luvas usadas para protecção contra o risco biológico podem ser de látex, de PVC (vinil) ou de polietileno (plástico, tipo “palhaço”), sendo que nenhuma delas protege contra o risco de picada.

As luvas de látex são, segundo a bibliografia consultada, o tipo de luvas mais utilizado, sendo-lhes atribuídos, como pontos fortes, a adaptabilidade às mãos e, conseqüentemente, adequação às técnicas que exigem alto grau de destreza, propriedades de resistência à perfuração e, entre outras, o facto de serem auto-estanques (Wilson, 2003).

As luvas de polietileno (vulgarmente chamadas de luvas de “palhaço”), com costuras soldadas, e luvas similares feitas a partir de um copolímero denominado etilenometil metacrilato (normalmente fornecidas num papel de suporte), ainda se encontram disponíveis, mas o seu uso restringe-se a tarefas não médicas, devido à ruptura potencial das costuras soldadas (Russell-Fell, 2000).

Também Pina (2006), considera que estas luvas não estão indicadas para uso na prática clínica porque se danificam com muita facilidade e não conferem a protecção desejada, servindo apenas para contactos superficiais de curta duração e sem a presença de líquidos. Algumas vezes, são utilizadas por baixo da luva de látex para protecção em casos de sensibilização, provocando, no entanto, um aumento da sudação das mãos e uma diminuição da sensibilidade. Para o autor, a escolha deve verificar-se entre a luva cirúrgica e a luva de exame, podendo ambas ser ou não esterilizadas, empoadas ou sem pó.

Segundo Russell-Fell (2000), as luvas de vinil eram consideradas menos resistentes e menos flexíveis, mas hoje em dia, existem luvas de qualidade equivalente às de látex, sendo recomendadas em sua substituição para procedimentos de curta duração. Por outro lado, não são empoadas e tratando-se de um polímero sintético, não contêm as proteínas da borracha natural, pelo que constituem uma interessante opção nos casos de alergia ao pó ou ao látex.

Existem no mercado luvas hipo-alérgicas com um revestimento interno de material sintético e luvas hipo-alérgicas totalmente compostas por material sintético (nitrilo, neopreno, tactilon) que reduzem ou eliminam os problemas de sensibilização. O facto de o seu custo ser elevado faz com que sejam usadas para tarefas específicas (por exemplo, manuseamento de químicos uma vez que têm maior resistência à permeabilidade dos mesmos) e, em substituição do látex, para os profissionais que manifestem problemas cutâneos.

Existem ainda, entre outras, luvas para situações especiais, como é o caso das luvas mais espessas e luvas anti-corte, a serem colocadas por baixo das luvas cirúrgicas esterilizadas, conferindo assim uma protecção adicional (Pina, 2006, Duarte et al., 1999).

As luvas de “ménage” são as únicas com resistência suficiente para a limpeza de superfícies e equipamentos, oferecendo maior protecção aos profissionais utilizadores, que habitualmente não são enfermeiros. Uma vez que são reutilizáveis, devem ser personalizadas, recomendando-se o uso de tamanhos adequados no sentido de facilitar a destreza na execução das tarefas (Duarte et al., 1999).

3.1.2 – Inconvenientes do uso de luvas

Para Pina (2006), não será demais lembrar que o uso de luvas não está isento de problemas tais como: uma diminuição da sensibilidade táctil, o que dificulta mais a execução de alguns procedimentos aumentando o risco de picada; as perfurações existentes; deficiências na impermeabilidade; reacções de sensibilização ao látex e outros produtos constituintes das luvas.

A este respeito, as luvas utilizadas como equipamento de protecção individual, têm sido reconhecidas, há vários anos, como factores etiológicos e/ou de agravamento de dermatoses profissionais.

Em particular, entre os profissionais de saúde, a utilização de luvas de látex tem vindo a aumentar, sendo que esse aumento da procura causou a proliferação de empresas para o seu fabrico, nas quais

as condições de produção e controlo de qualidade nem sempre são as mais adequadas, o que conduz ao aparecimento de luvas com maior potencial alergénico (Uva et al., 2000; Caixeiro, 1997).”A conjugação destes factores deu origem ao aparecimento mais frequente de patologias associadas ao seu uso, entre as quais se evidencia a urticária de contacto ao látex, que pode manifestar-se como quadros dermatológicos, respiratórios e de anafilaxia” (Caixeiro, 1997, p.59).

Segundo Lopes et al. (2004), as três manifestações clínicas conhecidas e discutidas na literatura, relacionadas com o uso de luvas de látex de borracha natural, no trabalho, são: dermatite irritativa de contacto, dermatite alérgica de contacto ou hipersensibilidade tardia do tipo IV e hipersensibilidade do tipo I, que é a reacção mais grave provocada pelo látex. Esta última, também denominada de urticária de contacto, é também a mais frequente nos profissionais de saúde, na medida em que as luvas de látex são usadas diariamente e por períodos prolongados. O microclima quente e húmido (transpiração), consequência da sua utilização, assim como os microtraumatismos produzidos pelo pó, contribuem para o desenvolvimento destas patologias (Caixeiro, 1997).

A extensa bibliografia consultada permite afirmar que a hipersensibilidade pode ocorrer pelo látex, pelo talco utilizado nas camadas internas das luvas e pelos aditivos químicos do processamento da borracha. O pó das luvas (amido de milho) não parece ser, por si só, alergénico. No entanto, a adsorção das proteínas do látex pelos seus grânulos parece aumentar a antigenicidade, além de que favorece a aerosolização das proteínas e a subsequente inalação pelos profissionais e outras pessoas presentes no ambiente imediato. Recomenda-se, por este motivo, o uso de luvas sem pó (Pina, 2006; Russell-Fell, 2000).

Segundo Russell-Fell (2000), vários autores sugeriram que a hipersensibilidade à proteína do látex é a consequência mais comum e, a incidência de reacção anafiláctica é mais elevada entre os funcionários do que entre os doentes, apesar de estes estarem sujeitos a um risco potencial.

Surge também o problema da reacção (resposta) ao contacto alergénico retardado (CAR) com resíduos químicos em luvas de borracha natural e sintética, mas não no vinil. O seu prefixo “retardado” indica que a reacção pode começar algumas horas depois de o contacto com o alergénio ter cessado. A CAR é responsável pela maioria das reacções de contacto a luvas médicas, podendo ocorrer sem aviso prévio após meses ou até anos de utilização de luvas médicas, sendo certo que os seus efeitos persistentes já afectaram as carreiras de alguns profissionais de saúde (Russell-Fell, 2000).

Para profissionais com hipersensibilidade do tipo I, a única maneira de prevenir a sintomatologia é evitar utilizar ou entrar em contacto com produtos de látex de borracha natural. Oferecer um ambiente seguro aos profissionais significa disponibilizar luvas de matéria-prima que não seja de látex de borracha natural, como luvas de nitrilo ou vinil (Lopes et al., 2004).

As reacções alérgicas ao látex ou ao pó das luvas podem atingir proporções com alguma gravidade. Não é possível estabelecer medidas curativas sem se ter conhecimento do agente ao qual, na realidade, o profissional é alérgico. O SSHST de cada instituição é a entidade competente para avaliar a situação, despistar o agente causador de alergia, estabelecer procedimentos preventivos específicos para cada profissional e recomendar a utilização de luvas compatíveis com as suas necessidades.

3.1.3 - As técnicas e o uso de luvas

Conhecida que é a natureza da prestação de cuidados de saúde, torna-se essencial fazer uma gestão adequada do risco associado aos diversos tipos de cuidados e procedimentos a fim de tomar a decisão, se é ou não necessário utilizar luvas, e quando indicado, seleccionar a luva que melhor segurança confere. A este respeito, para Pina (2006, p.31), “a gestão do risco pode dividir-se em 3 fases: identificação do risco (necessidade ou não de usar luvas), avaliação do risco e decisão. Deve ser analisada a natureza (tipo e duração) da tarefa, o risco associado de exposição a sangue e líquidos orgânicos (por contacto directo ou pelo risco de picada), o tipo, frequência e intensidade do contacto, potencial de contacto com pele lesada ou mucosas”.

Segundo o autor, é neste contexto que também deve ser definido se, são necessárias luvas esterilizadas ou não, luvas cirúrgicas ou de exame, ou outras.

Na perspectiva de não subestimar o significado da Pessoa, este processo de gestão do risco deve contemplar a necessidade de, em qualquer cuidado, ter em conta o equilíbrio Pessoa-protecção, daí que, o uso de luvas e/ou outras medidas de protecção deva ser empregue só quando estritamente necessário. O enfermeiro deve ter presente que o modo como utiliza as suas mãos poderá condicionar o êxito do seu desempenho (por exemplo, prestação de cuidados em Pediatria), na medida em que, independentemente da técnica seleccionada e da qualidade da sua execução, quando o enfermeiro e o utente estabelecem contacto físico existem, de imediato, reacções que constituem factor predisponente para o sucesso terapêutico (Santos et al., 2004).

Interessa relembrar que as luvas são utilizadas para protecção dos doentes e para protecção dos profissionais, devendo os profissionais usar luvas esterilizadas nas cirurgias, nos cuidados a doentes imunocomprometidos e em procedimentos invasivos, e usar luvas não esterilizadas nos cuidados a doentes com infecção transmitida por contacto e em todas as outras situações que requeiram cumprimento das precauções padrão (Wilson, 2003; Duce et al., 2002). O mesmo será dizer que o uso de luvas não esterilizadas é recomendado para a protecção dos profissionais em todos os procedimentos que não requeiram técnica asséptica e em que se preveja o contacto com sangue, outros líquidos orgânicos ou materiais contaminados.

Não existem luvas universais, para cada procedimento ou tarefa. Existe um tipo de luvas apropriado e um conjunto de regras, atrás documentadas, que é necessário observar para que a sua utilização seja eficaz. Assim se compreende a importância de existirem protocolos para a utilização de luvas, os quais favorecem a correcta utilização dos diversos tipos, em função das tarefas específicas que se pretendem desempenhar.

Segundo Duarte et al. (1999), o protocolo de utilização de luvas, deve ter em atenção as características dos diversos tipos de luvas, como sejam, resistência, maleabilidade, permeabilidade; o tipo de procedimento a executar; o risco que se prevê; a forma e os tempos recomendados para a utilização e mudança dos diversos tipos de luvas.

Existe hoje um razoável consenso sobre a natureza dos riscos inerentes a cada procedimento, com indicação do respectivo tipo de luvas aconselhado a cada técnica (Santos et al., 2004; Pauchet-Traversat, 2003; Wilson, 2003; Campos et al., 2001; Queirós et al., 1998; Caixeiro, 1997), sendo raras as situações em que o uso de luvas é facultativo. Todavia, quando não existe risco potencial de exposição a sangue ou fluidos corporais, ou a um ambiente contaminado, quer no contacto directo, quer indirecto com o doente, não há indicação para o seu uso.

Apesar do grande número de cuidados que os enfermeiros prestam no seu quotidiano, bem como das técnicas que utilizam, neste estudo optou-se por descrever apenas algumas delas nas quais o uso de luvas, segundo os autores supracitados, é recomendado, no sentido de evitar o contacto com mucosas, fluidos orgânicos e reduzir assim o risco de transmissão de infecção.

As técnicas objecto do estudo, quer pela observação efectuada, quer pelo questionário utilizado, foram os cuidados de higiene genitais, execução de pensos, punção venosa e algumas técnicas invasivas

(algáliação, entubação nasogástrica e aspiração de secreções). A bibliografia consultada permite afirmar que o uso de luvas nestes procedimentos não gera controvérsia, sendo até facilmente perceptível pelo senso comum.

PARTE II – METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho consiste num estudo exploratório-descritivo, o que significa que explora e descreve fenómenos, características de uma população e identifica relações.

Os estudos exploratórios e de descrição de fenómenos visam a determinação de factores e a sua descrição numa dada situação, enquanto os estudos descritivos servem para descrever os factores ou as variáveis e para encontrar relações entre estes.

Neste estudo, pretende-se caracterizar e analisar a utilização de luvas pelos profissionais de enfermagem, procurando analisar e identificar a frequência e as condições inerentes ao seu uso, os motivos pelos quais são utilizadas, bem como os motivos que levam os enfermeiros a negligenciar o seu uso, para além de explorar e determinar a existência de relações entre as diferentes variáveis.

Segundo Fortin (1999), o presente estudo insere-se no nível II de conhecimento na área da investigação, uma vez que o que se pretende é verificar se existe associação entre variáveis e assim explicar a força e a direcção dessas relações. Para o autor, este nível de investigação, pressupõe que o fenómeno já foi descrito e definido, existindo trabalhos que fazem supor que existe uma associação entre variáveis.

Optou-se por uma abordagem quantitativa, que consiste num processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis.

4.1. – OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo geral deste estudo é caracterizar as práticas dos enfermeiros relativamente ao uso de luvas, numa Unidade Hospitalar do Norte do País. Para a concretização deste objectivo geral definiram-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar a frequência do uso de luvas pelos enfermeiros, durante o turno e nos vários procedimentos;

- Conhecer o tipo de luvas mais utilizado;
- Identificar as razões que levam os enfermeiros a usar luvas;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente aos motivos que possam justificar a ocorrência de doenças profissionais e/ou acidentes de trabalho;
- Determinar o nível de risco identificado pelos enfermeiros relativamente ao não uso de luvas;
- Identificar a frequência da disponibilidade, adequação e desconforto inerente ao uso de luvas;
- Identificar os motivos que levam os enfermeiros a negligenciar o uso de luvas;
- Conhecer a frequência de cumprimento dos vários pressupostos a considerar no uso correcto de luvas;
- Caracterizar o nível de influência dos colegas e das chefias na utilização de luvas.

4.2. – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população alvo é constituída pelos 130 enfermeiros pertencentes aos Serviços de Medicina de uma Instituição Hospitalar do Norte de Portugal, a qual no momento do estudo totalizava 498 camas distribuídas pelas diversas valências.

No estudo de observação, a amostra é composta por todos os enfermeiros pertencentes a 5 dos 6 Serviços de Medicina da Unidade Hospitalar (114 enfermeiros) e sobre os quais recaía a mesma probabilidade de serem observados durante as práticas do uso de luvas nos vários turnos/momentos (176) em que decorreu a observação. Dos 114 enfermeiros atrás referidos, apenas 108 responderam ao questionário sobre caracterização do uso de luvas, elaborado para o efeito.

A fase inicial decorreu com base num guia de observação de procedimentos abrangendo as situações de trabalho segundo os seguintes critérios:

- tipos de procedimentos a observar para os quais o uso de luvas se afigurava obrigatório,

- um dos seguintes cuidados ou procedimentos de enfermagem: cuidados de higiene genitais, execução de pensos, punção venosa e técnicas invasivas (algaliação, entubação nasogástrica e aspiração de secreções).

4.3. – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Tendo em conta os objectivos deste estudo, as condições para a sua realização e a amostra sobre a qual o mesmo incide, optou-se, numa primeira fase, pela observação das práticas dos enfermeiros relativas ao uso de luvas, nos procedimentos previamente definidos, e nos quais o uso de luvas se deveria verificar, tendo por base o enquadramento conceptual efectuado.

Ainda que se trate de uma medida subjectiva de colheita de dados, a observação directa visou determinar o significado, a orientação e a dinâmica do uso de luvas pela colheita de factos. O observador era, neste estudo, um membro do grupo e da organização.

Segundo Fortin (1999, p.241) “um estudo de observação é o que consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio da observação directa dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada”.

A observação, neste caso, constitui um método complementar de colheita de dados, porque se crê que os sujeitos em estudo teriam razões para modificar as respostas relativas aos seus comportamentos, no caso de uma abordagem mais estruturada.

Pensa-se que apesar do facto de o observador ser conhecido na maioria das situações e, saber-se que se encontrava a fazer uma observação no âmbito do uso de EPI, não terá havido influência nos resultados.

Definiram-se, de forma clara e precisa, os comportamentos a observar, sob a forma de uma lista de verificação (Anexo 1), para diminuir o risco de enviesamento, quer no registo das unidades de observação, quer nas escolhas de situações a observar.

Numa segunda fase do estudo, optou-se pela elaboração e distribuição de um questionário, com o intuito de os enfermeiros se sentirem mais seguros relativamente ao anonimato das respostas e, assim, exprimirem livremente as opiniões que consideram mais pessoais (Fortin, 1999).

O questionário é constituído por um total de 23 perguntas, apresentadas de forma contínua. As primeiras quatro questões visam caracterizar a amostra e as restantes têm como finalidade dar resposta aos vários objectivos preconizados para o estudo. As perguntas que compõem o questionário são de resposta fechada, utilizando uma escala de Likert na sua maior parte (Anexo 2).

Para verificar a veracidade das respostas do questionário foi efectuado um pré-teste, através de uma amostra de conveniência, constituída por 16 enfermeiros de um dos serviços de Medicina da mesma Instituição Hospitalar.

O pré-teste é considerado por Polit e Hungler (1995) como uma tentativa para determinar, tanto quanto possível, se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja. Para Fortin (1999, p.253) “esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões”.

A distribuição dos questionários a testar decorreu na última semana de Abril de 2006, sendo a recolha dos mesmos efectuada na primeira semana de Maio do mesmo ano. Da análise dos questionários decorrente do pré-teste evidenciou-se a necessidade de proceder a algumas modificações, que foram tidas em conta para a elaboração da versão final que se encontra em anexo.

De referir que, antecipadamente, foi solicitada à instituição hospitalar, autorização formal para a realização do estudo (Anexo 3), nomeadamente para o uso dos vários instrumentos de colheita de dados.

4.3.1. – Variáveis do estudo

As variáveis que constam do guia de observação utilizado são as seguintes:

- tipo de procedimento
- uso de luvas

- tipo de luvas adequado ao procedimento
- princípios a ter em conta no uso de luvas
- uso de luvas individualizado
- uso de luvas diferentes para várias actividades
- disponibilidade de luvas adequadas para diferentes procedimentos
- local onde são obtidas as luvas

As variáveis utilizadas para caracterizar as práticas dos enfermeiros relativas ao uso de luvas, no questionário elaborado especificamente para o efeito, são:

- sexo, idade, categoria profissional e habilitações literárias, que permitem avaliar as características sociodemográficas dos respondentes. Todos os outros itens incluídos no questionário (Anexo 2) são tratados como variáveis para caracterização do uso de luvas pelos profissionais de enfermagem, de forma a responder aos objectivos inicialmente delineados.

4.4. – RECOLHA DE DADOS

A aplicação do guia de observação de procedimentos, nos quais se preconizava o uso de luvas pelos profissionais de enfermagem, decorreu de meados do mês de Junho até finais de Setembro de 2005, em sensivelmente 40 momentos distintos, quer no que respeita aos turnos de trabalho, quer aos diferentes dias da semana, sendo a sua selecção aleatória. De salientar que o maior número de observações ocorreu no turno da manhã, pois é aquele em que se verifica o maior volume de trabalho, nomeadamente o maior número de procedimentos que haviam sido seleccionados para o estudo.

A distribuição dos questionários pelos vários serviços foi efectuada no início do mês de Junho de 2006 com a colaboração dos enfermeiros chefe de cada serviço, ao constituírem-se intermediários entre o autor e os enfermeiros alvo do estudo. Após uma breve apresentação do estudo, efectuada na presença de cada enfermeiro chefe, foram distribuídos os questionários pelos presentes, preferencialmente antes das passagens de turno, dado ser o momento em que se concentra o maior

número de enfermeiros. Os restantes ficaram na posse dos enfermeiros chefe, responsabilizando-se estes pela sua distribuição por todos os enfermeiros nos turnos seguintes.

Para ajudar os enfermeiros chefe na gestão da entrega e devolução dos instrumentos de colheita de dados, foi elaborada uma listagem dos vários enfermeiros pertencentes a cada serviço, na qual foi pedido ao enfermeiro chefe que assinalasse a entrega e a respectiva devolução, o que pode dizer-se ter resultado, como comprova a elevada taxa de preenchimento (108/114=94,7%).

Uma vez que o momento de lançamento dos questionários foi coincidente com o período de férias, o prazo para recolha dos mesmos foi alargado, tendo-se verificado apenas entre a última semana de Setembro e o final do mês de Outubro de 2006, de forma faseada, conforme eram entregues aos enfermeiros chefe.

4.5. – TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento da informação obtida com os instrumentos de colheita de dados, foi elaborada uma matriz, tendo sido realizada a sua análise estatística no SPSS® (*Statistical Package for Social Science*) 15.0, tendo em conta a natureza das variáveis envolvidas.

Foi realizada uma análise exploratória em termos de tabelas de frequências e gráficos. Utilizou-se o teste do “bom” ajuste do qui-quadrado (χ^2) para a comparação de mais do que duas proporções, e, o teste de associação do qui-quadrado para avaliar a relação entre variáveis.

Para relacionar alguns itens do questionário e do guia de observação, efectuaram-se testes de comparação de duas proporções, para procurar relacionar os aspectos mais relevantes a ter em conta no uso de luvas, no que é referido no questionário e observado pelo guia implementado.

A regra de decisão adoptada foi considerar evidencia estatisticamente significativa para 5%.

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 – DADOS REFERENTES AO GUIA DE OBSERVAÇÃO

Nos gráficos 1 a 10, encontram-se ilustradas todas as distribuições de acordo com os itens do guia de observação.

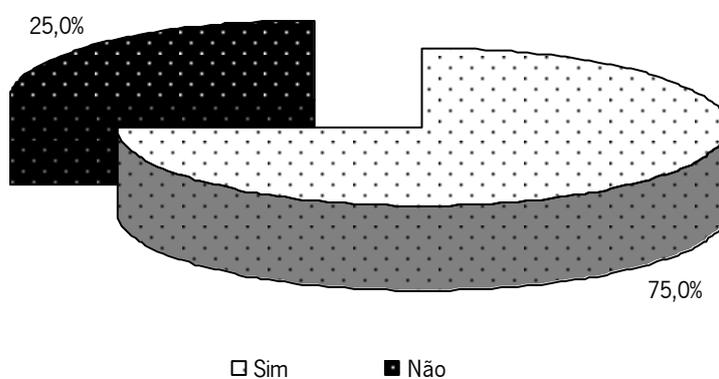


Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o uso de luvas

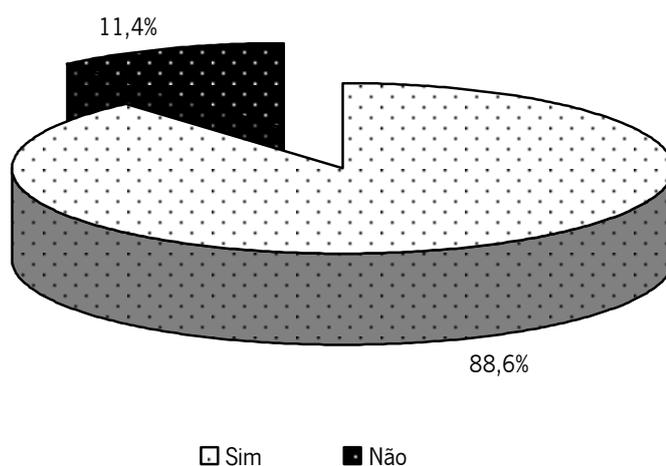


Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo a adequação do tipo de luvas utilizado

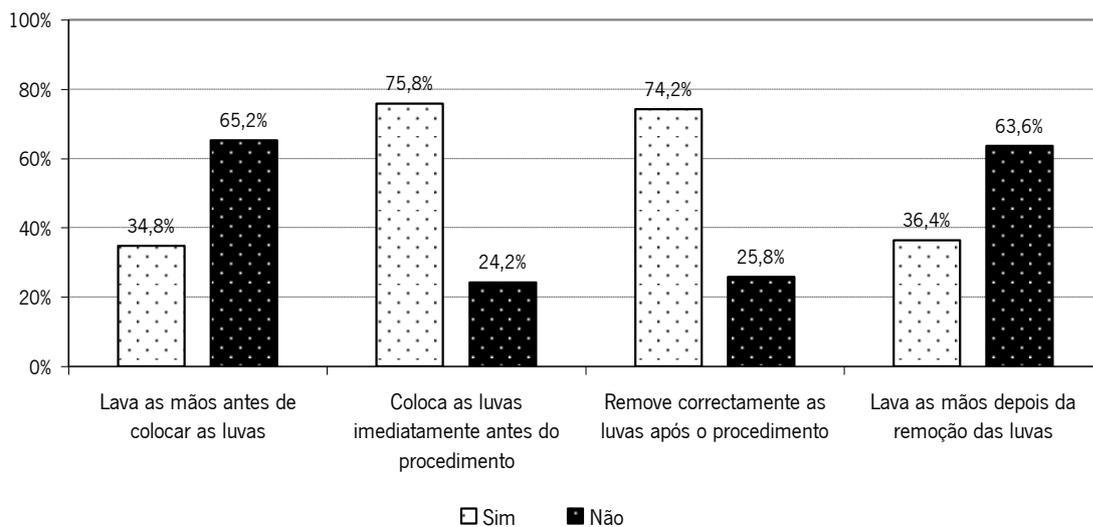


Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo o cumprimento dos princípios inerentes ao uso de luvas

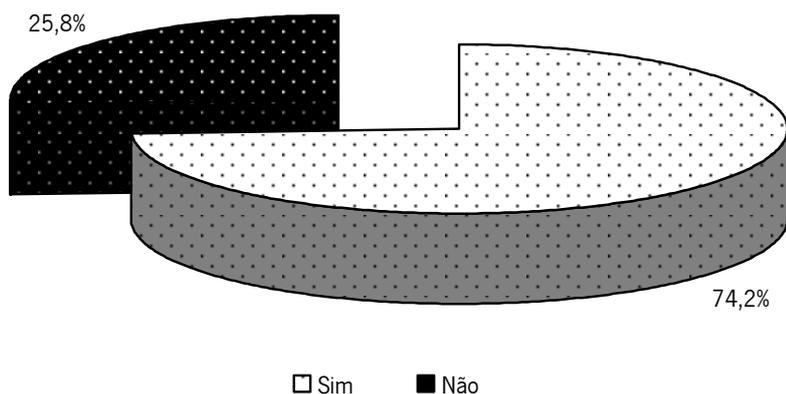


Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo o uso de luvas diferentes para procedimentos diferenciados no mesmo doente

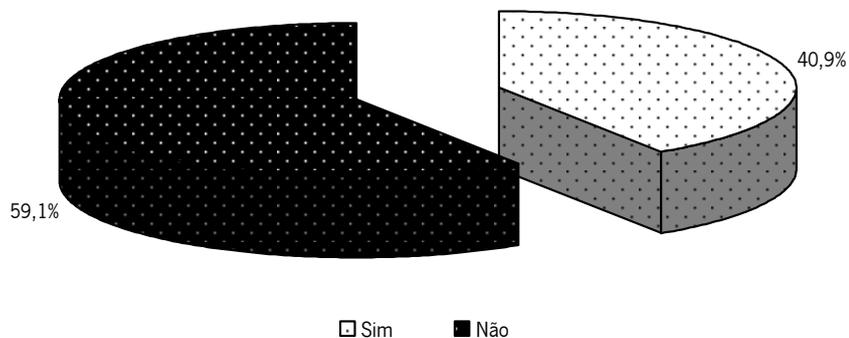


Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo a utilização das mesmas luvas para o desempenho de outras actividades

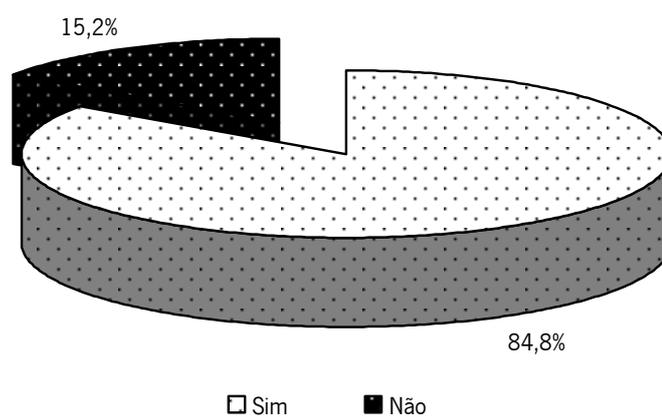


Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo o acto de retirar as luvas dentro da enfermaria quando terminado o procedimento

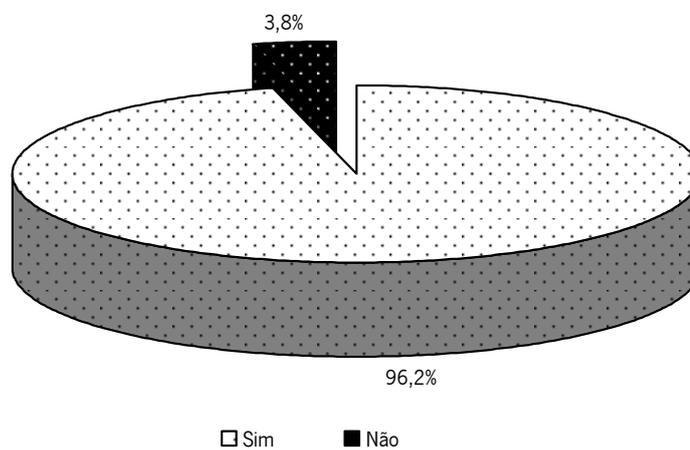


Gráfico 7 – Distribuição dos enfermeiros segundo o uso individualizado de luvas

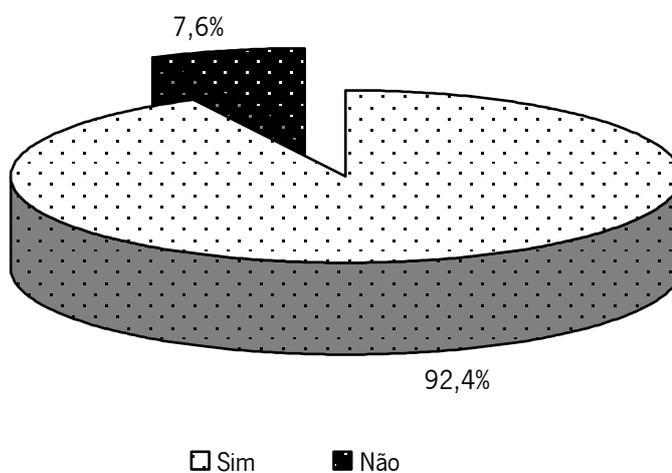


Gráfico 8 – Distribuição da disponibilidade de luvas adequadas aos procedimentos

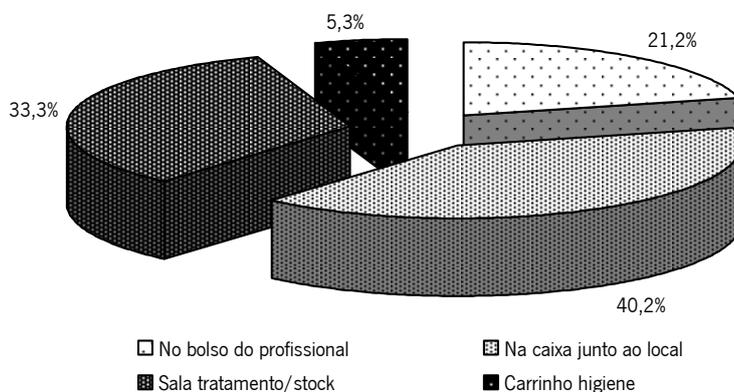


Gráfico 9 – Distribuição dos enfermeiros segundo o local onde obtiveram as luvas utilizadas

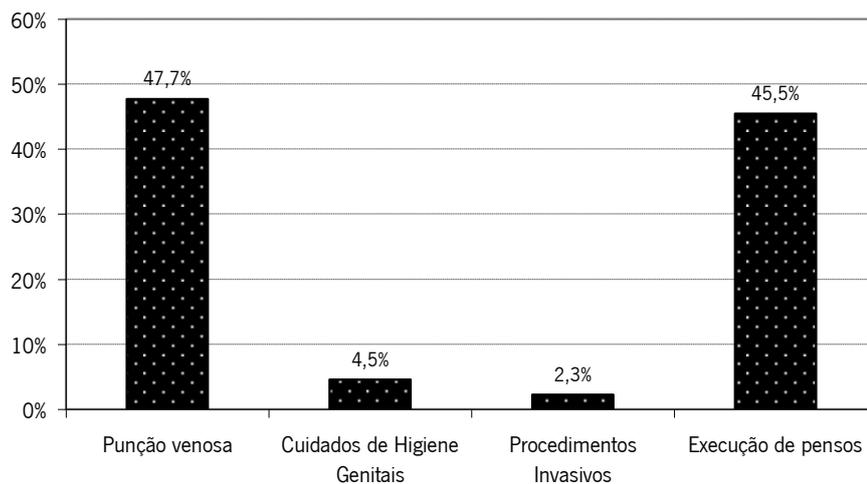


Gráfico 10 – Distribuição dos enfermeiros que não usam luvas segundo o tipo de procedimento observado

Nos gráficos 11 a 15, encontra-se ilustrada a análise da relação entre alguns itens do guia de observação.

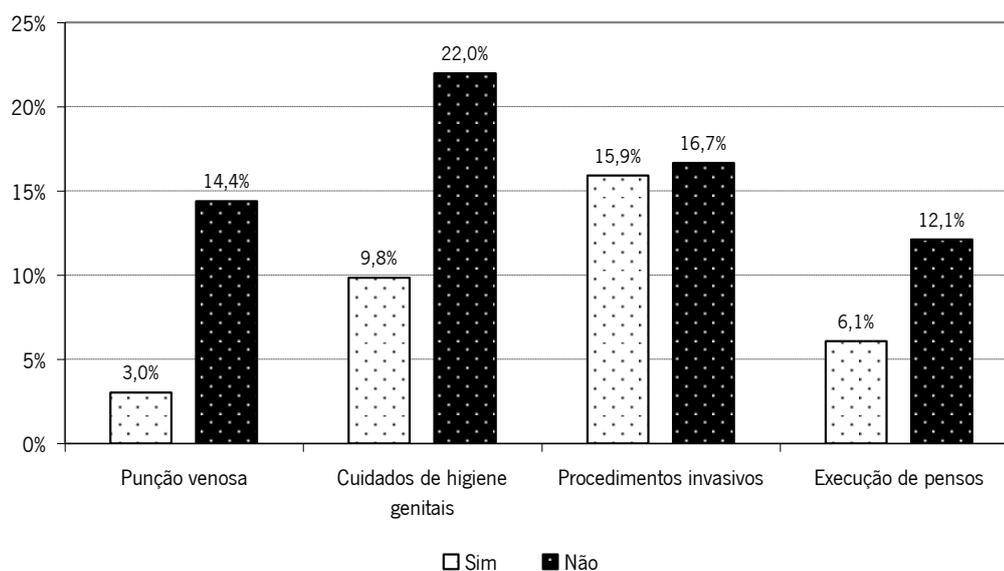


Gráfico 11 – Relação entre o tipo de procedimento e o princípio de lavar as mãos antes de colocar as luvas

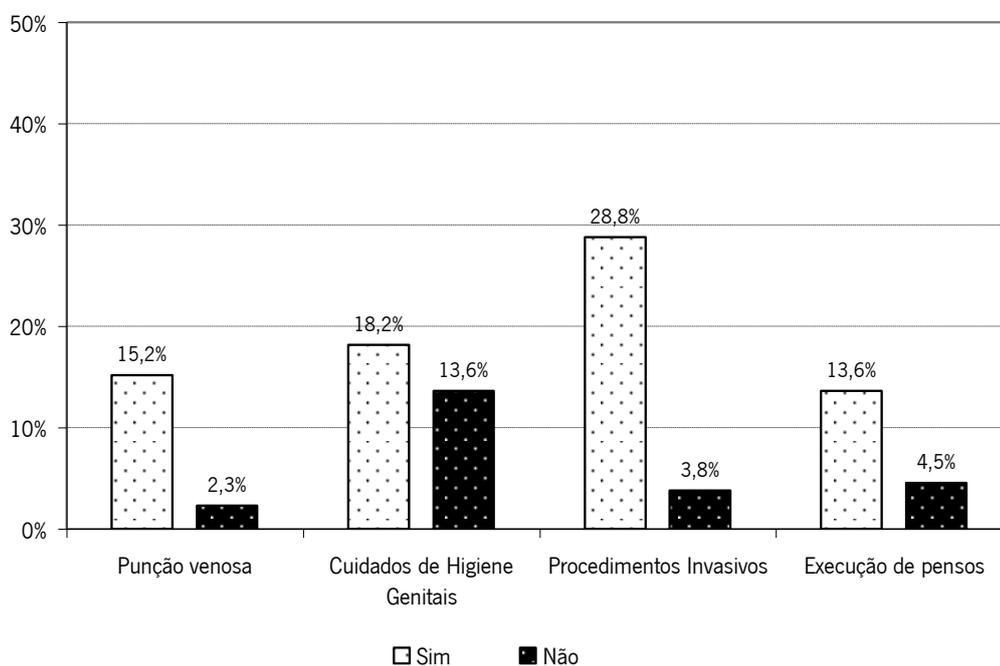


Gráfico 12 – Relação entre o tipo de procedimento e o princípio de colocar as luvas imediatamente antes deste

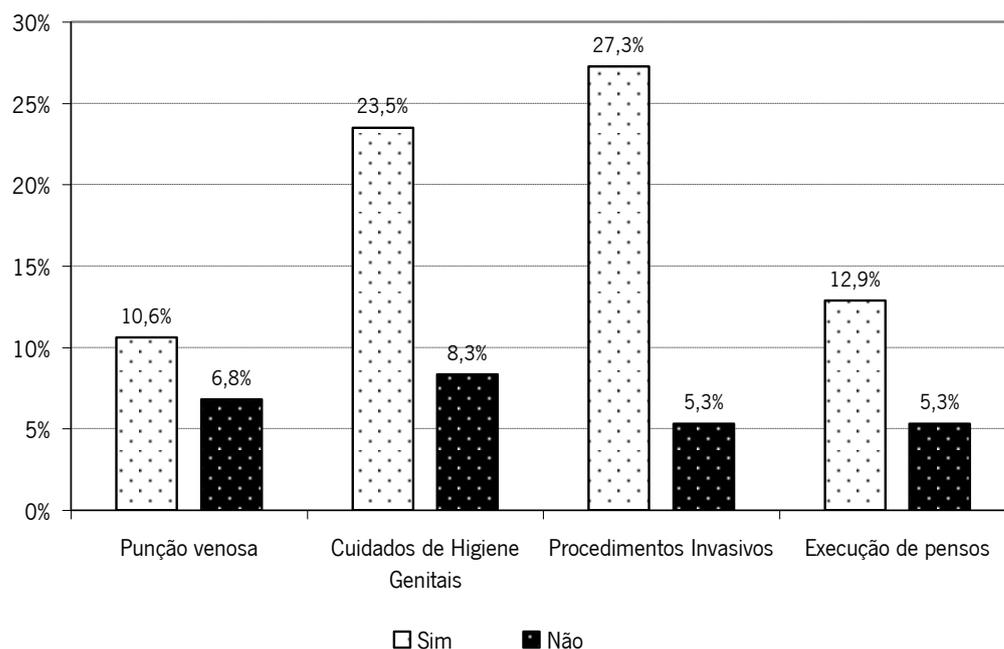


Gráfico 13 – Relação entre o tipo de procedimento e o princípio de remover correctamente as luvas após o mesmo

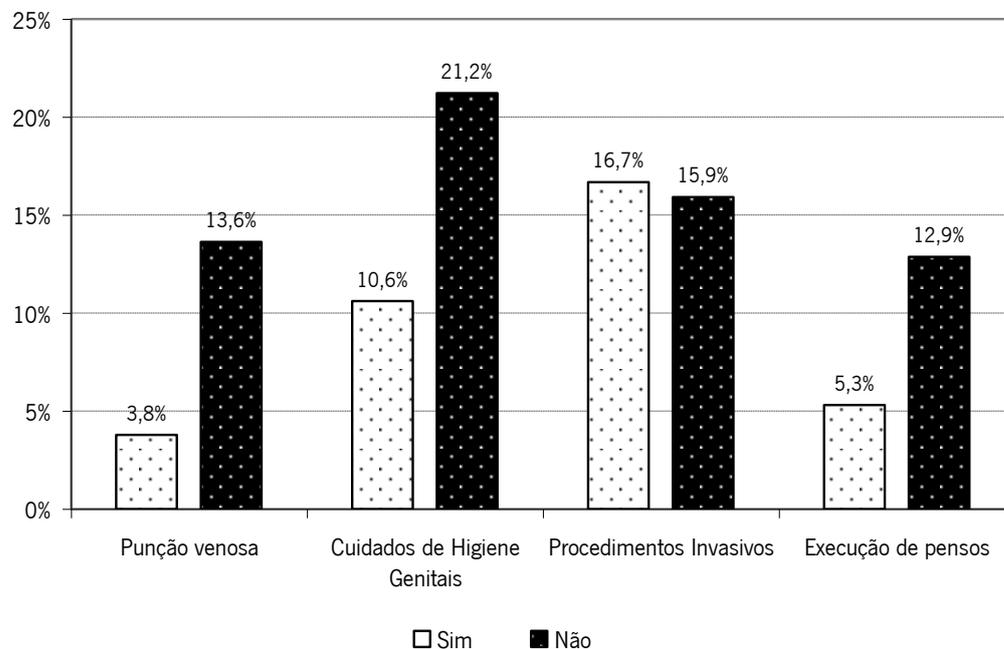


Gráfico 14 – Relação entre o tipo de procedimento e o princípio de lavar as mãos depois da remoção das luvas

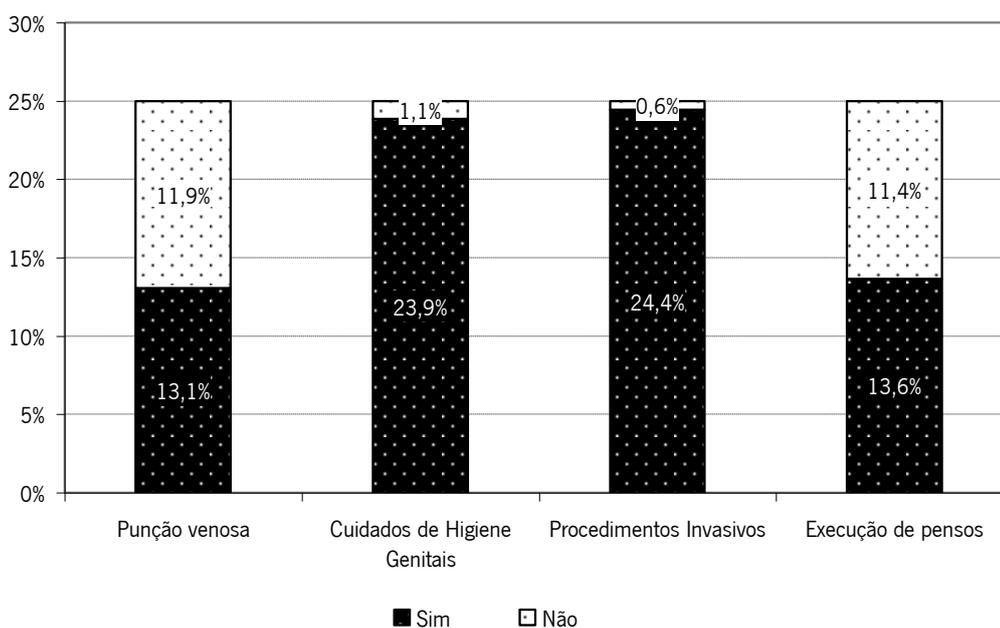


Gráfico 15 – Relação entre o tipo de procedimento e o uso de luvas

5.2 – DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO

A primeira secção do questionário contempla uma série de questões que caracterizam variáveis demográficas e profissionais relativas aos enfermeiros respondentes. Apresentam-se de seguida, graficamente, os resultados:

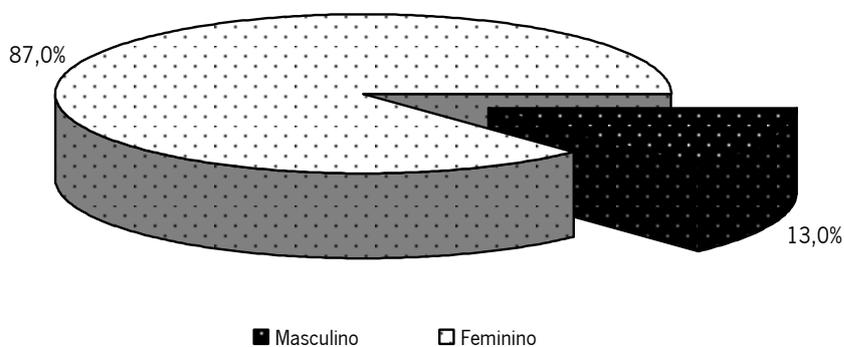


Gráfico 16 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo

Relativamente aos dados representados no gráfico 16, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2=59,259$, g.l=1, $p<0,05$).

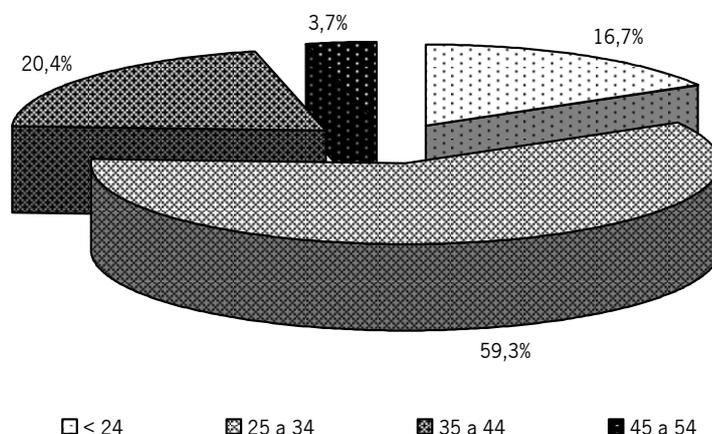


Gráfico 17 – Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário

Relativamente aos dados representados no gráfico 17, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2=74,222$, g.l=3, $p<0,05$).

A idade varia entre os 23 e os 49 anos, a média de idade é de 30,8 anos e o desvio padrão de 6,3 anos.

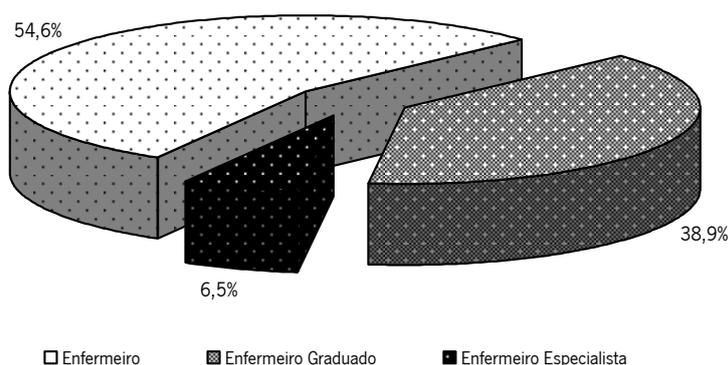


Gráfico 18 – Distribuição dos enfermeiros segundo a categoria profissional

Relativamente aos dados representados no gráfico 18, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2=39,056$, g.l=2, $p<0,05$).

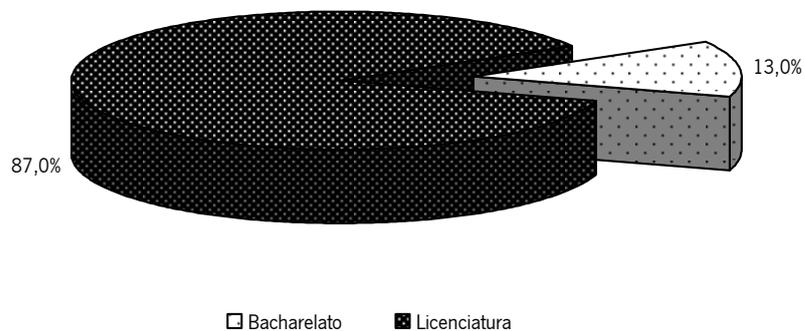


Gráfico 19 – Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações literárias

Relativamente aos dados representados no gráfico 19, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 59,259$, g.l=1, $p < 0,05$).

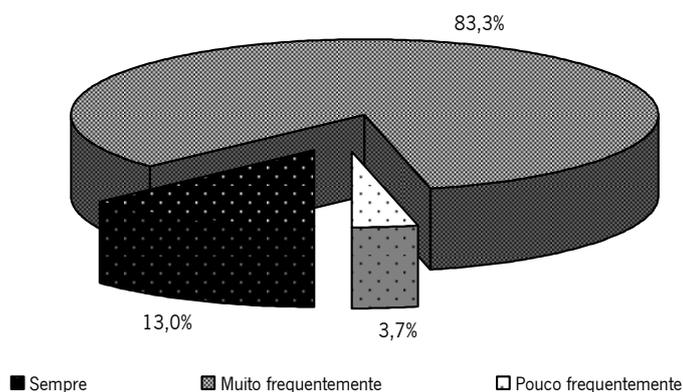


Gráfico 20 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência do uso de luvas durante o turno de trabalho

Relativamente aos dados representados no gráfico 20, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 122,889$, g.l=2, $p < 0,05$).

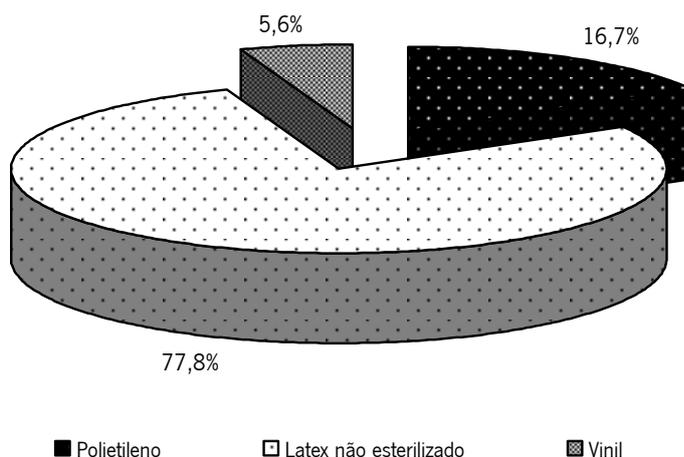


Gráfico 21 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tipo de luvas que mais utilizam

Relativamente aos dados representados no gráfico 21, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 98,000$, g.l=2, $p < 0,05$).

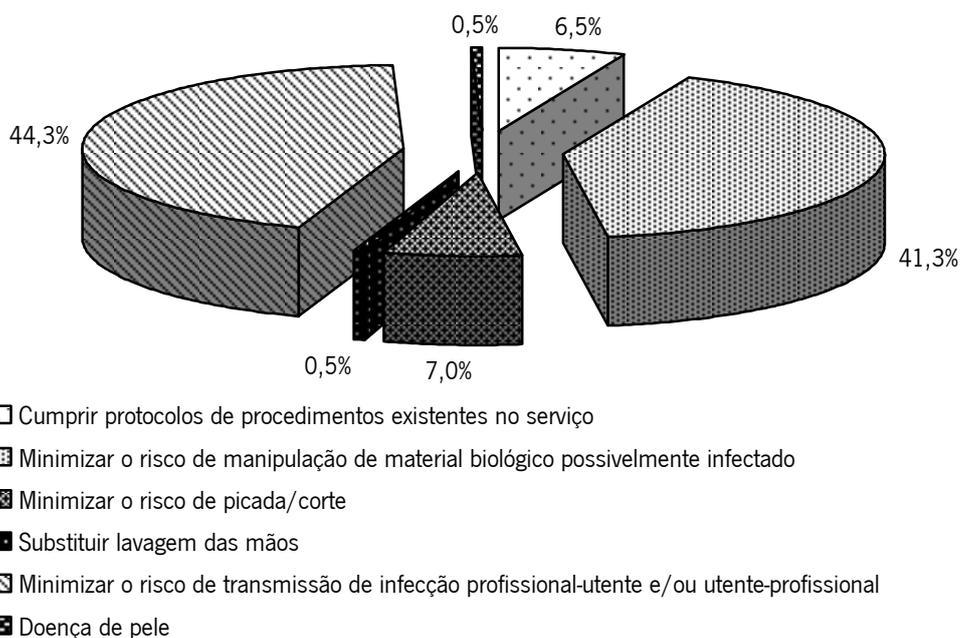


Gráfico 22 – Distribuição dos enfermeiros segundo a principal razão pela qual usam luvas

Relativamente aos dados representados no gráfico 22, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 252,045$, g.l=5, $p < 0,05$).

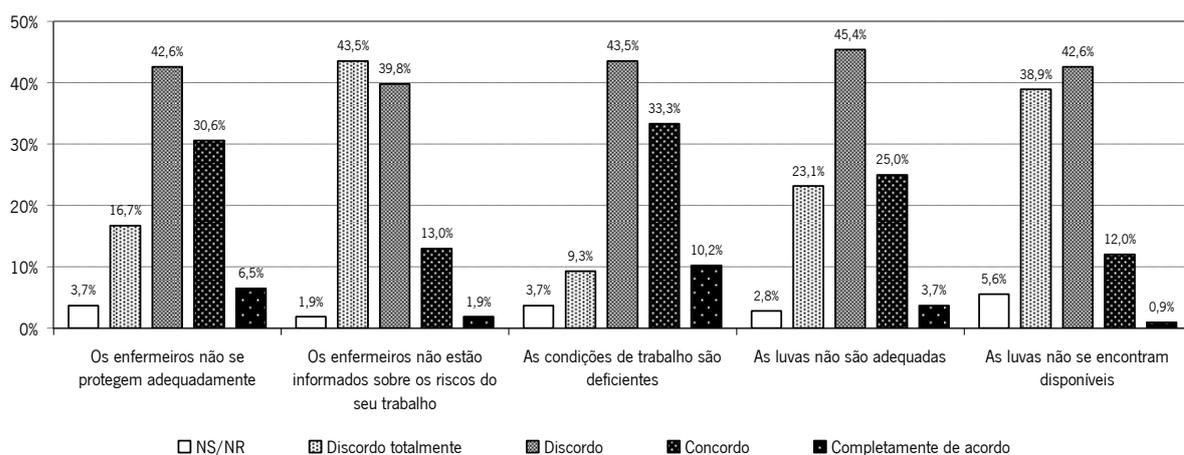


Gráfico 23 – Distribuição dos enfermeiros segundo o nível de concordância em relação a várias afirmações que podem justificar a ocorrência de doenças e/ou acidentes de trabalho

Relativamente aos dados representados no gráfico 23:

- Para a afirmação “Os enfermeiros não se protegem adequadamente” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 58,389$, g.l=4, $p < 0,05$).
- Para a afirmação “Os enfermeiros não estão informados sobre os riscos do seu trabalho” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 89,315$, g.l=4, $p < 0,05$).
- Para a afirmação “As condições de trabalho são deficientes” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 65,241$, g.l=4, $p < 0,05$).
- Para a afirmação “As luvas não são adequadas” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 67,000$, g.l=4, $p < 0,05$).
- Para a afirmação “As luvas não se encontram disponíveis” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 81,167$, g.l=4, $p < 0,05$).

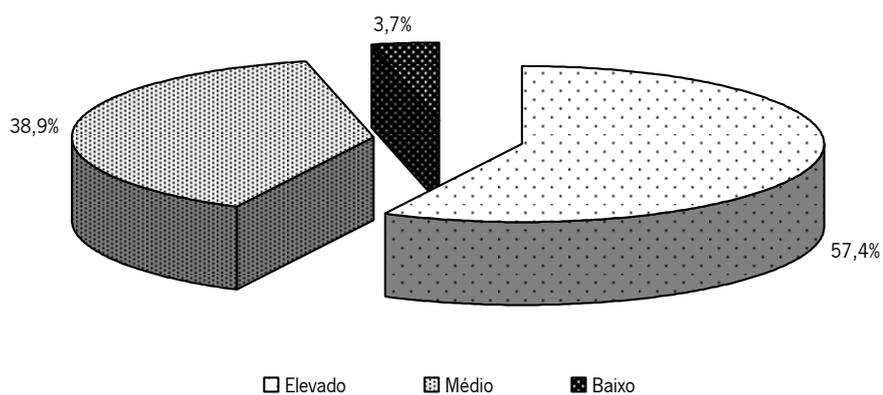


Gráfico 24 – Distribuição dos enfermeiros segundo a classificação do risco da não utilização de luvas

Relativamente aos dados representados no gráfico 24, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 48,222$, g.l=2, $p < 0,05$).

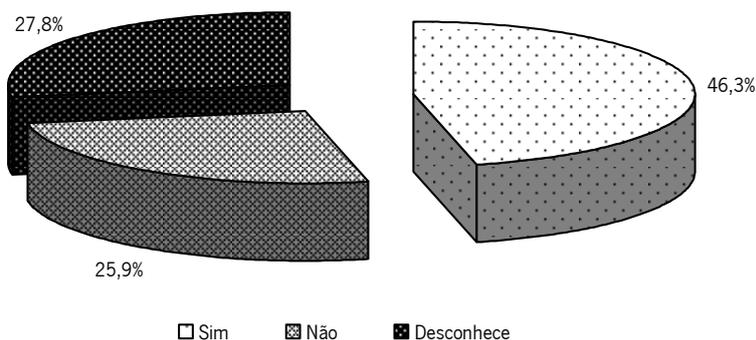


Gráfico 25 – Distribuição dos enfermeiros segundo o conhecimento da existência no serviço de procedimentos sobre quando e como utilizar luvas

Relativamente aos dados representados no gráfico 25, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 8,222$, g.l=2, $p < 0,05$).

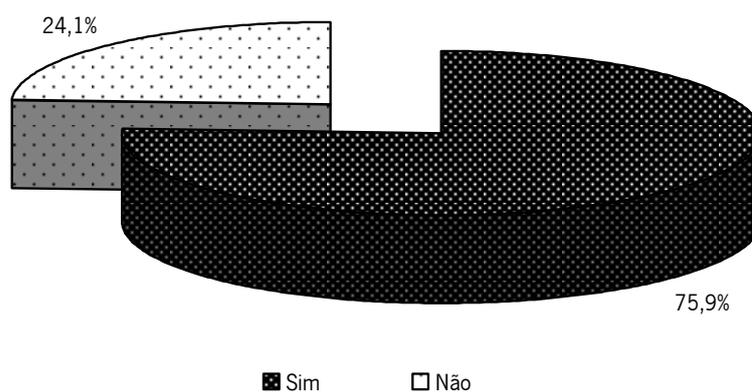


Gráfico 26 – Distribuição dos enfermeiros segundo a opinião em relação à adequação das luvas de que dispõem aos procedimentos

Relativamente aos dados representados no gráfico 26, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 29,037$, g.l=1, $p < 0,05$).

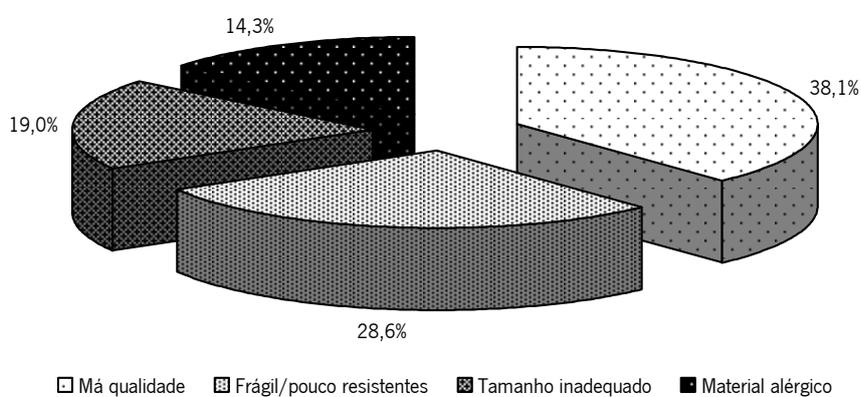


Gráfico 27 – Distribuição dos enfermeiros segundo o motivo pelo qual consideram inadequadas aos procedimentos as luvas de que dispõem

Relativamente aos dados representados no gráfico 27, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 2,810$, g.l=3, $p < 0,05$).

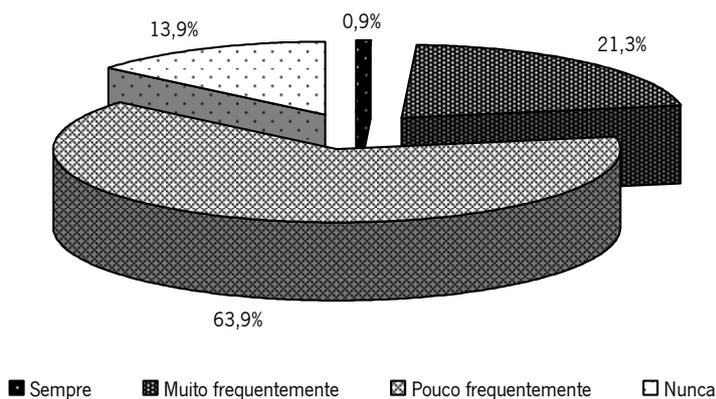


Gráfico 28 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que as luvas lhes dificultam o trabalho

Relativamente aos dados representados no gráfico 28, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 96,296$, g.l=3, $p < 0,05$).

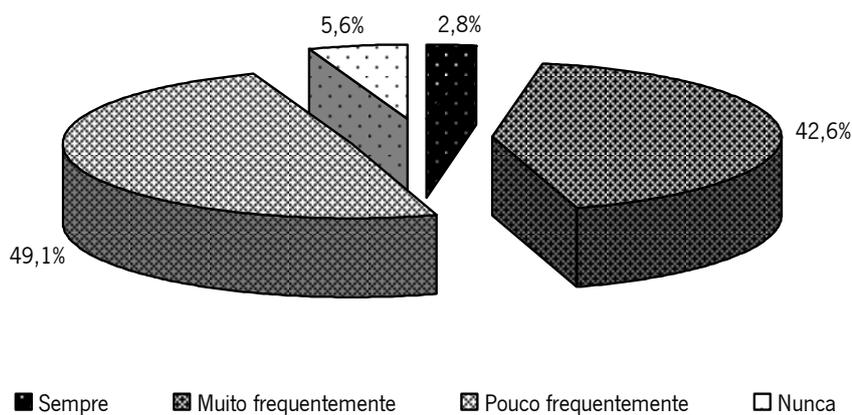


Gráfico 29 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que as luvas são consideradas desconfortáveis

Relativamente aos dados representados no gráfico 29, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 76,074$, g.l=3, $p < 0,05$).

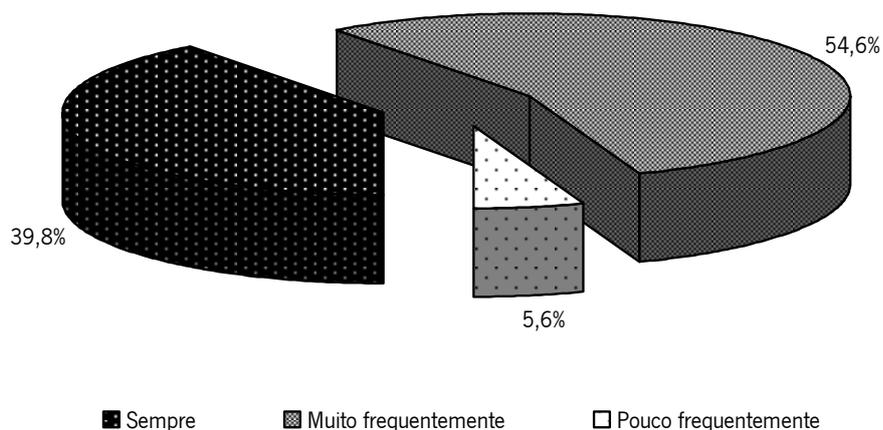


Gráfico 30 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que as luvas são consideradas disponíveis em caso de necessidade

Relativamente aos dados representados no gráfico 30, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 41,056$, g.l=2, $p < 0,05$).

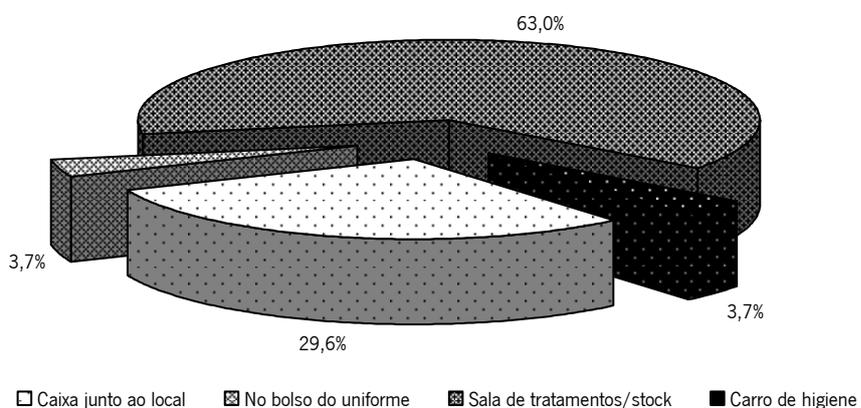


Gráfico 31 – Distribuição dos enfermeiros segundo o local onde na maior parte das vezes obtêm as luvas

Relativamente aos dados representados no gráfico 31, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 102,370$, g.l=3, $p < 0,05$).

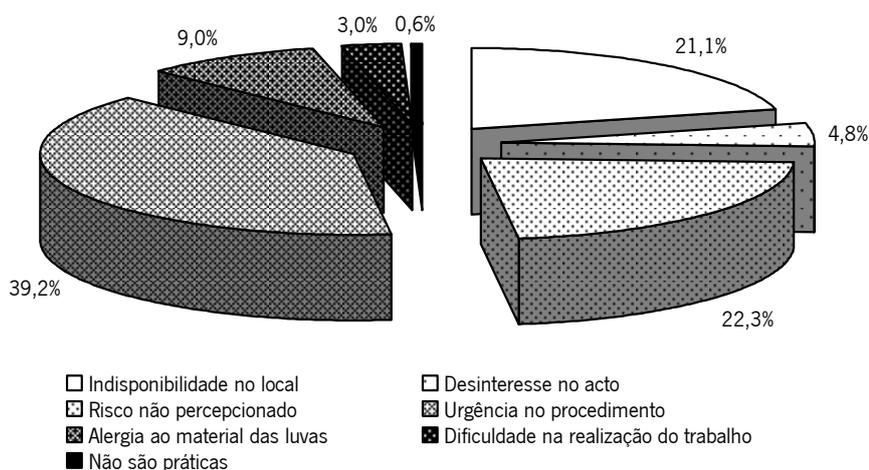


Gráfico 32 – Distribuição dos enfermeiros segundo os motivos pelos quais, sendo necessário, não recorrem ao uso de luvas

Relativamente aos dados representados no gráfico 32, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 134,831$, g.l=6, $p < 0,05$).

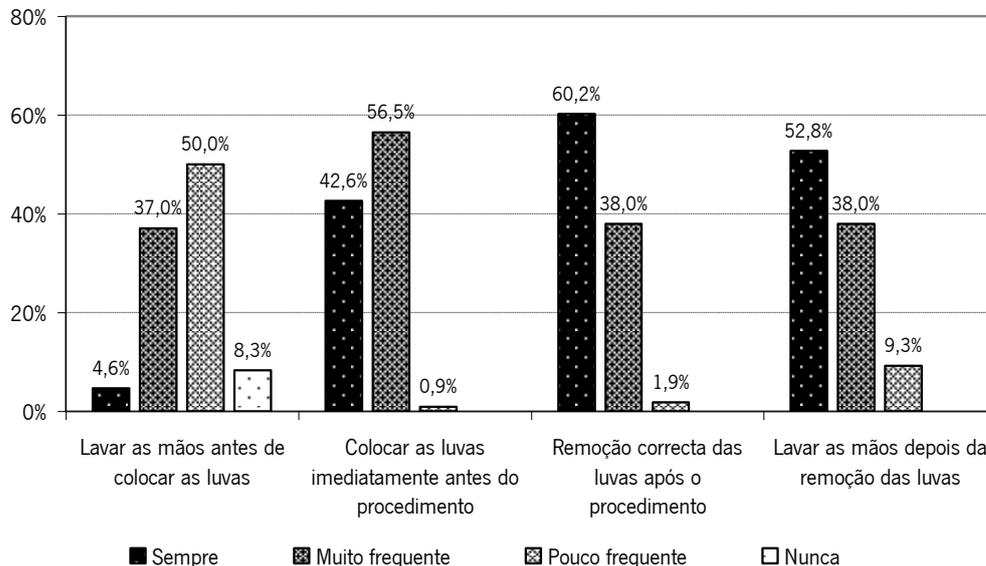


Gráfico 33 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência de cumprimento dos princípios inerentes ao uso de luvas

Relativamente aos dados representados no gráfico 33:

- Para o princípio “Lavar as mãos antes de colocar as luvas” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 63,185$, g.l=3, $p < 0,05$).

- Para o princípio “Colocar as luvas imediatamente antes do procedimento” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 54,167$, g.l=2, $p < 0,05$).
- Para o princípio “Remoção correcta das luvas após o procedimento” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 56,167$, g.l=2, $p < 0,05$).
- Para o princípio “Lavar as mãos depois da remoção das luvas” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 31,722$, g.l=2, $p < 0,05$).

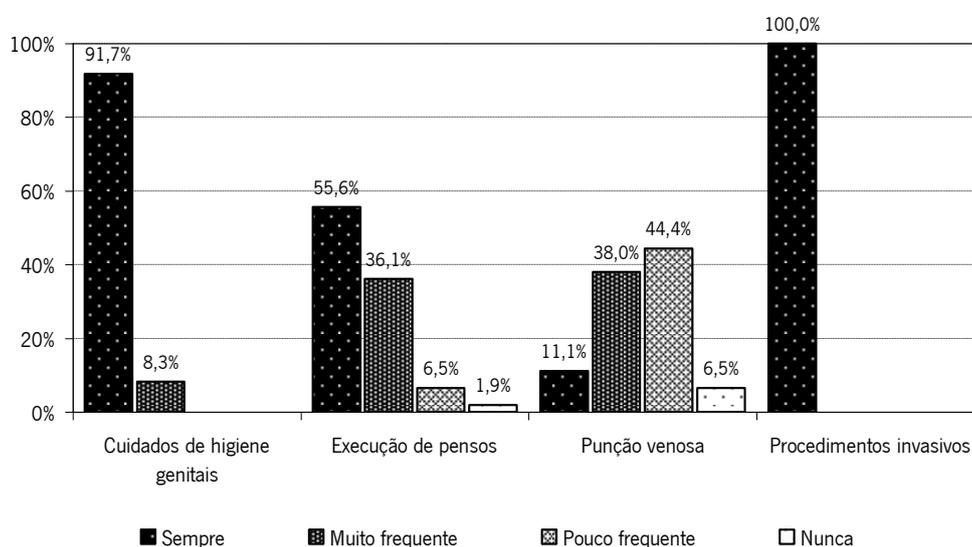


Gráfico 34 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência do uso de luvas nos vários procedimentos

Relativamente aos dados representados no gráfico 34:

- Para o procedimento “Cuidados de higiene genitais” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 75,000$, g.l=1, $p < 0,05$).
- Para o procedimento “Execução de pensos” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 83,630$, g.l=3, $p < 0,05$).
- Para o procedimento “Punção venosa” foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 46,741$, g.l=3, $p < 0,05$).

Neste estudo definiu-se como procedimentos invasivos as técnicas de algaliação, entubação nasogástrica e aspiração de secreções.

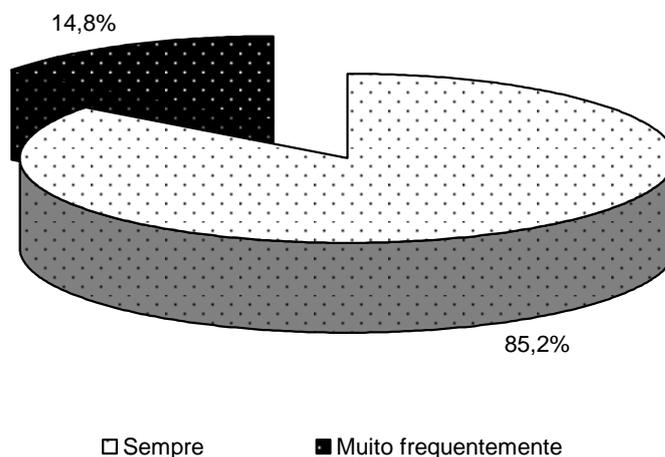


Gráfico 35 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que têm em conta o uso individualizado de luvas

Relativamente aos dados representados no gráfico 35, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 53,481$, g.l=1, $p < 0,05$).

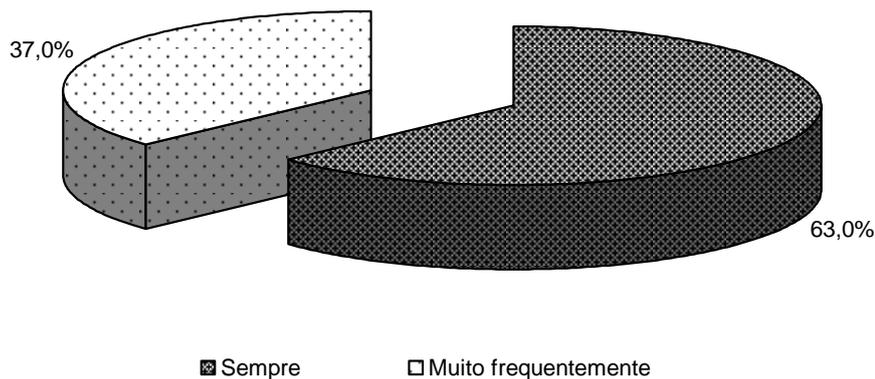


Gráfico 36 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que trocam de luvas quando interrompem o procedimento e saem do local

Relativamente aos dados representados no gráfico 36, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 7,259$, g.l=1, $p < 0,05$).

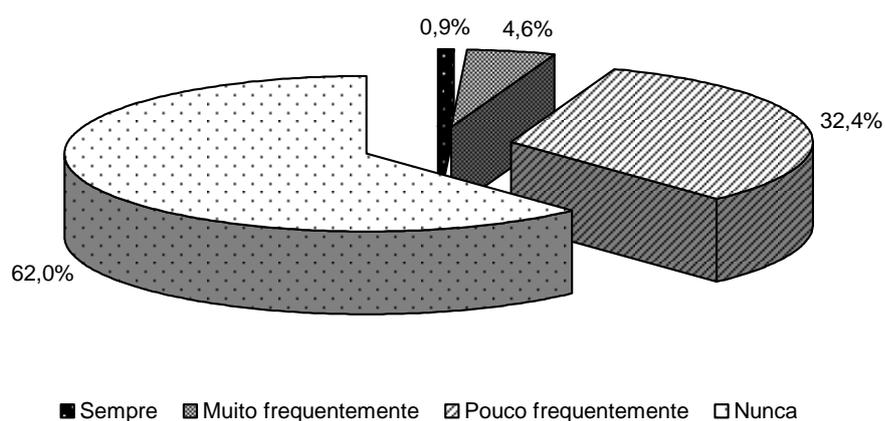


Gráfico 37 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que utilizam as mesmas luvas para o desempenho de outras actividades

Relativamente aos dados representados no gráfico 37, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 104,593$, g.l=3, $p < 0,05$).

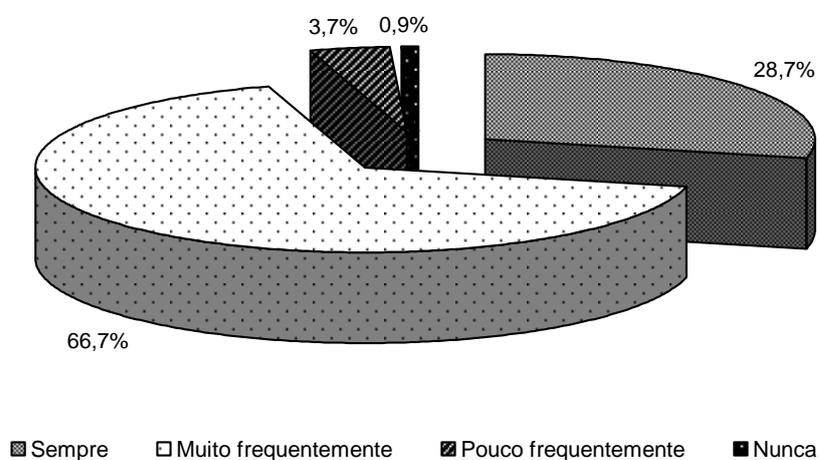


Gráfico 38 – Distribuição segundo a opinião dos enfermeiros relativamente à frequência com que os colegas utilizam luvas aquando dos procedimentos

Relativamente aos dados representados no gráfico 38, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 120,222$, g.l=3, $p < 0,05$).

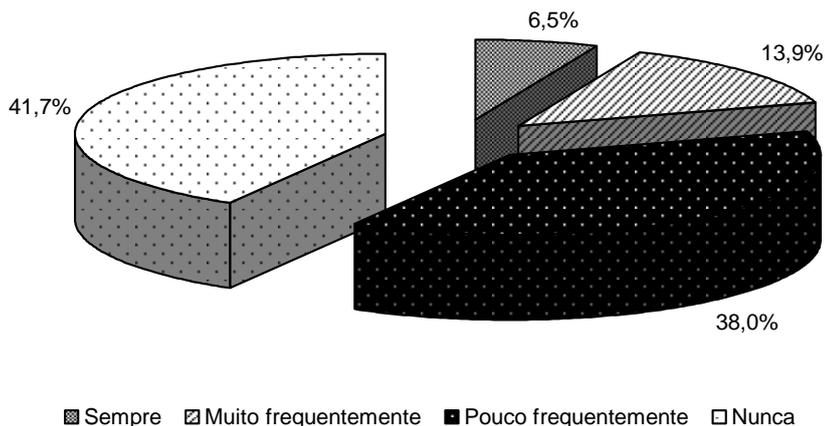


Gráfico 39 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frequência com que as suas chefias e/ou colegas têm alguma influência no modo como recorrem ao uso de luvas

Relativamente aos dados representados no gráfico 39, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 39,407$, g.l=3, $p < 0,05$).

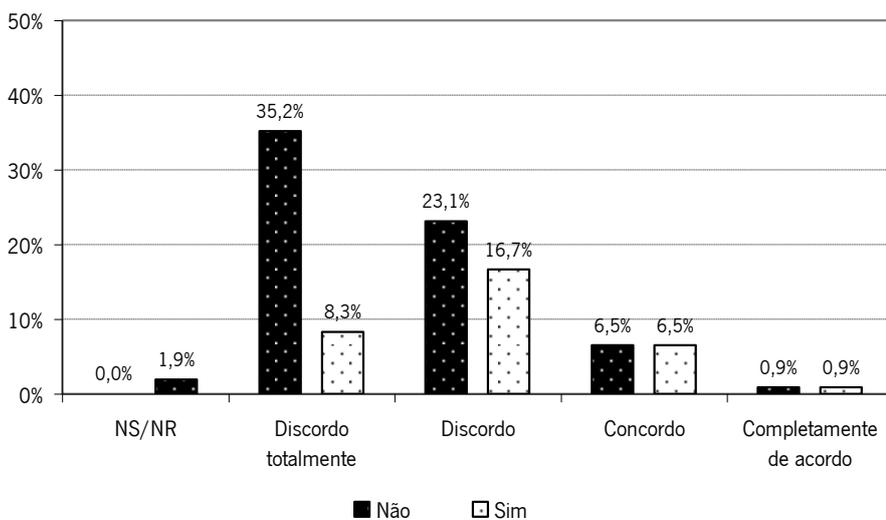


Gráfico 40 – Relação entre o nível de concordância com a afirmação "Os enfermeiros não estão informados sobre os riscos do seu trabalho" e o motivo assinalado para o não uso de luvas "Risco não percebido"

Relativamente aos dados representados no gráfico 40, foi efectuado o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 11,466$, g.l=4, $p < 0,05$).

¹ 5 células (50%) têm valor esperado inferior ou igual a 5.

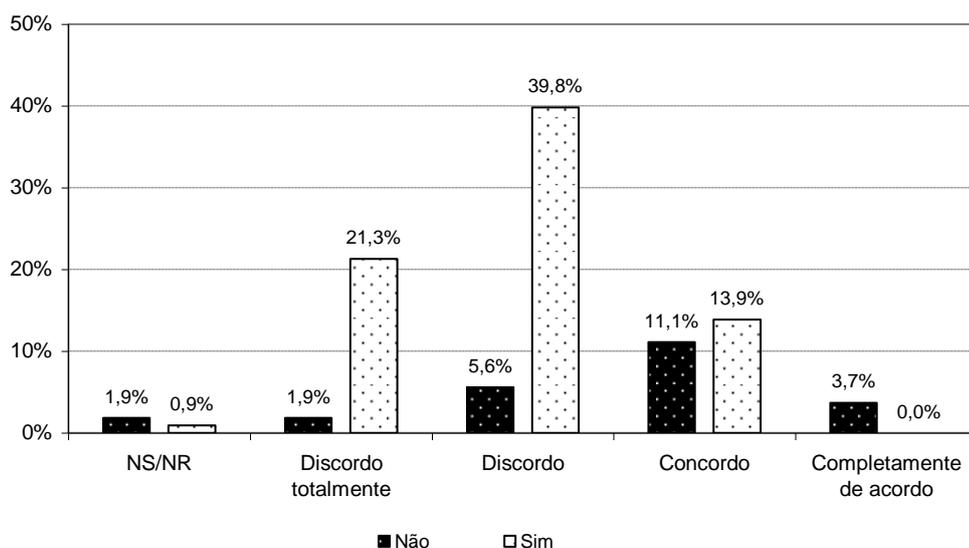


Gráfico 41 – Relação entre o nível de concordância com a afirmação "As luvas não são adequadas" e a opinião relativa à adequação das luvas de que dispõem aos procedimentos

Relativamente aos dados representados no gráfico 41, foi efectuado o teste de qui-quadrado² ($\chi^2 = 29,007$, g.l=4, $p < 0,05$).

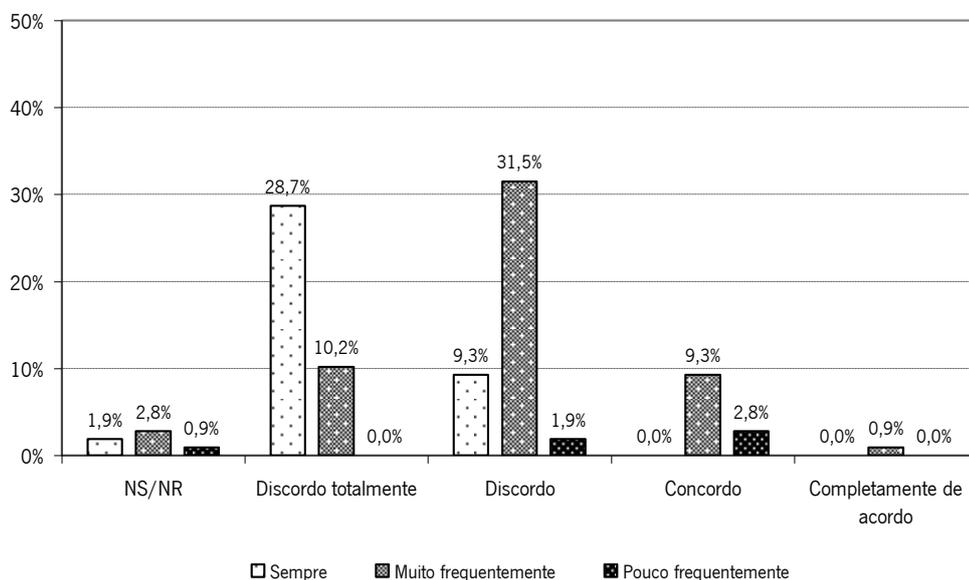


Gráfico 42 – Relação entre o nível de concordância relativo à afirmação "As luvas não se encontram disponíveis" e a frequência com que consideram ter luvas disponíveis

² 4 células (40%) têm valor esperado inferior ou igual a 5.

Relativamente aos dados representados no gráfico 42, foi efectuado o teste de qui-quadrado³ ($\chi^2=43,562$, g.l=8, $p<0,05$).

³ 9 células (60%) têm valor esperado inferior ou igual a 5.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Conforme referido anteriormente, no presente capítulo, pretende-se analisar e discutir os resultados obtidos com a aplicação do guia de observação e do questionário.

Da análise dos questionários verificou-se que a grande maioria (87%) dos enfermeiros respondentes são do sexo feminino e os restantes (13%) do sexo masculino, o que já era esperado, uma vez que o contingente dos profissionais de enfermagem, em geral, continua a ser essencialmente constituído por mulheres.

Por se verificar uma elevada dispersão dos efectivos relativamente à idade, procedeu-se à recodificação dessa variável e ao seu agrupamento por faixas etárias. Verificou-se que os profissionais com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos são os mais representativos, com 59,3% do total da amostra, seguidos dos profissionais com idades compreendidas entre os 35 e 44 anos de idade, que representam 20,4%.

No que se refere à categoria profissional, a percentagem de profissionais, que responderam ao questionário, pertencentes à categoria de enfermeiro é a de maior representatividade, 54,6%, seguida da dos enfermeiros graduados, 38,9% e por último pela categoria dos enfermeiros especialistas, 6,5%. Relativamente às duas primeiras categorias, interessa realçar que os papéis de uns e de outros, no contexto em que o estudo foi desenvolvido, são indiferenciados.

O facto de as especialidades de enfermagem estarem a passar por um processo de reestruturação desde o ano 2000 e de as administrações hospitalares não incentivarem a especialização desses profissionais, poderá em parte, explicar os dados obtidos. Outros aspectos relevantes têm a ver com o congelamento das progressões na carreira, o qual se verificou em Agosto de 2005 e que, de algum modo, pode justificar a maior percentagem de elementos pertencentes à categoria de enfermeiro. Acresce o facto de os serviços de medicina serem, por tradição, o local de início de funções de maior

parte dos enfermeiros recém-formados e, por isso, pertencentes a essa mesma categoria profissional, bem como a faixas etárias mais baixas, tal como anteriormente constatado.

No que respeita às habilitações literárias, a maioria dos enfermeiros (87%), que responderam ao questionário, possui licenciatura, o que provavelmente se deve ao facto de o curso de enfermagem ter passado, recentemente, a ser uma licenciatura e à obrigatoriedade, imposta pela Ordem dos Enfermeiros, de os enfermeiros possuidores de bacharelato terem que completar a licenciatura até final de 2007.

Relativamente à frequência do uso de luvas pelos enfermeiros, durante um turno de trabalho, a maioria (83,3%) diz usar as mesmas muito frequentemente e 13% sempre. Tal constatação pode ficar a dever-se ao facto de existir um grande número de actividades de prestação directa de cuidados que preenchem um turno de trabalho do enfermeiro, em que, devido aos riscos decorrentes desses cuidados, se justifica o uso de luvas. Um aspecto que contribui para tal é o facto de os serviços de medicina serem habitualmente ocupados, maioritariamente, por doentes com elevado grau de dependência nos cuidados, exigindo, por isso, contactos mais intensos e directos por parte dos enfermeiros.

De facto, a actividade de enfermagem pressupõe um contacto frequente e contínuo com os utentes, também eles em situação de risco. Mais do que o contacto com a pessoa, os enfermeiros contactam com os seus fluidos corporais, veículo de transporte de potenciais microrganismos patogénicos. O risco de contágio está quase sempre presente, daí a necessidade de se criar uma forma de estar e de ser diferente, voltada para a protecção e prevenção, adoptando medidas simples, na prática quotidiana, e não apenas nas situações mais evidentes de risco.

De algum modo, os resultados do presente estudo corroboram as directrizes emanadas da DGS (2006a), segundo as quais, dado o grau de incerteza relativamente à presença e/ou tipo de agentes biológicos existentes, deverão os profissionais adoptar uma atitude de autoprotecção constante e desenvolver hábitos de trabalho seguros, devendo adoptar, como prática de rotina, um conjunto de procedimentos que se designa por “precauções universais ou padrão”, e que englobam, entre outros, aspectos relativos às barreiras de protecção, nomeadamente o uso de luvas.

Os resultados obtidos neste estudo vão também de encontro aos obtidos no estudo de âmbito nacional, realizado no ano de 1997, sobre os recursos e as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses.

Nesse estudo, no que se refere ao âmbito hospitalar, verificou-se que em 97,5% dos serviços de medicina, os enfermeiros utilizavam “sempre” ou “quase sempre” luvas na prestação de cuidados aos doentes (Carapinheiro, 1997).

Segundo um estudo recente, realizado por Barroso et al. (2008,p.77), na unidade hospitalar em estudo, entre 50 e 75% do tempo de turno de trabalho dos enfermeiros é dedicado à execução de actividades (mobilização e tratamento de doentes, assistência e higiene). Segundo os autores, este padrão é mais representativo do turno da manhã e é variável não em função da carga de trabalho ou lotação do serviço, mas também entre diferentes categorias profissionais.

Embora seja conhecida a natureza da prestação de cuidados de saúde, torna-se essencial fazer uma gestão adequada do risco associado aos diversos tipos de cuidados e procedimentos a fim de se tomar a decisão se é ou não necessário utilizar luvas e, quando indicado, seleccionar a luva que maior segurança confere.

Neste estudo, a maioria dos enfermeiros (77,8%) refere que o tipo de luvas que mais utiliza é as de látex (não esterilizadas), seguido das de polietileno (16,7%) e de vinil (5,6%). De acordo com Wilson (2003), as luvas de látex são também o tipo mais utilizado, sendo-lhe atribuído, como pontos fortes, a adaptabilidade às mãos e conseqüente adequação às técnicas, mesmo as que exigem alto grau de destreza, propriedades de resistência à perfuração e, entre outras, o facto de serem auto-estanques. Dado que, na maior parte das situações, o objectivo é proteger as mãos da contaminação, segundo vários autores é suficiente usar luvas de látex não esterilizadas (Pina, 2006; Pauchet-Traversat, 2003).

Relativamente às luvas de polietileno, apesar de 16,7% dos enfermeiros questionados admitirem ser o tipo de luvas que mais utilizam, não se consideram indicadas para uso na prática clínica porque danificam-se com muita facilidade e não conferem a protecção desejada. Servem apenas para contactos superficiais, de curta duração, não envolvendo líquidos ou, se utilizadas sob as luvas de látex, para protecção em caso de sensibilização (Pina, 2006; Russel-Fell, 2000).

Apesar de ser menos comum, o uso de luvas de vinil foi assinalado por 5,6% dos enfermeiros como sendo o tipo de luvas que mais utilizam. Segundo Russel-Fell (2000), a reduzida espessura do material confere uma boa sensibilidade ao toque e um conforto razoável para uma ampla gama de tarefas hospitalares. Por outro lado, não são empoadas e, tratando-se de um polímero sintético, não contêm as

proteínas da borracha natural, pelo que constituem uma primeira opção nos casos de alergia ao pó ou ao próprio látex das luvas.

No contexto da prestação de cuidados de saúde, salienta-se o facto de as luvas serem usadas como equipamento de protecção dos trabalhadores, face à tipologia de riscos a que estão sujeitos, e enquanto dispositivos médicos de uso obrigatório porque inerentes às tarefas e à protecção do doente. Assim, partindo do princípio que os profissionais de enfermagem são conhecedores dos riscos do seu trabalho, bem como dos vários níveis de medidas preventivas preconizadas, nas quais se inclui a utilização de equipamentos de protecção individual, considerou-se pertinente conhecer as motivações que levam à sua adesão.

No presente estudo, da análise dos dados obtidos, concluiu-se que as principais razões pelas quais os enfermeiros usam luvas são: “minimizar o risco de transmissão de infecção profissional – utente e/ou utente – profissional” (44,3%) e “minimizar o risco de manipulação de material biológico possivelmente infectado” (41,3%). De acordo com os autores consultados, no que concerne ao uso de luvas, os seus principais objectivos consistem na protecção do doente contra a população microbiana de outras pessoas de modo a evitar infecções cruzadas, bem como protecção do pessoal contra o risco de infecções transmitidas pelo sangue e outros fluidos biológicos, microrganismos multirresistentes, entre outros (Pina, 2006, Ducelet et al., 2002).

Também para Pinho (1997), dado ser impossível ter a certeza de quem, a qualquer momento, está ou não infectado, deve agir-se considerando todos os doentes potencialmente infectados por agentes transmitidos pelo sangue e fluidos corporais, aderindo rigorosamente às precauções padrão eliminando, assim, a possibilidade de transmissão doente/trabalhador de saúde e vice-versa.

A diversa literatura consultada permite afirmar ser consensual que o uso de luvas na prestação de cuidados de saúde se deve verificar sempre que se preveja contacto com sangue ou quaisquer outros fluidos biológicos, excreções e secreções, excepto suor, sempre que haja contacto com a pele lesada ou não intacta e mucosas, sempre que as mãos ou instrumentos médicos contactem com cavidades ou tecidos estéreis, sempre que o profissional de saúde tenha a pele lesada ou não intacta, na manipulação e recolha de roupa suja e resíduos hospitalares e também na descontaminação de instrumentos para esterilização (DGS, 2006a; CCI, 2004; Santos et al., 2004; Bolander, 1998).

Sendo as recomendações dos vários autores para o uso de luvas concordantes com os principais motivos apontados pelos enfermeiros para a sua utilização, pode dizer-se que os resultados, encontrados no presente estudo, vão também de encontro aos preconizados pelos autores referidos.

Por outro lado, no estudo realizado por Zapparoli et al. (2006), constatou-se que os profissionais de saúde utilizavam luvas só quando sabiam que o diagnóstico do doente representava risco de contaminação, o que vai no sentido de considerar o seu uso apenas como protecção do profissional.

Apesar da sua pouca expressividade, considera-se curioso o facto de 7% das razões assinaladas para o uso de luvas ser “minimizar o risco de picada/corte”, na medida em que, qualquer que seja o tipo de luva usado para protecção contra risco biológico (por exemplo, látex, PVC ou polietileno), nenhum protege contra o risco de picada (Wilson, 2003).

O “cumprir protocolos de procedimentos existentes no serviço” diz respeito apenas a 6,5% das razões apontadas para o uso de luvas pelos enfermeiros, o que de algum modo confirma que mais do que seguir um conjunto de regras, que torna possível a execução de um procedimento, os enfermeiros preocupam-se com os riscos envolvidos, quer para si próprios, quer para o utente, destinatário dos seus cuidados.

É consensual que os enfermeiros são o grupo profissional que mais tempo de trabalho passa junto do doente. Aliado a este facto, salienta-se que os riscos a que está sujeito são de vária ordem, nomeadamente biológicos, psicossociais, ergonómicos, químicos e físicos, e que, em conjunto com práticas de trabalho inadequadas ou desconhecimento do risco real a que estão expostos, concorrem para que facilmente sejam vítimas de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais (Carvalho, 2008).

Relativamente à opinião dos enfermeiros, no que diz respeito à utilização de luvas, verifica-se que 59,3% discorda, total ou parcialmente, de que as doenças e/ou acidentes de trabalho acontecem porque os enfermeiros não se protegem adequadamente, sendo que apenas 37,1% concordou, em parte ou totalmente, com tal suposição. Pode assim dizer-se que no presente estudo, os enfermeiros consideram, maioritariamente, que se protegem adequadamente.

A hipótese “os enfermeiros não estão informados sobre os riscos do seu trabalho” reúne grande percentagem de discordância (83,3%). Verifica-se, ainda, que a conjugação deste resultado com o

obtido no momento do questionário, em que se pretendia que os enfermeiros indicassem o principal motivo pelo qual, não recorrem ao uso de luvas e no qual a opção “risco não percebido” obteve 22,3% de frequência de resposta, permite estabelecer uma associação, estatisticamente significativa, entre os enfermeiros que não assinalaram esta opção e a discordância demonstrada na conjectura citada. Esta constatação permite perceber que os enfermeiros consideram estar informados acerca dos riscos do seu trabalho, sendo um dos principais motivos para não usarem luvas precisamente o facto de não perceberem, momentaneamente, qualquer risco.

Este resultado vai ainda de encontro à descrição que vários autores fazem acerca da actividade de enfermagem, ao considerarem os profissionais expostos a uma grande variedade de riscos, que contribuem, de forma decisiva, para a ocorrência de acidentes e de doenças com etiologia diversa (Corte et al., 2005; Pereira et al., 2001). De facto, os enfermeiros afirmam, maioritariamente, ser conhecedores dos riscos do seu trabalho embora, segundo Veiga (2003), a circunstância de o hospital ter como objectivo “cuidar/tratar o ser humano, em situação de doença e sofrimento”, contribua para a desvalorização dos vários riscos e, por vezes, para o agravamento dos mesmos.

Para além deste facto, pela observação das práticas reais de trabalho, verifica-se que os profissionais, mesmo desempenhando idênticas funções em locais comuns, têm concepções diferentes dos riscos a que estão expostos.

Cerca de metade dos enfermeiros (52,8%) demonstrou discordar, total ou parcialmente, da hipótese de as doenças e/ou acidentes de trabalho acontecerem pelo facto de as condições de trabalho serem deficientes. No entanto, segundo a bibliografia consultada, são várias as situações de trabalho que comportam riscos, nomeadamente, sobrecarga de trabalho associada à pressão do tempo, número excessivo de doentes, altura do dia, falta de espaço e de material adequado (por exemplo, luvas), entre outras (Pina, 2006).

Relativamente à hipótese “as luvas não são adequadas”, que obteve grande percentagem de discordância (68,5%), quando comparada com a questão que pretendia perceber se os enfermeiros consideram as luvas de que dispõem adequadas aos procedimentos, verifica-se existir uma evidência, estatisticamente significativa no sentido de que estas estão relacionadas. Verifica-se também existir uma associação, estatisticamente significativa, entre os enfermeiros que consideram ter sempre, ou muito frequentemente, luvas disponíveis quando necessitam e os que discordam, totalmente ou em

parte (81,5%), de que as doenças e/ou acidentes de trabalho acontecem pelo facto de as luvas não se encontrarem disponíveis.

De acordo com a perspectiva de Robazzi et al. (1999, p.332), os profissionais de enfermagem auferem vencimentos baixos face às responsabilidades, funções e características inerentes à sua profissão, o que os leva a realizar um número de horas excessivo, quer na instituição onde exercem habitualmente as suas funções, quer em outros locais de trabalho, ultrapassando as 35 horas semanais recomendadas. Tal facto “traduz-se num desgaste físico e mental, potencializando o *stress* e a desatenção, tornando-os mais susceptíveis aos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais”.

No que concerne à classificação do risco da não utilização de luvas, e à conseqüente possibilidade de contrair doenças e/ou sofrer acidentes, a maioria (57,4%) considerou esse risco elevado e 38,9% considerou-o médio, o que, de certa forma, encontra justificação na mudança de paradigma verificada, quando se passou da adopção de precauções em determinados doentes, para a adopção de precauções em determinados cuidados, considerando assim cuidados de risco aqueles em que existe a possibilidade de contacto com sangue ou outros fluidos corporais. Estes resultados vão também ao encontro dos obtidos na questão anterior, no que diz respeito ao conhecimento que a maioria dos enfermeiros diz possuir acerca dos riscos do seu trabalho.

Estes dados confirmam ainda a opinião de Sousa et al. (1999), quando referem que no caso particular da profissão de enfermagem, o seu exercício é por todos considerado de elevado risco para a sua saúde e segurança, assim como dos utentes, destinatários dos cuidados.

Pode assim dizer-se que a adesão ao uso de EPI, por parte dos profissionais de enfermagem, tem relação com a sua percepção dos riscos a que estão expostos e com a susceptibilidade aos mesmos. As constatações empíricas efectuadas pelos autores no quotidiano profissional permitem, no entanto, dizer que existem profissionais que consideram triviais os riscos ocupacionais com material biológico, não sabendo, na sua maioria, identificar as conseqüências que resultam da inobservância das medidas de prevenção.

Relativamente à existência, nos serviços, de protocolos de procedimentos com indicações sobre quando e como utilizar luvas, 46,3% dos enfermeiros respondeu afirmativamente.

Mais significativo parece o alheamento dos profissionais de enfermagem face às questões que envolvem o conhecimento da sua existência (27,8%), bem como o facto de se ter verificado uma percentagem razoável de inquiridos (25,9%) que respondeu mesmo não existirem, quando tal não corresponde à realidade dos vários serviços onde decorreu o estudo. Com efeito, nesses serviços, para além do “Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem” editado pelo Instituto da Gestão Informática e Financeira da Saúde em 2001, existiam protocolos, quer gerais, emanados pela CCI da instituição, nomeadamente sobre higienização das mãos e uso de luvas, quer específicos, elaborados no âmbito de cada serviço, atendendo às suas especificidades e adequação às técnicas.

Considera-se porém que, a definição de procedimentos, apesar de não ser suficiente, tem uma importância relevante nas medidas de prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde, na medida em que possibilita a organização do trabalho de forma a favorecer o sistema de segurança.

Quanto à opinião dos enfermeiros acerca da adequação das luvas de que dispõem aos procedimentos, a maioria (75,9%) considera as mesmas adequadas, factor que, segundo alguns autores, é favorecedor do seu uso. A este propósito, Caixeiro (1997), considera que a luva ideal deve ser adequada à tarefa a realizar, resistente à perfuração e aos microrganismos, confortável, permitir boa sensibilidade táctil, ter baixo poder alergizante e a mais elevada relação qualidade/custo.

No presente estudo 24,1% dos enfermeiros não consideraram as luvas disponíveis adequadas, apresentando maioritariamente como justificação a má qualidade (38,1%) e o facto de serem frágeis (28,6%), motivos que, segundo o autor citado, dizem respeito essencialmente, às suas propriedades de resistência.

Os restantes alegaram ainda o facto de o tamanho ser inadequado (19%), e o material ser alérgico (14,3%).

Comparando os resultados da questão anterior com os obtidos na observação efectuada, encontra-se concordância, na medida em que se verifica existir uma considerável adequabilidade das luvas. Com efeito, em 88,6% das situações observadas, tendo em conta os princípios defendidos nas fontes bibliográficas citadas, considerou-se a escolha das luvas apropriada aos procedimentos a realizar.

No que se refere à disponibilidade de luvas adequadas para os vários procedimentos, verificou-se existir a mesma em 92,4% das situações observadas, facto que também é confirmado através do questionário, na medida em que 75,9% dos enfermeiros emitem a mesma opinião.

Quando inquiridos sobre se o uso de luvas dificulta a realização do seu trabalho, a maioria dos enfermeiros (63,9%) considerou que essa dificuldade ocorria pouco frequentemente ou era mesmo inexistente (13,9%). No entanto, uma pequena parte (21,3%) dos enfermeiros considera que as luvas dificultam o seu trabalho muito frequentemente.

Também para Pina (2006), o uso de luvas não está isento de problemas, tais como, uma diminuição da sensibilidade táctil, o que dificulta mais a execução de alguns procedimentos, aumentando o risco de picada, as perfurações existentes, deficiências na impermeabilidade, reacções de sensibilização ao látex e outros produtos constituintes das luvas.

Por outro lado, Caixeiro (1997) considera que o microclima quente e húmido (transpiração), consequência da sua utilização, assim como os microtraumatismos produzidos pelo pó, contribuem para o desenvolvimento de dermatoses profissionais e, conseqüentemente, para a fraca adesão ao seu uso.

Todavia, é curioso o facto de, no presente estudo, os enfermeiros considerarem as luvas desconfortáveis pouco frequentemente (49,1%) ou mesmo nunca (5,6%). De algum modo, estes resultados contrariam o que se verifica habitualmente, como é o caso do estudo realizado por Salavessa (2004), segundo o qual os EPI originam frequentemente desconforto, principalmente quando são usados durante longos períodos de tempo. Segundo esta autora, são conhecidos e estão bem referenciados múltiplos efeitos indesejáveis e constrangimentos diversos colocados pela sua utilização no local de trabalho e na realização das várias tarefas profissionais.

De facto, a boa adaptação dos EPI às características dos utilizadores constitui um factor importante para a sua aceitação. Há poucas hipóteses de que um EPI que não responda às necessidades dos utilizadores ou que seja desconfortável, seja utilizado de acordo com o prescrito (Herrick, 2000).

A grande maioria dos enfermeiros (94,4%) considerou ter sempre, ou muito frequentemente, luvas disponíveis quando necessita, o que segundo Clark et al. cit. por Pina (2007,p.14) constitui razão

suficiente para o seu uso. Este autor considera que: “ (...) para que qualquer política relacionada com o uso de EPI tenha eficácia é necessário que os respectivos equipamentos estejam disponíveis (...)”.

O facto de os enfermeiros inquiridos considerarem ter luvas disponíveis, quando necessitam, confirma, de certo modo o sentido de resposta no item que obteve fraca concordância quando lhes foi perguntado se as doenças e/ou acidentes de trabalho acontecem pelo facto de as luvas não se encontrarem disponíveis.

Ainda relativamente ao aspecto da disponibilidade, mais propriamente, quanto ao local onde na maior parte das vezes os enfermeiros obtêm as luvas, no presente estudo, verificou-se que 63% dos enfermeiros referem obter as luvas na sala de tratamentos/stock, e com relativa frequência (29,6%) na caixa junto ao local onde se realiza o procedimento.

Todavia é neste último local que, aquando das observações efectuadas, se constatou que os enfermeiros, com maior frequência, obtêm as luvas (40,2%) e, seguidamente, na sala de tratamentos/stock (33,3%).

No que diz respeito ao aspecto da disponibilidade, segundo Wilson (2003), as caixas de luvas deverão estar em locais acessíveis que facilitem a sua colocação quando o procedimento a realizar o justifique, na medida em que a acessibilidade das barreiras protectoras constituiu uma medida importante para a sua correcta utilização. No caso do presente estudo, pensa-se que o facto de os enfermeiros assumirem obter as luvas maioritariamente na sala de tratamentos/stock está relacionado com o hábito de estes profissionais planearem os cuidados a prestar durante o turno, nesse local. Aí organizam e reúnem o material necessário para os procedimentos a realizar nas enfermarias, fazendo-se assim acompanhar das caixas de luvas até ao local onde é realizado o procedimento. Será esta também a razão pela qual, em termos de observação quando dos procedimentos, os enfermeiros tenham obtido as luvas na caixa junto ao local.

Da mesma forma se compreende que em 21,2% das situações observadas, as luvas utilizadas se encontrassem no bolso do profissional. A este propósito, Bolander (1998), considera que, no caso de o enfermeiro trabalhar num local onde não existam luvas, pode levar algumas no seu bolso.

Partindo do princípio que todos os profissionais de enfermagem conhecem as recomendações para o uso de luvas, na execução de actividades onde seja possível a exposição a sangue e fluidos corporais, e

que os serviços são obrigados, por lei, a disponibilizar o referido equipamento de protecção individual, considerou-se relevante “investigar” os factores intrínsecos e extrínsecos que levam a que os enfermeiros não utilizem as luvas na execução dos vários procedimentos.

No que se refere aos principais motivos pelos quais, sendo necessário, os enfermeiros questionados, não recorrem ao uso de luvas, o item que obteve maior percentagem de respostas foi a “urgência no procedimento” (39,2%), seguindo-se, com semelhante percentagem de respostas, o “risco não percebido” (22,3%) e a “indisponibilidade no local” (21,1%).

Também neste caso, tendo em conta a vivência e a observação diária da realidade, constata-se que os enfermeiros, muitas vezes, dada a indisponibilidade momentânea das luvas, aliada à urgência requerida na execução do procedimento, não utilizam o equipamento recomendado.

Segundo Pratt et al. (2001), a decisão de usar ou não EPI, e quais os equipamentos a usar, deve ser baseada numa avaliação de risco de transmissão de microrganismos ao doente, e de contaminação da roupa, pele ou mucosas dos profissionais com o sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente. Sabe-se, no entanto, que os trabalhadores, no que respeita aos aspectos de saúde, têm uma percepção de risco diferente face à mesma situação de perigo.

Os factores psicossociais, culturais e económicos assumem um papel essencial no modo como as pessoas percebem os riscos para a sua saúde e, conseqüentemente, no reconhecimento da importância do cumprimento das regras de segurança (Favaro, 2001). Daí ser compreensível que no presente estudo, 22,3% dos enfermeiros apresente como motivo para a não utilização de luvas, ainda que necessárias, o facto de não perceberem o risco.

Neste processo de gestão do risco, não se deve esquecer que o elemento humano é uma importante fonte de risco, uma vez que sobre ele pode recair, entre outras, a avaliação incorrecta do procedimento, má utilização do equipamento e cansaço momentâneo.

Segundo Pina (2006), vários estudos têm sido conduzidos com o objectivo de identificar as principais causas do não cumprimento das normas de boa prática, mesmo sabendo-se que constitui um risco para os doentes e para os profissionais de saúde. Para o autor, a sobrecarga de trabalho, a altura do dia, a categoria profissional e tipo de serviço são identificados como os factores mais importantes.

Segundo Fisman et al. cit. por Zapparoli (2006, p.70), a “sobrecarga de trabalho, a pressa e o ritmo acelerado do trabalho no ambiente hospitalar, para além de deixar o profissional sob *stress*, exige maior rapidez na execução das tarefas e dificulta o planeamento dos cuidados, levando assim à sua execução de forma inadequada”.

Apesar de menos representativo, 9% dos motivos referidos para a não utilização de luvas diz respeito à alergia ao material constituinte das mesmas, o que vai de encontro ao que é referido no estudo realizado por Zapparoli et al. (2006), segundo o qual se verifica que a sensibilidade ao látex também foi o motivo indicado pelos indivíduos para a não utilização de luvas.

Na realidade, estima-se que a prevalência da alergia ao látex entre profissionais de saúde seja 3 a 3,5 vezes superior à população adulta em geral (Bousquet, 2006). De facto, as dermatites de contacto, consideradas as dermatoses ocupacionais mais frequentes, apesar de na maioria dos casos, não produzirem quadros considerados graves são, com frequência, responsáveis por desconforto, prurido, lesões, alterações estéticas e funcionais que interferem na vida social e no trabalho. Isso poderá constituir um factor que influencie efectivamente o uso de luvas, bem como a higienização das mãos, na medida em que o uso recorrente de luvas contribuirá para o agravamento do quadro já existente.

São ainda apontados como motivos para a não utilização das luvas, o desinteresse no acto (4,8%), provavelmente associado à não percepção do risco, a dificuldade na realização do trabalho (3%) e o facto de as luvas não serem práticas (0,6%). No estudo realizado por Zapparoli et al. (2006), verificou-se que os profissionais identificaram como barreira para o uso adequado das luvas, a falta de sensibilidade causada pelo uso das mesmas, o que pode constituir uma das justificações para os dois últimos motivos, referidos pelos enfermeiros, no presente estudo.

Relativamente às atitudes e comportamentos dos enfermeiros, no que concerne ao momento do uso de luvas, pormenorizadas no seguinte grupo de questões abordadas no questionário e guia de observação, e seguidamente tratadas, são justificadas com as directrizes das precauções padrão e por isso consideradas “adequadas” nas fontes bibliográficas já citadas, quando se cumprem continuamente.

Quando se fala de precauções padrão para a protecção individual contra a transmissão nosocomial de infecções, fala-se de adopção de boas práticas na prestação de cuidados. A lavagem das mãos surge, habitualmente, e com grande ênfase, como prática simples e de indiscutível valor preventivo, mas

também como a mais negligenciada por todos os profissionais de saúde (Duarte et al., 2005; CDC, 2004).

Segundo Espada (2007), os dados disponíveis sobre as infecções, provocadas por microrganismos multi-resistentes, revelam ainda que 30 a 40% são resultado de colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde, daí que a higiene das mesmas deva ocupar um lugar crucial na prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde.

No que a este aspecto diz respeito, através da análise dos dados obtidos, verifica-se que, relativamente ao momento em que os enfermeiros recorrem ao uso de luvas, metade dos mesmos (50%) pouco frequentemente lava as mãos antes de as colocar e, uma pequena percentagem (8,3%) assume mesmo nunca o fazer.

Para se tornar possível estabelecer uma relação entre os resultados observados e auto-referidos, assumiu-se que os enfermeiros que referem no questionário lavar as mãos antes do procedimento de modo muito frequente, na observação são os que lavam as mãos, correspondendo assim à agregação das frequências registadas nas opções “sempre” e “muito frequente”. O mesmo princípio é tido em consideração para os vários aspectos que dizem respeito ao uso de luvas, e que serão alvo de abordagem posterior.

Comparando os resultados relativos ao momento em que os enfermeiros recorrem ao uso de luvas, nomeadamente quanto ao hábito de lavar as mãos antes de as colocar, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o resultado obtido pelo guia de observação e pelo questionário ($z=2,177$, valor $p<0,05$), no sentido em que, em termos da observação, quando os procedimentos, verificou-se que a proporção de enfermeiros (34,8%) que lavou as mãos antes de colocar as luvas é significativamente inferior à que é referida no questionário (41,6%). Esta constatação está em consonância com as expectativas já que cenários semelhantes são amplamente apresentados na bibliografia.

No entanto Martins (1996), no estudo que realizou, obteve resultados consideravelmente diferentes. Com efeito, constatou que a lavagem das mãos parece ser uma norma bem interiorizada pelos profissionais de enfermagem, já que os mesmos referiram atender a este princípio sempre ou quase sempre, com, respectivamente, 60,4 e 32,1%.

Por outro lado, a grande maioria dos enfermeiros diz ser seu hábito lavar sempre (52,8%) ou muito frequentemente (38%) as mãos depois da remoção das luvas, o que para Samuel et al. (2005), transmite a ideia de que a higienização das mãos parece funcionar mais como protecção para o enfermeiro do que para o utente. No caso do presente estudo, não se pode especular uma vez que não se conhecem os motivos para o fazerem.

Dos vários princípios a ter em conta no uso de luvas, este é o que porventura reúne maior discordância, uma vez que comparando os resultados relativos ao momento em que os enfermeiros recorrem ao uso de luvas, em particular quanto ao hábito de lavar as mãos depois da remoção das mesmas, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o resultado obtido pelo guia de observação e pelo questionário ($z=17.263$, valor $p<0,05$). Em termos da observação, quando dos procedimentos, verificou-se que a proporção de enfermeiros (36,4%) que lavam as mãos depois da remoção das luvas é, significativamente, inferior à que é referida no questionário (90,7%).

Segundo Ducei et al. (2002, p.48), as razões para a adesão à lavagem das mãos ser, frequentemente, insuficiente, são entre outras: “acessibilidade inadequada do equipamento, elevada relação profissional/doente, alergias aos produtos para a lavagem das mãos, formação insuficiente dos profissionais sobre os procedimentos e os riscos, um tempo de lavagem recomendado excessivamente longo e falta de tempo para lavar as mãos com a frequência devida”.

Embora possam realmente existir situações em que a higiene das mãos, tal como recomendada, seja de difícil concretização, pensa-se que este facto não invalida que se faça uma desinfecção das mãos com solução alcoólica, a qual, sendo mais rápida e habitualmente mais acessível, é considerada uma eficaz solução de recurso. Por outro lado, para Pittet (2001), o uso de luvas pode, actualmente, representar uma barreira à higienização das mãos devido à crença de alguns profissionais de enfermagem de que o facto de usarem luvas torna desnecessária tal prática.

Sabe-se, no entanto, que a lavagem das mãos tem uma dupla função na medida em que, por um lado, protege o utente e, por outro, protege o profissional de saúde em relação a microrganismos prejudiciais à sua saúde.

A lavagem das mãos é uma prática complementar da utilização de qualquer tipo de luvas, uma vez que quanto maior for o grau de impermeabilidade e tempo de utilização das mesmas, maior será o grau de

humidade desenvolvido no espaço compreendido entre as mãos dos profissionais e as luvas, criando assim um meio húmido, particularmente favorável à proliferação de microrganismos.

Também Pinho (1997) constatou que a lavagem das mãos é muitas vezes omitida quando se usam luvas, considerando, o ambiente dentro das mesmas quente e húmido levando à multiplicação rápida de microrganismos, o que em última análise, para o autor, significa que as luvas sendo um método de barreira não invalidam a lavagem das mãos.

Segundo o mesmo autor, estudos do comportamento dos enfermeiros indicam que menos de metade de todos os contactos para prestar cuidados ao doente são precedidos ou seguidos de lavagem das mãos, a menos que o diagnóstico do doente revele VHB ou VIH.

A literatura consultada permite considerar consensual e recomendado higienizar as mãos antes do uso de luvas e imediatamente após removê-las (Samuel et al., 2005; CCI, 2004; Tavares et al., 2003; Duce et al., 2002; Campos et al., 2001). No entanto, no presente estudo, à semelhança de vários outros, não se verifica o cumprimento desta recomendação, quer seja no momento antes da utilização das luvas, quer após remoção das mesmas.

Ainda a este respeito, Espada (2007, p.48) acrescenta que para além da “frequência da lavagem das mãos ser cerca de metade do que deveria ser, leva menos tempo do que deveria levar”.

Interessa, no entanto, lembrar que as luvas são sem dúvida, na área da saúde, o equipamento de protecção individual mais utilizado e amplamente divulgado, sendo o seu uso correcto capaz de evitar a contaminação das mãos, evitar a transmissão de microrganismos aos doentes e evitar a contaminação do ambiente circundante (Pina, 1999).

No presente estudo, no que diz respeito ao acto de colocar as luvas imediatamente antes do procedimento, verificou-se que a grande maioria dos enfermeiros diz fazê-lo sempre (42,6%) ou de modo muito frequente (56,5%). Agregando-se estas duas opções de resposta e comparando os resultados, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o resultado obtido pelo guia de observação e pelo questionário ($z=10,486$, valor $p<0,05$). Assim, em termos da observação quando dos procedimentos, verificou-se que a proporção de enfermeiros (75,8%) que colocam as luvas, imediatamente antes do procedimento, é significativamente inferior à que é referida no questionário (99,1%).

Relativamente ao hábito de remover correctamente as luvas, terminado o procedimento, constatou-se semelhante tendência de respostas, sendo que 60,2% dos enfermeiros dizem fazê-lo sempre e 38% de modo muito frequente. Também neste caso, agregando-se estas duas opções de resposta, e comparando os resultados, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o resultado obtido pelo guia de observação e pelo questionário ($z=10,373$, valor $p<0,05$). Com efeito, em termos da observação quando dos procedimentos, verificou-se que a proporção de enfermeiros (74,2%) que removeram correctamente as luvas após término do mesmo, é significativamente inferior à que é referida no questionário (98,2%).

Em geral, verificou-se que os dados obtidos com o guia de observação revelam níveis de cumprimento destes dois últimos princípios, na ordem dos 75%, o que está aquém das recomendações propostas por Pina (2006), segundo as quais, as luvas devem ser sempre colocadas imediatamente antes da execução do procedimento e removidas logo após a sua realização, cumprindo assim as precauções básicas para todos os doentes. Para o autor, “a oportunidade de contaminação de superfícies favorecendo a transmissão cruzada é enorme no decurso da prestação de cuidados, sendo por isso importante que sejam interiorizados os princípios de passagem do limpo para o menos limpo e confinar/limitar a contaminação das superfícies directamente expostas” (Pina, 2006, p.33).

Segundo Wilson (2003), com frequência a sua remoção não é correcta, ocorrendo contaminação das mãos nesse momento, o que também se verificou nas observações, em 25,8% das situações. Decorrente deste facto, ganha ênfase a já referida insistência na necessidade de lavagem das mãos após a remoção das luvas.

Em suma, são numerosas as faltas que parecem pequenas e sem importância, mas que encerram riscos muitas vezes imperceptíveis.

No que diz respeito aos vários procedimentos, para os quais o questionário procurou determinar a frequência com que os enfermeiros recorrem ao uso de luvas durante a sua execução, verificou-se, através dos dados obtidos, que a grande maioria dos enfermeiros (91,7%) utiliza sempre as luvas nos cuidados de higiene genitais e ainda 8,3% de modo muito frequente.

No que diz respeito à execução de pensos, observa-se um decréscimo do número de enfermeiros que diz utilizar sempre luvas (55,6%), apesar de que 36,1% dos enfermeiros refere utilizar as mesmas de

modo muito frequente. Neste procedimento existe uma pequena minoria de enfermeiros que assume usar luvas de modo pouco frequente (6,5%) ou mesmo nunca (1,9%).

Na punção venosa, a distribuição segundo a frequência com que os enfermeiros recorrem ao uso de luvas afigura-se mais dispersa, na medida em que a opinião se divide mais pelas várias hipóteses de resposta. Consta-se que a maioria (44,4%) dos enfermeiros assume utilizar as luvas de modo pouco frequente ou mesmo nunca (6,5%). Para além de os resultados encontrados corroborarem as constatações empíricas efectuadas pelos autores no quotidiano profissional, semelhante realidade foi observada nos estudos de Tomazin e Benartti (2001) e, Sarquis e Felli (2000), quando analisaram as incidências de acidentes de trabalho com exposição a material biológico, durante a punção venosa, tendo constatado que 50% dos acidentados não usavam luvas durante o procedimento executado.

Relativamente aos procedimentos invasivos, nos quais se incluiu a algaliação, entubação nasogástrica e aspiração de secreções, conseguiu-se obter, por parte dos enfermeiros questionados, a percentagem almejada de 100%, no que diz respeito à frequência do uso de luvas, o que provavelmente se deverá ao facto de existir maior consciencialização de que este tipo de procedimentos aumenta o risco de infecção para o doente, ao permitir a possível introdução de objectos ou substâncias contaminadas nos tecidos ou em locais habitualmente esterilizados (Rebelo et al., 2007; Ducei et al., 2002).

De facto, verifica-se que no caso dos procedimentos invasivos, em que o uso de luvas esterilizadas é recomendado na maioria das situações, existe maior incentivo para o cumprimento dos vários princípios. A técnica asséptica que lhes está implícita, para além de se constituir uma barreira protectora (para os profissionais), constitui uma barreira microbiana ao minimizar o risco de transferência de microrganismos dos profissionais para os doentes.

A análise dos resultados do guia de observação, permite ainda acrescentar que a proporção de enfermeiros que cumprem os quatro princípios a ter em conta no uso de luvas é diferente consoante o tipo de procedimento realizado, verificando-se que a maior percentagem de cumprimento diz respeito, precisamente, aos procedimentos invasivos e a menor ao cateterismo venoso, à excepção do momento de colocar as luvas imediatamente antes do procedimento, em que a menor percentagem corresponde à da execução de pensos.

A grosso modo, pode dizer-se que, quer no questionário, quer através da observação, se verificaram situações de incumprimento relativamente à frequência com que os enfermeiros recorrem ao uso de

luvas para cada um dos procedimentos, e embora assumindo valores semelhantes, na realidade, traduzem maior preocupação, os resultantes da observação efectuada. Interessa, porém, referir que, na totalidade das situações de trabalho observadas, o uso de luvas foi considerado obrigatório, embora efectivamente usado em 75% dos casos (132 em 176). O facto de apenas serem analisados determinados procedimentos prende-se com os objectivos do presente estudo, na medida em que ao optar-se por situações de trabalho nas quais o uso de luvas é recomendado/exigível, procurou-se obter homogeneidade de respostas e, decorrente deste facto, fácil compreensão das situações de incumprimento, sempre tendo por base os princípios defendidos pelos autores referenciados, bem como estudos relevantes para a temática em análise.

Constatou-se que das 44 situações em que, sendo necessário, não se verificou o uso de luvas, a punção venosa e a execução de pensos reúnem as maiores percentagens de incumprimento, respectivamente 47,7 e 45,5%, o que, no caso da punção venosa, vai, de certa forma, ao encontro dos dados obtidos no questionário efectuada aos enfermeiros, se agregadas as respostas relativas às opções “nunca” e “pouco frequentemente”.

Já no caso da execução de pensos, apesar de durante o período de observação nos vários serviços ser possível constatar que os enfermeiros, em grande parte das situações (45,5%), não utilizavam luvas para essa actividade, quando questionados, admitiram maioritariamente (55,6%) fazê-lo sempre. De acordo com a vivência quotidiana, pensa-se que os enfermeiros muitas vezes negam a realidade, talvez por estarem conscientes que a actividade está a ser realizada de forma incorrecta e terem medo que, de alguma forma possam ser considerados maus profissionais. Pensa-se também que, o facto de alguns enfermeiros, neste procedimento, adoptarem a técnica *no touch* (utilização de pinças) justificará este comportamento. No entanto, sabe-se que o risco de contágio continua presente para ambas as partes, daí a necessidade de manter as precauções definidas.

Quanto aos restantes procedimentos alvo do estudo, como sejam, cuidados de higiene genitais e procedimentos invasivos, as percentagens do uso de luvas decorrentes da observação efectuada, estão em concordância com as auto-referidas pelos enfermeiros. A contrastar com esta realidade, Flores et al. (2006), num estudo de observação realizado, refere que, ainda que geralmente a adesão ao uso de luvas seja alta (cerca de 92%), as luvas são também usadas excessivamente. A proporção de excesso de luvas usadas era nesse estudo de 42%, enquanto a taxa de adesão à higienização das mãos era de 64%.

Interessa porém relembrar que as luvas são utilizadas para protecção dos utentes e para protecção dos profissionais, devendo estes usar luvas esterilizadas nas cirurgias, nos cuidados a doentes imunocomprometidos e em procedimentos invasivos, e usar luvas não esterilizadas nos cuidados a doentes com infecção transmitida por contacto e todas as outras situações que requeiram cumprimento das precauções padrão (Wilson, 2003; Ducei et al., 2002). Tendo por base esta disposição, depreende-se que os enfermeiros não recorrem ao uso de luvas de modo correcto para uma parte dos procedimentos analisados, prática que também diverge do que é estabelecido por Campos et al. (2001), segundo o qual as luvas são necessárias para qualquer um dos referidos procedimentos, sendo, em alguns casos, indispensável até mais do que um par durante a sua execução.

As normas de boa prática são explícitas ao considerar que a mudança de luvas deve ocorrer sempre que se assiste um “novo” doente. De facto, verifica-se que no que se refere ao uso individualizado das luvas nos vários procedimentos, a totalidade dos enfermeiros que responderam ao questionário refere respeitar sempre (85,2%) ou muito frequentemente (14,8%) esse princípio. Em relação a estes últimos, que muito frequentemente trocam de luvas entre doentes, apesar da sua menor representatividade, o facto é que admitem nem sempre actuar de acordo com o que é recomendado pela OMS (2001), a qual preconiza que, o mesmo par de luvas não deve ser utilizado em doentes diferentes. Para além disso, para cada procedimento no mesmo doente, deverá ser utilizado um novo par de luvas, sempre que exista contacto de uma área contaminada e outra limpa.

Comparando os resultados dos enfermeiros que, nos vários procedimentos, têm em conta o uso individualizado das luvas, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o resultado obtido pela observação e pelo questionário ($z=-6,042$, valor $p<0,05$). Neste caso, em termos da observação quando dos procedimentos, verificou-se que a proporção de enfermeiros (96,2%) que fazem uso individualizado das luvas é significativamente superior à que é referida no questionário (85,2%).

Estes resultados são ainda corroborados pelos do estudo de Martins (1996), segundo o qual os profissionais de enfermagem, quando indagados acerca do uso individualizado de equipamentos de protecção individual, afirmam maioritariamente (94,3%) fazê-lo.

No entanto, estes resultados são discordantes com os de um estudo exaustivo realizado por Girou et al. (2004), no qual se observou que as luvas não foram removidas entre doentes em 64,4% dos contactos.

Num outro estudo, realizado num hospital dos EUA com profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros (Samuel et al., 2005), verificou-se que 50% dos indivíduos não mudavam de luvas entre contactos com doentes diferentes. Sendo este um estudo em que não são analisados isoladamente os comportamentos dos enfermeiros, esta comparação não poderá ser assim tão linear, uma vez que essa diferença se poderá dever ao comportamento dos outros profissionais. Ainda assim, importa salientar que no mesmo estudo, os indivíduos que referiram não mudar de luvas entre contactos com doentes diferentes, viam este EPI como um dispositivo protector para si próprios, mais do que para os doentes.

Os dados obtidos no presente estudo evidenciam que a maioria dos enfermeiros (63%) troca sempre de luvas quando, por algum motivo, interrompe o procedimento e sai do local. No entanto, um considerável número de enfermeiros admite nem sempre fazê-lo (37%).

De facto, estes resultados confirmam as constatações empíricas efectuadas pelos autores no quotidiano profissional, na medida em que as interrupções e/ou actos imprevistos (chamadas telefónicas, perguntas de familiares e de doentes, procura de materiais, etc.) integram uma considerável percentagem dos actos realizados pelo enfermeiro, diariamente. Estas interrupções, responsáveis pela segmentação dos actos, conduzem a uma maior complexidade na memorização das actividades e à necessidade de uma reprogramação mental das prioridades, levando por vezes a acções inconsequentes, como é caso da não troca das luvas.

Verificou-se também que os enfermeiros, na sua maioria (62%), nunca têm por hábito utilizar as mesmas luvas para o desempenho de outras actividades, existindo ainda uma parte considerável de enfermeiros (32,4%) que admite pouco frequentemente o fazer. Ainda que surpreendente, 5 enfermeiros admitem utilizar muito frequentemente as mesmas luvas para o desempenho de outras actividades.

Comparando os resultados dos enfermeiros que não têm por hábito utilizar as mesmas luvas para o desempenho de outras actividades, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o resultado obtido pelo guia de observação e pelo questionário ($z=0,9344$, valor $p>0,05$). Neste caso, em termos da observação aquando dos procedimentos verificou-se que a proporção de

enfermeiros (59,1%) que não utilizam as mesmas luvas para o desempenho de outras actividades, é semelhante à que é referida no questionário (62%).

No entanto, interessa salientar que as observações efectuadas permitiram confirmar que as luvas, embora de modo incorrecto, são utilizadas muitas vezes para o desempenho de outras actividades (40,9% das situações). Ainda relativamente a este aspecto, verificou-se que, no mesmo doente, foram utilizadas as mesmas luvas para procedimentos diferenciados em 25,8% das situações, o que se sabe constituir uma séria violação dos princípios do controlo de infecção na prestação de cuidados de saúde.

Verificou-se também que a grande maioria dos enfermeiros observados (84,8%) retirou as luvas ainda dentro da enfermaria, logo que terminado o procedimento. No entanto, os restantes fizeram uso das mesmas para o desempenho de outras actividades, o que confirma parte do exposto anteriormente.

Estas constatações contrariam princípios defendidos por vários autores, os quais consideram que os equipamentos de protecção individual devem ser mudados após cada técnica, actividade e/ou contacto com cada doente. Com esta atitude, estarão a prevenir a transmissão de infecção a outros doentes, na medida em que a flora microbiana pode contaminar objectos, dispositivos e materiais que seguidamente irão contactar com locais susceptíveis do doente (Wilson, 2003; Ducel et al., 2002).

A este respeito, Pina (2006) conclui que o uso de luvas nem sempre corresponde aos benefícios pretendidos, chegando mesmo a constituir um risco acrescido tanto para os doentes como para o próprio profissional de saúde, uma vez que a sua remoção após um contacto contaminante e antes dos contactos seguintes, frequentemente não se verifica ou é feita de forma incorrecta.

Perante estes factos, depreende-se que existe uma diferença significativa entre o conhecimento e a percepção individual acerca da importância destas práticas e a sua aplicação no quotidiano.

Quanto à percepção que os enfermeiros têm, relativamente ao uso de luvas pelos seus colegas quando dos procedimentos referidos, verifica-se que grande parte (66,7%), considera que as utilizam muito frequentemente, ou mesmo, sempre (28,7%).

Num estudo envolvendo 33 enfermeiros de diferentes serviços hospitalares (Dubois et al., 2003), verificou-se que os factores psicossociais (papel dos pares, coesão de grupo e imitação social) tinham uma influência preponderante na adopção de comportamentos de risco, estando directamente

relacionados com o não cumprimento dos procedimentos de segurança. Para este autor a imitação dos pares e a observação dos modelos sociais constituem factores favorecedores do uso de EPI.

Os dados obtidos com o presente estudo contrariam os do estudo citado, na medida em que na opinião de 79,7% dos enfermeiros respondentes, as chefias e/ou os colegas nunca, ou pouco frequentemente, influenciam o modo como recorrem ao uso de luvas, respectivamente 41,7 e 38%, e apenas uma pequena parte considera sofrer tal influência.

Ainda a este propósito, Favaro (2001) conclui que os factores relativos ao indivíduo e ao sistema sócio-organizacional onde ele está inserido, são mais influentes sobre os comportamentos dos trabalhadores do que os aspectos mais técnicos da prevenção.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A análise decorrente das observações efectuadas e do questionário que visou a caracterização do uso de luvas pelos enfermeiros em estudo permitiu elaborar um conjunto de conclusões que se enunciam neste capítulo.

No presente estudo, a maioria dos enfermeiros (83,3%) diz usar as luvas muito frequentemente durante o turno de trabalho, o que, no contexto da prestação de cuidados de saúde, era expectável. Com efeito, as luvas são usadas como equipamento de protecção dos trabalhadores, face à tipologia de riscos a que estão sujeitos, e enquanto dispositivos médicos de uso obrigatório porque inerentes às tarefas e à protecção do doente.

As luvas mais utilizadas pelos enfermeiros são as de látex, não esterilizadas (77,8%). No entanto, 16,7% dos enfermeiros questionados admitem usar, preferencialmente, luvas de polietileno, facto que não é recomendável uma vez que se danificam com muita facilidade e não conferem a protecção desejada.

Das razões apontadas para a utilização de luvas, as que reuniram maior número de respostas, foram: “minimizar o risco de transmissão de infecção profissional - utente e/ou utente - profissional” (44,3%) e, “minimizar o risco de manipulação de material biológico possivelmente infectado” (41,3%). Com efeito, a exposição à infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde é uma situação permanente, paradoxalmente vivenciada na procura da manutenção e/ou recuperação da vida, seja por via do exercício de uma profissão, seja pela necessidade do restabelecimento e manutenção da saúde. De algum modo, pode dizer-se que as razões mais evocadas são coincidentes com a protecção nos dois sentidos (utente e profissional).

Evidencia-se significativo o alheamento dos profissionais de enfermagem face às questões que envolvem o conhecimento da existência de procedimentos nos serviços (27,8%), bem como o facto de se ter verificado uma percentagem razoável de inquiridos (25,9%) que respondeu mesmo não existirem, quando tal não corresponde à realidade dos vários serviços onde decorreu o estudo. Considera-se porém que, a definição de procedimentos, apesar de não ser suficiente, tem uma importância relevante nas medidas de prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de

saúde, na medida em que possibilita a organização do trabalho de forma a favorecer o sistema de segurança.

A grande maioria dos enfermeiros (94,4%) considerou ter sempre, ou muito frequentemente, luvas disponíveis quando necessita, o que se pensa constituir a razão suficiente para o seu uso. O local onde referem obter as luvas é, na maioria das vezes (63%) a sala de tratamentos/stock. No entanto, quando observadas as práticas verificou-se que, com maior frequência (40,2%), os enfermeiros obtêm as luvas na caixa junto ao local onde se realiza o procedimento. Este facto parece favorecer a sua utilização.

Quanto aos principais motivos pelos quais, sendo necessário, os enfermeiros questionados não recorrem ao uso de luvas, o item que obteve maior percentagem de respostas foi a “urgência no procedimento” (39,2%), seguindo-se, com semelhante percentagem de respostas, o “risco não percebido” (22,3%) e a “indisponibilidade no local” (21,1%). Tendo em conta a vivência e a observação diária da realidade, constata-se que os enfermeiros, muitas vezes, dada a indisponibilidade momentânea das luvas, aliada à urgência requerida na execução da técnica, não utilizam o equipamento recomendado.

É possível perceber que quando existe “urgência no procedimento”, os profissionais demonstram preocupação predominante com o doente a quem prestam cuidados, e, ao subestimarem a utilização de luvas, ficam desprotegidos.

A análise dos resultados do estudo sugere que a percepção individual do risco, e outros factores com ela relacionados, constitui um aspecto relevante na análise do comportamento dos enfermeiros, a qual teria interesse retomar em estudos posteriores.

No que concerne aos vários pressupostos a ter em consideração no momento do uso de luvas, abordados no questionário e no guia de observação, verifica-se que muitas vezes, mesmo usando as luvas, os enfermeiros não o fazem de modo correcto.

A proporção de enfermeiros que lavam as mãos antes de colocar as luvas e após remoção das mesmas é consideravelmente baixa, respectivamente 34,8 e 36,4%. Embora preocupante, esta reduzida adesão à higiene das mãos é consistente com os resultados encontrados em estudos similares (Widmer cit. por Silva, 2005; CDC, 2004; Matheu, 2003).

No seguimento do presente estudo, seria interessante verificar se a higienização das mãos ocorre com maior frequência, uma vez que foi entretanto implementada em larga escala, a desinfecção alcoólica das mãos, como solução de recurso.

Embora aquém do desejável, uma considerável proporção de enfermeiros coloca as luvas imediatamente antes do procedimento (75,8%), removendo-as, correctamente, após o mesmo em 74,2% das situações.

O uso de luvas pode, actualmente, representar uma barreira à higienização das mãos devido à crença de alguns profissionais de enfermagem de que o facto de usarem luvas torna desnecessária tal prática. No entanto, com frequência a sua remoção não é correcta, ocorrendo contaminação das mãos nesse momento. Nas observações efectuadas, essa possibilidade de contaminação verificou-se em 25,8% das situações, o que leva a pensar que estes profissionais poderão estar a disseminar, inadvertidamente, a contaminação pelo ambiente que os rodeia.

No que diz respeito aos vários procedimentos observados, verificou-se, através dos dados obtidos, que as maiores percentagens de utilização se verificam nos cuidados de higiene genitais (95,4%) e nas técnicas invasivas (97,7%). Com efeito, os aspectos a evidenciar dos resultados obtidos dizem respeito ao reduzido número de utilizadores de luvas nas restantes técnicas, já que se constatou que em 25% das observações (44 situações), apesar de recomendado, não se verificou o uso de luvas. Neste caso, a punção venosa e a execução de pensos reúnem as maiores percentagens da não utilização, respectivamente 47,7 e 45,5%. A par deste resultado, evidencia-se também o facto de os enfermeiros utilizarem as luvas em 75% das situações observadas, o que apesar de representar a maioria, traduz um incumprimento preocupante.

Uma vez constatada esta realidade, considera-se interessante, em trabalhos futuros, explorar os motivos que levam os enfermeiros a adoptarem esta conduta, em especial na realização das técnicas que obtiveram fraca adesão no presente estudo.

A análise dos resultados da observação, permite ainda acrescentar que a proporção de enfermeiros que cumprem os quatro princípios a ter em conta no uso de luvas é diferente consoante o tipo de procedimento realizado, verificando-se que a maior percentagem de cumprimento diz respeito, precisamente, às técnicas invasivas e a menor, à punção venosa, com excepção do momento de

colocar as luvas imediatamente antes do procedimento, em que a menor percentagem corresponde à execução de pensos.

Em termos da observação aquando dos procedimentos, verificou-se que a proporção de enfermeiros (96,2%) que faz uso individualizado das luvas é, significativamente superior, à que é referida no questionário (85,2%).

Relativamente ao hábito de utilizar as mesmas luvas para o desempenho de outras actividades, verificou-se que os dados obtidos na observação contradizem os referidos no questionário, já que as luvas, embora de modo incorrecto, são utilizadas muitas vezes para o desempenho de outras actividades, facto que no presente estudo se verificou em 40,9% das situações. Ainda relativamente a este aspecto, verificou-se que, no mesmo doente, foram utilizadas as mesmas luvas para procedimentos diferenciados em 25,8% das situações, o que se sabe constituir uma séria violação dos princípios do controlo de infecção na prestação de cuidados de saúde.

Embora não seja esse o objectivo, o facto de os enfermeiros negligenciarem a troca de luvas quando exigida, coloca em risco os doentes, ao possibilitar a transmissão cruzada da infecção.

Face aos resultados obtidos, depreende-se que existe uma diferença significativa entre o conhecimento e a percepção individual da importância destas práticas e a sua aplicação no quotidiano.

A conjuntura actual da enfermagem, caracterizada por uma grande rotatividade de profissionais pelos diferentes serviços, um crescente desemprego e uma significativa redução das equipas para a prestação de cuidados de saúde conduz, por um lado, à insegurança dos próprios profissionais e, por outro, ao risco aumentado do cometimento de erros.

Este estudo revela, assim, a necessidade de investir na prevenção de riscos ocupacionais, bem como na mudança de atitudes visando a melhoria das condições de trabalho, com os consequentes ganhos em termos de saúde para os enfermeiros e para os utentes.

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

BIBLIOGRAFIA

ABREU, R.S.R. – *Saúde e Segurança em Laboratórios de Patologia Clínica*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. 159 p. Tese de Mestrado.

ALBUQUERQUE, M.G.S. – Prevenção a qualquer nível/Material seguro/Boas Práticas. *Rev. Nursing* (Suplemento). Ano 18: nº 230 (2008), p. 13-14.

ALEXANDRE, N.M.C.; MORAES, N.A.; MAHARI, N. – Acidentes de trabalho afectando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 6: nº 2 (1998), p. 65-72.

ALMAGRO, I.P. – Prevención de riesgos laborales. *Rev. de enfermería ROL*. Vol. 29: nº 2 (2006), p. 7-10.

ALMEIDA, C.B.; PAGLIUCA, L.M.; LEITE, A.L. – Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 13: nº 5 (2005), p. 708-716.

ALTABELLA, R.P. [et al] – Exposición accidental a sangre y fluidos corporales. *Rev. de Enfermería ROL*. Ano XIX: nº 209 (1996), p. 21-28.

ALVES, J.; ANTÓNIO, A.P. – Prevenção da Infecção Hospitalar. *Rev. Nursing*. Ano 9: nº 103 (1996), p. 13-16.

AMARAL, A.F.S. – A Infecção Hospitalar. *Rev. Sinais Vitais*. Nº 1 (1994), p. 11-14.

ARENAS, M.D. [et al.] – A multicentric survey of the practice of hand hygiene in haemodialysis units: factors affecting compliance. *Nephrology Dialysis Transplantation* [Em linha]. Vol. 20: nº6 (2005), p.

1164 – 1171. [Consult. 24 Set. 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://ndt.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/6/1164?ck=nck>>.

AREZES, P. - Percepção do risco de exposição ocupacional ao ruído. *Rev. Laboreal* [Em linha]. Vol. II: nº 1 (2006). [Consult. 20 Ago. 2008]. Disponível na WWW: <URL: http://laboreal.up.pt/media/artigos/49/arezes_v2n1_pt_1.pdf>

AREZES, P.M. [et al] – *Estudo Antropométrico da População Portuguesa*. Lisboa: Série Estudos em Segurança e Saúde no Trabalho: Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST), 2006. 52 p. ISBN 978-972-8321-99-4.

ARMOND, G.A. – Técnica de Lavação das Mãos. In MARTINS, M.A. – *Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, prevenção, controle*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. ISBN 85-7199-256-8. p. 319-324.

ARTEAU, J.; GIGUERRE, D. – Efficacité, fiabilité et confort comme critères d'évaluation des équipements de protection individuelle. In MONCELON, B. – *Maîtriser le risque au poste de travail*. Nancy: Presses Universitaires, 1992. ISBN 2-86480-648-7. p. 339-344.

AVENDANÕ, C. [et al] – Riesgos para la salud de las enfermeras del sector publico. *Rev. Enfermería*. Vol. 30: nº 102 (2002), p. 11-38.

BALSAMO, A.C.; FELLI, V. E. – Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14: nº 3 (2006), p. 346-353.

BARROSO, M.F.P.; COSTA, L.F.G.; CARNEIRO, P.M.S. – Importância da aplicação da ergonomia em contexto hospitalar. In Arezes, P. [et al] – *Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO 2006*. Guimarães: SPOSHO, 2006. ISBN 972-99504-1-5. p. 33-39.

BARROSO, M.P.; CARNEIRO, P.; COSTA, L.G. – *Ergonomia e Lesões Músculo-esqueléticas em Contexto Hospitalar*. Guimarães: Universidade do Minho/CHAM, 2008. 140 p. Relatório interno.

BENAVIDES, F.G. [et al] - *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2000. p. 213-501.

BENAVIDES, F.G; FRUTOS, C.R.; GARCIA, A.M.G. – Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. *Rev. Esp. Salud Publica* [Em linha]. Vol. 71: nº 4 (1997), p. 267-280. [Consult. 20 Ago. 2008]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400009&lng=en&nrm=iso >

BISSETT, L. – Reduzindo o risco de adquirir bactérias resistentes a antimicrobianos. *Rev. Nursing*. Ano 16: nº 209 (2006), p. 26-31.

BOLANDER, V.R. – *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998. 1963 p. ISBN 972-96610-6-5.

BOLYARD, E.A. [et al] – Guideline for infection control in health care personnel. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. [Em linha]. Nº 19 (1998), p. 407-463 [Consult. 15 Out. 2007]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/InfectControl98.pdf>>

BOUSQUET, J.M.D. [et al.] – Natural rubber latex allergy among health care workers: a systematic review of the evidence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* [Em linha]. Vol. 118: nº2, p.447-454. [Consult. 30 Set. 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0091-6749/PIIS0091674906009468.pdf>>.

BULHÕES, I. – *Enfermagem do Trabalho - Vol. 2*. Rio de Janeiro: IDEAS, 1986. 464 p. ISBN 85-2-000075-4.

BULHÕES, I. – *Riscos do trabalho de enfermagem*. – 2ª ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998. 278 p.

CAIXEIRO, M.I.S. – Luvas de látex – factor de risco nos profissionais de saúde. *Rev. Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 15: nº 4 (1997), p. 59-70.

CAMILO, S.M. – Riscos ambientais no Bloco Operatório. *Rev. Portuguesa de Enfermagem*. Nº 10 (2007), p. 30-34.

CAMPOS, A.P. [et al] – *Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem*. Lisboa: IGIF, 2001. ISBN 972-97200-1-0.

CAMPOS, L.S. [et al] – Prevenir la infección nosocomial. *Rev. de enfermería ROL*. Vol. 29: nº 6 (2006), p. 43-48.

CARAPINHEIRO, G.; LOPES, N.M. – *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses – estudo sociográfico de âmbito nacional*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1997. 174 p. ISBN 972-95420-1-5.

CARDELLA, B. – *Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes: uma abordagem holística*. São Paulo: Atlas, 1999. 254 p. ISBN 85-224-2255-9.

CARDIM, L.F.; COUNHAGO, A. – *Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho (conceitos)*. Lisboa: IEFP, 1996. 89 p. ISBN 972-732-310-3.

CARDO, D.M. - A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *The New England Journal of Medicine*. Nº 32 (2004), p. 85-94.

CARDOSO, S.M. [et al] – *Saúde Pública e Saúde Ocupacional (Jornadas de Investigação)*. Coimbra: Centro de Investigação em Medicina Social, 1996. 426 p. ISBN 972-95795-2-0.

CARVALHO, A.C. – Avaliação de Riscos Profissionais em Unidade de Cuidados Intensivos. *Rev. Sinais Vitais*. N° 79 (2008), p. 58-62.

CARVALHO, B.M. – Risco biológico em unidades de saúde. *Rev. Nursing*. N° 124 (1998), p. 24-26.

CARVALHO, F.P. – *Exposição Ocupacional às Radiações Ionizantes*. Porto: Ordem dos Engenheiros – Região Norte, 2004. p. 25-33.

CDC – Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings – Recommendations of the healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR* [Em linha]. Vol. 51: n° 16 (2002), 56 p. [Consult. 12 Nov. 2007]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/WorkbookComplete.pdf>>

CDC - Surveillance of Healthcare Personnel with HIV/AIDS, as of December 2002 [Em linha]. actual. 11 Dez. 2003. [Consult. 20 Jul. 2007]. Disponível em WWW:<URL: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/bp_hiv_hp_with.html>

CHENITZ, W.C. – Controlo de Infecção. In BOLANDER, V. R. – *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5. p. 623-663.

CHIAVENATO, I. – *Recursos Humanos - Ed. compacta*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1997. 643 p. ISBN 85-224-1602-8.

CHIAVENATO, I. – *Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlas, 1995. 168p. ISBN 85-224-3873-0.

CHIAVENATO, I. – *Teoria Geral da Administração: abordagens descritivas e explicativas*. 5ª ed. São Paulo: Makron Books, 1998. 831 p. ISBN 85-346-0735-4.

CHIODI, M.B.; MARZIALE, M.H.; ROBAZZI, M.L. – Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol.

15: nº 4 (2007). [Consult. 20 Ago. 2008]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a17.pdf.

CLARK, L.; SMITH, W.; YOUNG, L. – *Protective Clothing: Principles and Guidance*. London: Infection Control Nursing Association, 2002. 39p.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO (CCI) – *Protocolo de higienização das mãos para o CHAM*. Viana do Castelo: CCI – Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A., 2004.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO (CCI) – *Protocolo de higienização das mãos*. Viana do Castelo: CCI – Centro Hospitalar do Alto Minho EPE., 2007.

CORREIA, N.M.C. – Factores predisponentes do consumo de substâncias psicoactivas em Enfermeiros. *Rev. Sinais Vitais*. Nº 75 (2007), p. 50-54.

CORTE, A.M.A. [et al] – Os riscos na enfermagem. *Rev. Nursing*. Nº 196 (2005), p. 36-41.

COSSETE, R. – Prévenir: savoir, savoir-faire, savoir-être, faire savoir. *Prévention au Travail*. Vol. 16: nº 2 (2003), p. 8-10.

COTRIM, T. – A Ergonomia em contexto hospitalar. In Arezes, P. [et al] – *Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO 2006*. Guimarães: SPOSHO, 2006. ISBN 972-99504-1-5. p. 41-43.

COUTO, O.M.; PEDROSO, E.P. – Doenças Infecciosas e Parasitárias Relacionadas com o Trabalho. In MENDES, R. – *Patologia do Trabalho, Actualizada e Ampliada*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003. ISBN 02-4924. p. 871-882.

CUNHA, A.; REGO, C.; TORRES, L. – Infecção Hospitalar. [Em Linha]. *Hospital Infante D. Pedro - Serviço de Medicina Intensiva* [Em linha]. 2002, 40p. [Consult: 21 Mar 2008]. Disponível na WWW :<URL: http://www.hip.pt/areasclinicas/smi_formacao_infeccao-hospitalar.pdf>.

CRUZ, A.G. – Riscos Profissionais e Organização do Trabalho. *Rev. Sinais Vitais*. N° 23 (1999), p. 27-32.

DEACON, S.; MORRIS, M.; KNAUER, R. – Nursing *stress*, the hidden enemy. *British nursing review*. N° 5 (1999), p. 8-23.

DELPLANQUE, R. – Les risques du personnel soignant. *Soins Cadres*. N° 38 (2001), p. 46-50.

DIAS, I.S.S. – Segurança, higiene e saúde no trabalho. *Rev. Servir*. Vol. 48: n° 3 (2000), p. 123-125.

DIAS, S.M. – Acidentes de Trabalho em Meio Hospitalar. In CARDOSO, S.M. [et al] – *Saúde Pública e Saúde Ocupacional (Jornadas de Investigação)*. Coimbra: CIMS, 1996. ISBN 972-95795-2-0. p. 265-281.

DIAZ, M.A. – Riesgos ligados a las condiciones de seguridad. In SANTIAGO, F.R. – *Manual Prevención de riesgos laborales*. 2ª ed. Madrid: Ibermutuamur, 1999. ISBN 849-882-210-6. p. 147-282.

DUARTE, A.S.; CABEÇA, D.F. – A importância da lavagem comum das mãos no controlo da infecção nosocomial: Influência da lavagem comum das mãos na flora bacteriana dos enfermeiros. *Rev. Investigação em Enfermagem*. N° 12 (2005), p. 21-26.

DUARTE, M.D.L. [et al] – O uso de luvas no Bloco Operatório. *Rev. Enfermagem*. N° 15 (1999), p. 2-5.

DUBOIS, M.; DESRICHARD, O. – Quels facteurs à é origine du non respect dès procédures de sécurité? Une observation en milieu hospitalier. In KOUABENAN, D.; DUBOIS, M. – *Les risques professionnels: évolutions dès approches, nouvelles perspectives*. Toulouse: Octares Editions, 2003. ISBN 2-906769-93-2. p. 105-119.

DUCEL, G.; FABRY, J.; NICOLLE, L. – *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - um guia prático* [Em linha]. Lisboa: INSRJ, 2002. 93p. [Consult. 2 Jul.2007]. Disponível na WWW:<URL:http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. – A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14: nº 4 (2006), p. 27-46.

ESCOVAL, A.; VAZ, A.; ALVES, D. – *O Hospital Português*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1998. 180 p. ISBN 972-9425-60-4.

ESPADA, A. – Mãos limpas salvam vidas. *Rev. Nursing*. Ano 17: nº 225 (2007), p. 48-50.

FARIA, M.; UVA, A. – Diagnóstico e prevenção das doenças profissionais – algumas reflexões. *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa*. Nº 9/10 (1992), p. 360-371.

FAVARO, M. – L'acceptabilité des risques au travail. *Préventique-Sécurité*. Nº 60 (2001), p. 39-41.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N.R. – *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000. 1721 p. ISBN 85-7379-249-3.

FERRER, E.C. – Riesgos respiratorios en el medio hospitalario: riesgos químicos y biológicos; selección de respiradores. *Rev. 3M Asepsia y Esterilización*. Nº 34 (1999), p. 9-12.

FERREIRA, C.M.; FERREIRA, M.M. – O *stress* em enfermagem. *Rev. Sinais Vitais*. Nº 21 (1998), p. 19-21.

FERREIRA, M.M. – Quais os riscos de saúde dos enfermeiros no local de trabalho. *Rev. Servir*. Vol. 51: nº 2 (2003), p. 60-67.

FILHO, G.R.O. [et al] – Contaminação das mãos com sangue durante cateterismo venoso periférico: prevalência e factores predisponentes. *Rev. Brasileira de Anestesiologia*. Vol. 51: nº 2 (2001), p. 112-118.

FILON, F.L.; RADMAN, G. – Latex allergy: a follow up study of 1040 healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine* [Em linha]. Vol. 63: nº2 (2006), p.121-125. [Consult. 1 Fev. 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://oem.bmj.com/cgi/reprint/63/2/121>>.

FISMAN, D.N.; HARRIS, A.D.; MITTLEMAN, M.A. – Sharps - Related Injuries in Health Care Workers: A Case-Crossover Study. *The American Journal of Medicine*. Vol. 114: nº 1 (2003), p. 688-693.

FLORES, A.; PEVALIN, D.J. – Healthcare worker 's compliance with glove use and the effect of glove use on hand hygiene compliance. *British Journal of Infection Control*. Vol. 7: nº 6 (2006), p. 15-19.

FONSECA, A. – *Higiene e Segurança no Trabalho - Ficha técnica PRONACI*. Leça da Palmeira: AEP/CATIM, 2002.40p.

FORTIN, M.F. – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

FRADA, J.J.C. – *Guia prático para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos: nova edição revista e aumentada*. 2ª ed. Lisboa: Edições Cosmos, 2000. 151p. ISBN 972-762-212-7.

FRAGA, C. – A importância da higienização das mãos na prevenção da infecção nosocomial. *Rev. Nursing*. Nº 98 (1996), p. 8-13.

FRANCO, D.L.R. – Saúde Ocupacional: caminhos e atalhos. *Rev. Portuguesa de Enfermagem*. Nº 6 (2006), p. 53-58.

GARCÍA, G.M. – El síndrome de *burnout*. *Rev. de Enfermería ROL*. Vol. 11: nº 26 (2003), p. 51-54.

GARNER, J.S. – Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Vol.17: nº 5 (1996), p. 53-80.

GEADA, A.C. – A importância da higienização/desinfecção das mãos. *Rev. Nursing*. N° 181 (2003), p. 41-44.

GILMOUR, J.; HUGHES, R. – A higienização das mãos: uma prática ainda negligenciada na área clínica. *Rev. Nursing*. N° 126 (1998), p. 25-29.

GIR, E. [et al] – Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. *Rev. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol. 38: n° 3 (2004), p. 245-253.

GIROU, E.; CHAI, S.H.T.; OPPEIN, F. – Misuse of gloves: the foundation for poor compliance with hand hygiene and potential for microbial transmission? *Journal of Hospital Infection*. N° 57 (2004), p. 162-169.

GOULD, D. – Agora, por favor, lave as mãos. *Rev. Nursing*. Ano 8: n° 95 (1995), p. 17-20.

GRAÇA, L. – As Misericórdias Portuguesas: entre o passado e o futuro. *Rev. Dirigir*. N° 48 (1997), p. 21-29.

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

GRAÇA, L. – *Política(s) de saúde no trabalho: um inquérito sociológico às empresas portuguesas*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa (ENSP), 2004. 172 p. Tese de Doutoramento em Saúde Pública.

GRAINGER, M. – A perspectiva de uma equipa de enfermagem dos problemas no controlo da infeção. *Rev. Nursing*. Ano 16: n° 205 (2005), p. 20-24.

GUILLAUME, J.Y. – Penser une prévention adaptée a la tache. In Dossier sur Fibres Céramiques Réfractaires – des interrogations aux bonnes pratiques. *Travail & Sécurité*. N° 636 (2004), p. 34.

HAMANN, C. – Natural rubber látex protein sensivity in review. *American Journal of Contact Dermatitis*. Vol. 4: n° 1 (1993), p. 4-21.

HENRIQUES, J. – Transmissão da Tuberculose em Meio Hospital. In SOUSA, J.P. [et al] – *Riscos dos agentes biológicos: Manual de prevenção*. Lisboa: IDICT, 1999. ISBN 972-8321-29-5. p. 232-244.

HERRICK, R.F. – La Protection individuelle: Généralités et principes. In *BIT – Encyclopédie de Sécurité et de Santé au Travail*. Vol. II. Genève: Bureau International du Travail, 2000. ISBN 92-2-209815-3. Cap. 31.

JOÃO, L.C.P. – Acidentes de trabalho em Enfermagem: picada acidental. *Rev. Nursing*. Ano 16: n° 211 (2006), p. 12-14.

KOZIER, B.; ERB, G.; OLIVIERI, R. – *Enfermería Fundamental – conceptos, procesos y práctica: Tomo I*. 4ª ed. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill, 1994. 743 p. ISBN 84-486-0000-2.

KRAWSKY, G.; DAVILLERD, C. – Conditions d'acceptation des équipements de protection individuelle: étude bibliographique et position du problème. *INRS – Note Scientifique et Technique*. N° 152 (1997), p. 1-50.

LACERDA, R.A. – Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. In LACERDA, R.A. – *Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias*. São Paulo: Atheneu, 2003. ISBN 85-7454-081-1. p. 9-23.

LARSON, E. – A causelink between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. N° 9 (1988), p. 28-36.

LARSON, E.L.; ALBRECHT, S.; O'KEEFE, M. – Hand hygiene behavior in a pediatric emergency department and a pediatric intensive care unit: comparison of use of 2 dispenser systems. *American Journal of Critical Care* [Em linha]. Vol. 14, n°4 (2005), p.304-311. [Consult. 2 Jun. 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/content/full/14/4/304>>.

LARSON, E. – Higienização de mãos: é essencial mesmo quando se usam luvas. *Rev. Servir*. Vol. 38: nº 6 (1990), p. 275-279.

LEAL, M.F.P. – *Stress e Burnout*, contributo para a sua compreensão no contexto da Saúde Ocupacional. In CARDOSO, S.M. [et al] – *Saúde Pública e Saúde Ocupacional (Jornadas de Investigação)*. Coimbra: CIMS, 1996. ISBN 972-95795-2-0. p. 31-48.

LEITÃO, E.P. – Os Enfermeiros e o *Stress* Organizacional. *Rev. Portuguesa de Enfermagem*. Nº 12 (2007), p. 15-17.

LOFF, A.M. – Avaliação de níveis de *stress* em Enfermagem. *Rev. Sinais Vitais*. Nº 46 (2003), p. 13-15.

LOFF, A.M.; CARREIRA, M.P. – Prevenção da Hepatite B através da vacinação. *Rev. Enfermagem em Foco*. Ano I: nº 3 (1991), p. 53-55.

LONDOÑO, G.M.; ESQUIVEL, L.H. – *Infecciones hospitalarias*. Colombia: Editorial Médica Panamericana, 1995. 936 p. ISBN 958-9181-18-X.

LOPES, R.A.M.; BENATTI, M.C.C.; ZOLLNER, R.L. – Occupational exposure of Brazilian neonatal intensive care workers to latex antigens. *Rev. Allergy*. Nº 59 (2004), p. 107-110.

LÓPEZ, C. [et al] – Precauciones Estándar: Se conocen? Se aplican? *Rev. de enfermería ROL*. Vol. 29: nº1 (2006), p. 16-20.

MACHADO, G.P.M. – Aspectos Epidemiológicos das Infecções Hospitalares. In MARTINS, M.A. – *Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. ISBN 85-7199-256-8. p. 27-31.

MAIA, P. – Contributos para a caracterização da actividade profissional dos enfermeiros com vista à justificação da idade e tempo de serviço para aposentação. *Rev. Ecos da Enfermagem*. Ano XXXVI: nº 243/6 (2005), p. 24-29.

MANIAN, F.A.; MEYER, L.; JENNE, J. – Clostridium difficile contamination of Blood Pressure Cuffs: A Call for a Closer Look at Gloving Practices in the Era of Universal Precautions. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. N° 17 (1996), p. 180-182.

MANUEL, A. – Dotações Seguras. *Rev. Ordem dos Enfermeiros*. N° 21 (2006), p. 56-57.

MANZANO, M.J. – Riscos dos agentes biológicos nos Centros de Saúde e Hospitais. In SOUSA, J.P. [et al] – *Riscos dos agentes biológicos: Manual de prevenção*. Lisboa: IDICT, 1999. ISBN 972-8321-29-5. p. 221-231.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. – *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. 311 p. ISBN 85-224-3397-6.

MAROCO, J.; BISPO, R. – *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 358 p. ISBN 972-796-065-0.

MARTINS, M.A. – *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 1116 p. ISBN 85-7199-256-8.

MARTINS, T. – Risco de infecção nos serviços de saúde. In CARDOSO, S.M. [et al] – *Saúde Pública e Saúde Ocupacional (Jornadas de Investigação)*. Coimbra: CIMS, 1996. ISBN 972-95795-2-0. p. 151-183.

MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, E.C. – Condições ergonómicas do trabalho da equipa de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 6: n° 1 (1998), p. 99-117.

MATHEU, C.L. – Lavado de mãos: un cambio de paradigma. *Rev. de enfermería ROL*. Vol. 26: n° 11 (2003), p. 12-16.

MATOS, J.C.; MARTINS, M.A. – Precauções em Doenças Infecto-contagiosas. In MARTINS, M.A. – *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. ISBN 85-7199-256-8. p. 587-642.

MAYER, A. – Limites d'emploi des équipements de protection individuelle: le point de vue d'un organisme notifié. *Cahiers de Notes Documentaires*. N° 160 (1995), p. 441-444.

MAYER, A.; KORHONEN, E. – Assessment of the Protection Efficiency and Confort of Personal Protective Equipment in Real Conditions of Use. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. N° 3 (1999), p. 347-360.

MELO, D.S. – *Adesão dos Enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde*. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG, 2005. Tese de Mestrado.

MELO, D.S. [et al] – Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia - GO. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 14: n° 5 (2006), p. 720-727. [Consult. 12 Jan. 2008]. Disponível na WWW: < URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500013&lng=&nrm=iso>

MELO, R.C.P. – Auto-conceito: implicações no desenvolvimento de estratégias de coping. *Rev. Nursing*. N° 230 (2008), p. 6-13.

MENDES, A.C. – Síndrome de *Burn-out* em Enfermeiros de Psiquiatria. In CARDOSO, S.M.[et al] – *Saúde Pública e Saúde Ocupacional (Jornadas de Investigação)*. Coimbra: CIMS, 1996. ISBN 972-95795-2-0. p. 15-30.

MENDES, F. – Risco: um conceito do passado que colonizou o presente. *Rev. Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 20: n° 2 (2002), p. 53-62.

MENDES, I.A.C. – A vida nas organizações prestadoras de serviços. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 12: n° 1 (2004), p. 1-5.

MENDONÇA, A.P. [et al.] – Higienização das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Scientiarum. Health Sciences* [Em linha]. Vol. 25: n°2 (2003), p.147-153. [Consult. 19 Jun. 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/higienizacao.pdf>>.

MENDONÇA, R.M. [et al] – Enfermagem – profissão de desgaste. *Rev. Nursing*. Ano 6: n° 60 (1993), p. 6-12

MIGUEL, A.S.S.R. – *Manual de Higiene e Segurança do Trabalho*. 10ª ed. Porto: Porto Editora, 2007. 558 p. ISBN 978-972-0-01360-6.

MOREIRA, P. (edit.) – Doentes exigem melhor ambiente. *Rev. Teste Saúde*. N.º 58 (2005), p. 9-12.

NEVES, Z.C. [et al] – Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14: n° 4 (2006).

NUNES, F.O. – *Avaliação Ambiental de Espaços em Contenção de Estabelecimentos de Saúde*. Porto: Ordem dos Engenheiros – Região Norte, 2004. p. 153-156.

NUNES, L. – Perspectiva Ética da Gestão do Risco: caminhos para cuidados seguros. *Rev. Portuguesa de Enfermagem*. N° 3 (2006), p. 53-58.

O'BOYLE, C.A.; HENLY, S.J.; LARSON, E. – Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. *American Journal of Infection Control*. Vol. 29: n° 6 (2001), p. 352-360.

OLIVEIRA, A. – Riscos no bloco operatório. *Rev. Informar*. N° 26 (2001), p. 35-42.

OLIVEIRA, B.R.G.; MUROFUSE, N.T. – Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 9: nº 1 (2001), p. 109-115.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – HIV au lieu de travail et precautions universalles – *Rev. Africa Journal of Nursing and MidWifery* - supl. Nº 1 (2001), p. 11-13.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Manual de Segurança Biológica em Laboratório*. 3ª ed., Genebra: OMS, 2004. 203 p. ISBN 92-4-254650-1.

OTERO, J.J.G. – Riesgos Biológicos. In BENAVIDES, F.G.; FRUTOS, C.C.; GÁRCIA, A.M. – *SALUD LABORAL: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson, 1997. ISBN 8445805045. p. 303-316.

PALACIOS, L.G. – Riesgos asociados a los cuidados sanitários. *Rev. EL MEDICO*. Vol. 10: nº2 (2008), p. 46-59.

PALMA, F.M.; GUERREIRO, I.M.; PALMA, M.D. – Estetoscópios como veículo de disseminação da infecção nosocomial. *Rev. Investigação em Enfermagem*. Nº 14 (2006), p. 55-63.

PARAGUAY, A.I.B. – Da Organização do Trabalho e Seus Impactos sobre a Saúde dos Trabalhadores. In MENDES, R. – *Patologia do Trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003. ISBN 85-7379-565-4. p. 811-823.

PARKER, L. – A importância da lavagem das mãos na prevenção das infecções cruzadas. *Rev. Nursing*. Nº 139 (1999), p. 22-25.

PAUCHET-TRAVERSAT, A.-F. – *Cuidados de Enfermagem – Fichas técnicas*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 860 p. ISBN 972-8383-51-7.

PEREIRA, M.C.A.; FÁVERO, N. – A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 9: n° 4 (2001), p. 7-12.

PEREIRA, M.F.M. – *Intervenções ao doente crítico*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, 1997. 95 p.

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 690 p. ISBN 972-618-391-X.

PINA, E. – Actualidade e perspectivas de futuro do Programa Nacional. *Rev. Nursing*. Ano 15: n° 180 (2003), p. 8-10.

PINA, E. – Equipamento de protecção individual: protecção facial e respiratória. *Rev. Nursing*. Ano 17: n° 227 (2007), p. 14-22.

PINA, E. – Infecções nosocomiais. In SOUSA, J.P. [et al] – *Riscos dos agentes biológicos: Manual de prevenção*. Lisboa: IDICT, 1999. ISBN 972-8321-29-5. p. 244-256.

PINA, E. – O uso de luvas na prestação de cuidados de saúde. *Rev. Nursing*. Ano 16: n° 214 (2006), p. 28-33.

PINHO, A. – *Precauções Universais*. Curso de Enfermeiros de Diálise 97. São João da Madeira: Maio, 1997. Resumo extenso.

PINTO, A.; SARAIVA, D.; SANTOS, R. – *Burnout*, um desafio à saúde dos enfermeiros. *Rev. Nursing*. Ano 17: n° 228 (2007), p. 12-16.

PITTET, D. – Compliance with hand disinfection and it's impact on hospital – acquired infections. *Journal of Hospital Infection*. N° 48 (2001), p. 40-46.

PITET, D. – Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerging Infectious Diseases* [Em linha]. Vol.7: n°2. (2001), p.234-240. [Consult. 2 Jun. 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/pdfs/pittet.pdf>>.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ªed.Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101-X.

POMBO, J.T.; VARELA, A.L. – *Riscos relacionados coa exposición a axentes biolóxicos: a súa avaliación e control*. Pontevedra: Grafisant/CSHTP, 2001. 291 p. ISBN 84-453-3019-5.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Ocupacional – *Medidas de Controlo de agentes biológicos nocivos à saúde dos trabalhadores – recomendações gerais* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2004. 20 p. [Consult. 21 Jan. 2007]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006563.pdf>>.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Ocupacional – *Medidas de Controlo de agentes biológicos nocivos à saúde dos trabalhadores – recomendações para laboratórios e serviços de saúde*. Lisboa: DGS, 2006a. 76 p.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – *Organização de Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde*. Lisboa: DGS, 2006b. 35 p.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2007. 20 p. [Consult. 19 Out. 2007]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=11503>>.

PRATT, R.J. [et al] – The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated infections. *Journal of Hospital Infection*. N° 47/supplement (2001).

PRESTON, R.M. – Abordagem baseada na evidência para a segurança do paciente. *Rev. Nursing*. Ano 16: n° 204 (2005), p. 34-41.

PRISTA, J.; UVA, A.S. – Exposição profissional a agentes químicos: os indicadores biológicos na vigilância de saúde dos trabalhadores. *Saúde e Trabalho*. N° 4 (2003), p. 5-12.

QUEIRÓS, P.P. [et al] – *Técnicas de Enfermagem II*. Coimbra: Formasau, 1998. 127 p. ISBN 972-8485-03-4.

RAPPARINI, C.; CARDO, M. – Principais doenças infecciosas diagnosticadas em profissionais de saúde. In MASTROENI, M.F. – *Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004. ISBN 85-737-975-3-3. p. 195-218.

REBELO, B.S.C.; VALENTE, J.P.O. - Infecções hospitalares – uma realidade actual. *Rev. Sinais Vitais*. N° 70 (2007), p. 27-29.

RESENDE, M.P. – *Agravos à saúde dos enfermeiros resultantes da exposição ocupacional*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003. 185 p. Tese de Mestrado.

RIBEIRO, R. – *Acidentes de Trabalho: Ocorrências nas instituições dependentes do Ministério da Saúde no período 1992-1994*. Lisboa: Ed. Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS), 1997. 90 p.

RISO, S. – The impact of work changes on the resurgence of musculoskeletal problems. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*. N° 10 (2007), p. 3-7.

ROBAZZI, M.; MARZIALE, H.P. – Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 52: n° 3 (1999), p. 331-338.

RODRIGUES, A. [et al] – Exposição a Agentes Biológicos. *Rev. Divulgação Segurança e Saúde no Trabalho*. N° 12 (2003), p. 4-47.

RODRIGUES, A.X.; FERREIRA, I.F. – Enfermagem, uma profissão exposta a diversos factores de risco. *Rev. Nursing*. N° 139 (1999), p. 38-40.

ROGERS, B. – Avaliação da Organização. In Rogers, B. – *Enfermagem do Trabalho – conceitos e prática*. Loures: Lusociência, 1997. ISBN 972-8383-03-7. p. 183-189.

ROYAS, A.V.; MARZIALE, M.H.P. – A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital Argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 9: n° 1 (2001), p. 102-108.

RUEDA, S.O.; SEGARRA, J.A.F. – Dispositivos de seguridad. *Rev. de enfermería ROL*. Vol. 29: n° 2 (2006), p. 20-24.

RUSSELL-FELL, R.W. – Evitar problemas: selecção de luvas médicas com base na evidência. *Rev. Nursing*. Ano 12: n° 148 (2000), p. 18-24.

SAGEHOMME, D. – *Por um trabalho melhor – guia de análise das condições de trabalho no meio hospitalar*. Coimbra: Formasau, 1997. 110 p. ISBN 972-96680-6-X.

SALAVESSA, M.M.G.B. – *Equipamentos de protecção individual respiratória: identificação e análise dos factores que influenciam o seu uso em meio industrial*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, 2004. 159 p. Tese de Mestrado.

SAMUEL, R. [et al.] – Promotion of handwashing as a measure of quality of care and prevention. *African Health Sciences* [Em linha]. Vol. 5: n°1. (2005), p. 4-13. [Consult. 2 Out. 2007]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1831903&blobtype=pdf>>.

SANTOS, A.F. [et al] – O uso de luvas na prática de Enfermagem no Contexto de Pediatria. *Rev. Sinais Vitais*. N° 54 (2004), p. 61-63.

SANTOS, J. – Tensões por trocas térmicas: calor e frio. In MENDES, R. – *Patologia do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003. ISBN 02-4924. p. 691-720.

SANTOS, N.L.; CORTINHAS, S. – Avaliação das “fontes de pressão no emprego” em profissionais de saúde de instituições públicas do Norte de Portugal. *Rev. Psiquiatria (FMP)*. Vol. XXIV: nº 3-4 (2003), p. 36-47.

SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A. – O uso de equipamentos de protecção individual entre os trabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos perfurocortantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 53: nº 4 (2000), p. 564-573.

SELIGMANN-SILVA, E. – Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In MENDES, R. – *Patologia do Trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003. ISBN 85-7379-565-4. p. 1141-1182.

SEQUÉIRA, E.J.D. – Saúde Ocupacional e Medidas de Biossegurança. In MARTINS, M.A. – *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. ISBN 85-7199-256-8. p. 643-673.

SHEPHERD, C. – Dimensions of Care: Ergonomics for the Hospital Setting. *Journal of Trends and Strategies for Occupational Health Professionals*. Vol.4: nº2 (2001), p.17-21.

SHINYASHIKI, G.T.; TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A. – Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 11: nº 4 (2003), p. 499-506.

SILVA, C.F. – Ritmos biológicos e trabalho por turnos. *Recursos Humanos Magazine*. Nº 6 (2000), p. 12-18.

SILVA, F.J. – Enfermagem em Anestesia e Cuidados Intensivos. *Rev. Servir*. Vol. 44: nº6 (1996), p. 291-297.

SILVA, M.G. – Programa remodelado. Que novidades? *Rev. Nursing* (suplemento). Ano 18: nº 230 (2008), p. 4-7.

SILVA, M.G.M. – Lavagem das Mãos: soluções anti-sépticas de base alcoólica. *Rev. Portuguesa de Enfermagem*. N° 4 (2005), p. 33-39.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. – *Brunner/Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1998. 1782 p. ISBN 85-277-0272-X.

SMITH, G.; VEAZIE, M. – Les principes de prévention: L'approche «Santé publique» de la réduction du nombre des lésions corporelles sur le lieu de travail. In *BIT-Encyclopédie de Sécurité et de Santé du Travail*. Genève: Bureau International du Travail, 2000. ISBN 92-2-209815-3. cap. 56.

SOUSA, F. [et al]. – A que riscos estão expostos os Enfermeiros do bloco operatório?. *Rev. Segurança*. N° 162 (2004), p. 19-22.

SOUSA, J.P. [et al]– *Riscos dos agentes biológicos: Manual de prevenção*. Lisboa: IDICT, 1999. 405 p. ISBN 972-8321-29-5.

STRINGER, B.; SMITH, J.A. – A study of the use of gloves in a large teaching hospital. *American Journal Infection Control*. N° 19 (1991), p. 233-236.

TAKEDA, E.; ROBAZZI, M.L.; LAVRADOR, M.S. – Risco ocupacional de adquirir tuberculose entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. Vol. 53: n° 3 (2001), p. 45-65.

TAVARES, A.P. [et al] – *Manual de controlo de infeção (Comissão de Controlo de Infeção do Hospital Pedro Hispano, S.A.)*. Porto: Ed. Medisa, 2003. 176 p. ISBN 972-8152-83-3.

TOMAZIN, C.C.; BENARTTI, M.C.C. – Acidente de trabalho por material perfurocortante em trabalhadores de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 22: n° 2 (2001), p. 60-73.

UVA, A.; FARIA, M. – Exposição profissional a substâncias químicas: diagnóstico das situações de risco. *Rev. Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 18: n° 1 (2000), p. 5-10.

UVA, A.S.; FARIA, M. – *Riscos Ocupacionais em Hospitais e Outros Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa: Edição conjunta SIM/FNAM, 1992. 64 p.

VEIGA, R. (coord.) - Segurança do Trabalho. In MADEIRA, A. (edit.)- *Segurança, higiene e saúde do trabalho*. Lisboa: Verlag Dashöfer, 2003. ISBN 978-972-98385-2-1.

VIEGAS, S. – *Factores que influenciam a utilização do EPI*. Porto: Ordem dos Engenheiros – Região Norte, 2004. p. 159-161.

VIEIRA, T.F. – Riscos Biológicos da profissão de enfermagem. *Rev. Sinais Vitais*. Nº 43 (2002), p. 36-38.

VILARIÑO, C.M. [et al] – Dispositivos de Protección Respiratória para Enfermería y otros trabajadores sanitarios. *Rev. de enfermería ROL*. Vol. 26: nº 11 (2003), p. 36-44.

WILSON, J. – *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 386 p. ISBN 972-8383-57-6.

XELEGATI, R. [et al] – Riscos ocupacionais químicos identificados por Enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 14: nº 2 (2006), p. 214-219. [Consult. 10 Ago. 2008]. Disponível na WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200010&lng=&nrm=iso>

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M.L.C. – Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 11: nº 3 (2003), p. 350-356.

ZAPPAROLI, A.S.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C. – Práctica segura del uso de guantes en la puncion venosa por los trabajadores de enfermeria. *Rev. Ciência y Enfermeria*. Vol. 12: nº 2 (2006), p. 63-72

ANEXOS

ANEXO I – GUIA DE OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

ANEXO II – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO



Universidade do Minho

Este questionário foi desenvolvido no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Engenharia Humana da Universidade do Minho. Tem por principal objectivo a caracterização do uso dos EPI's (Equipamentos de Protecção Individual) pelos Enfermeiros. A informação recolhida é **confidencial** e destina-se **única e exclusivamente** a fins de estudo estatístico. Desde já agradeço a sua colaboração.

Sexo: Masculino Feminino **Idade** _____

Categoria Profissional: Enfermeiro Enfermeiro Graduado Enfermeiro Especialista

Habilitações literárias:

- Bacharelato Mestrado
 Licenciatura Doutoramento

Indique a frequência do uso de luvas durante um turno de trabalho:

- Sempre Muito frequentemente Pouco frequentemente Nunca

Assinale qual o tipo de luvas que mais utiliza:

- Polietileno ("palhaço") Vinil Nitrilo
 Látex não esterilizado Látex esterilizado Outro _____

Assinale a(s) principal(ais) razão(ões) pela(s) qual(ais) usa luvas (máximo de 2 opções):

- Cumprir protocolos de procedimentos existentes no serviço;
 Minimizar o risco de manipulação de material biológico possivelmente infectado;
 Minimizar o risco de picada/corte;
 Minimizar o risco de transmissão de infecção profissional-utente e/ou utente-profissional;
 Outra: _____

Na sua opinião, no que diz respeito à utilização de luvas, as doenças e/ou acidentes de trabalho acontecem porque (0 – NS/NR, 1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – concordo e 4 – completamente de acordo):

- Os Enfermeiros não se protegem adequadamente
 Os Enfermeiros não estão informados sobre os riscos do seu trabalho
 As condições de trabalho são deficientes
 As luvas não são adequadas
 As luvas não se encontram disponíveis

Como classifica o risco da não utilização de luvas no que diz respeito à possibilidade de contrair doenças e/ou à ocorrência de acidentes?

- Elevado Médio Baixo

Existem no serviço protocolos de procedimentos com indicações sobre quando e como utilizar luvas?

- Sim Não Desconhece

Na maioria das situações, considera as luvas de que dispõe adequadas aos procedimentos?

- Sim Não, Porquê? _____

ANEXO III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

11

António
170125

Dr. Eng. Manuel
P. Infante
171222

Exmo. Sr. Presidente do Conselho
de Administração do Centro Hospitalar
do Alto Minho, S.A (CHAM)

Assunto: Pedido de autorização para realização de observação dos cuidados de Enfermagem e preenchimento de inquéritos pelos profissionais.

Assunto: Pedido de autorização para realização de observação dos cuidados de Enfermagem e preenchimento de inquéritos pelos profissionais.
Elvira Costa
para a realização de
diploma de
licenciatura dos
cuidados de
12.21

Jorge Patrício de Barros Lima, a exercer funções como Enfermeiro no serviço de urgência do CHAM – Delegação de Ponte de Lima, com o número mecanográfico 90253, a frequentar o curso de Mestrado em Engenharia Humana na Universidade do Minho, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para a recolha de dados, através de observação numa primeira fase e inquérito aos profissionais de Enfermagem numa fase posterior, no âmbito da realização da sua tese de mestrado intitulada **“A utilização de Equipamentos de Protecção Individual (EPI’s) pelos profissionais de Enfermagem”**.

DEPH:
A pedido do Director
Regional.
2005.01.17
G. H. S.

Com a concretização do referido estudo pretende-se dar resposta às seguintes questões: “Quais as razões que levam os profissionais de Enfermagem a não usar e/ou usar incorrectamente os EPI’s de que dispõem?” e “Os profissionais de Enfermagem terão a percepção de que correm riscos de contrair ou transmitir infecção?”. Para tal traçam-se os seguintes objectivos:

- Identificar os profissionais de Enfermagem que recorrem aos EPI’s nas suas práticas diárias;
- Identificar as razões que levam os profissionais de Enfermagem a negligenciar a adopção das medidas de protecção individual, nomeadamente luvas e máscaras de protecção;
- Conhecer a opinião dos profissionais de Enfermagem relativamente aos EPI’s de que dispõem e conhecer possíveis relações entre a utilização da protecção individual e a infecção.

Med. 1. Piso B
Não há inconveniente
para o serviço.
01/01/05
Med. 1. Piso 6
Não há inconveniente
para o serviço.
01/01/05

Med. 1. P.
não há inconveniente para
o serviço.
01/01/05

Med. 3
- S. J. Mesuro
13.1.05

Centro Hospitalar do Alto Minho S.A.
Expediente
5434 204 12 10

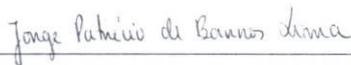
Assim, o estudo incidirá sobre os Enfermeiros pertencentes ao departamento de Medicina do CHAM (sede e delegação) na medida em que se pretende uma população homogénea que possibilite reduzir ao mínimo as discrepâncias no estudo dos parâmetros que se constituirão variáveis, como sejam: comodidade, disponibilidade dos EPI's, formação/motivação para o uso e percepção do risco. Serão estes os aspectos relevantes que darão corpo à observação e inquérito que se pretende levar a cabo, e que oportunamente se darão a conhecer a V. Ex.^a.

Dada a natureza do assunto, pede-se a V. Ex.^a a maior brevidade possível na resposta.

Grato pela atenção e sem outro assunto de momento.

Pede deferimento,

Ponte de Lima, 9 de Dezembro de 2004



(Jorge Patrício de Barros Lima)