

Quézia Boeira da Cunha

**ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO POR TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE MÉTODOS
MISTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Dr^a. Silviamar Camponogara

Santa Maria, RS

2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Boeira da Cunha, Quézia
ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO POR TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE
MÉTODOS MISTOS / Quézia Boeira da Cunha.- 2017.
181 p.; 30 cm

Orientadora: Silviamar Camponogara
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Enfermagem 2. Precauções universais 3. Risco
ocupacional 4. Saúde do trabalhador I. Camponogara,
Silviamar II. Título.

Quézia Boeira da Cunha

**ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO POR TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE MÉTODOS
MISTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 03 de fevereiro de 2017:

Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Prof.^a Dr.^a Maria Meimei Brevidelli (UNIP)

Prof.^a Dr.^a Tania Solange Bosi de Souza Magnago (UFSM)

Prof.^a Dr.^a Rosangela Marion da Silva (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

*Aos trabalhadores de enfermagem, que
fazem desse trabalho uma nobre missão
de vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao final dessa etapa, fico feliz em poder agradecer as pessoas que foram importantes para concretização desse trabalho. De maneira especial, registro aqui minha gratidão sincera:

A Professora Silviamar Camponogara, por todo apoio, pela serenidade, por confiar e me encorajar sempre, mas principalmente pelo exemplo de profissional comprometida e humana, obrigada por todo aprendizado.

Ao meu marido Cristian, meu grande incentivador, por sempre ter me encorajado nos meus desafios, e especialmente nesse, pela compreensão das minhas angústias e aflições, inerentes a vida de qualquer pós-graduando. Essa conquista é nossa, meu bem.

Aos meus pais e irmãos, meus queridos, por terem compreendido as minhas ausências necessárias, mas principalmente por todo amor que me dedicam. A nossa união é a nossa força, não tenho dúvida disso, meu amor eterno a vocês, pai Juarez, mãe Marilda, e manos Mateus e Lucas.

A minha cunhada Liziane, que por um sentimento recíproco se tornou uma irmã para mim. A tua presença gentil nos momentos mais difíceis da minha vida te fez merecedora de todo carinho que tenho por ti. Simplesmente, obrigada.

As minhas amigas Etiane e Camila, os presentes que a pós-graduação me deu, pelo apoio em todos os momentos dessa trajetória e pela amizade sincera que construímos. Admiro cada uma e quero vocês na minha vida para sempre.

Aos membros do grupo de pesquisa, pela parceria nessa grande empreitada. Sem vocês esse trabalho não existiria, minha gratidão sincera.

Aos trabalhadores de enfermagem que aceitaram participar desse estudo, pela disponibilidade de dedicar um tempo para a pesquisa e dessa forma contribuir para a construção do conhecimento na nossa área.

Enfim, a todos que de alguma maneira ou de outra me ouviram, me incentivaram, e me ajudaram a seguir em frente apesar de todos os desafios e dificuldades que surgiram no meio desse caminho. Tenho certeza de que sozinha eu não teria chegado até aqui, muito obrigada!

RESUMO

ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

AUTORA: Quézia Boeira da Cunha

ORIENTADORA: Prof^ª. Enf^ª. Dr^ª. Silviamar Camponogara

Os trabalhadores de enfermagem, em especial os que atuam em ambiente hospitalar, estão expostos diariamente a riscos biológicos, devido ao contato frequente com sangue, secreções e demais fluidos orgânicos. É necessário que estes trabalhadores adotem medidas de proteção, denominadas precauções padrão, no atendimento a cada paciente. O presente estudo teve como objetivo analisar os fatores relacionados à adesão às precauções padrão de trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Caracteriza-se como estudo de método misto com estratégia de triangulação concomitante de dados. A investigação foi realizada em um Hospital Universitário do sul do Brasil no período de julho de 2015 a junho de 2016. A população da pesquisa foram trabalhadores de enfermagem deste cenário - enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem - que atuavam em unidades de atendimento ao paciente, tanto ambulatoriais como de internação. Para a coleta de dados foram utilizados a entrevista semiestruturada e um questionário de pesquisa contendo dois instrumentos: Instrumento de Dados Sociodemográficos e Profissionais e Instrumento de Variáveis Relativas às Precauções Padrão. Foram entrevistados 24 trabalhadores de enfermagem, entre eles: nove enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem. Na etapa quantitativa, foram distribuídos 654 questionários, sendo que destes 602 foram devolvidos preenchidos integralmente. A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise de conteúdo proposto por Bardin, e a análise dos dados quantitativos foi realizada no programa *PASW Statistics* versão 18.0. A maioria dos participantes, 519 (87,5%), era do sexo feminino e concentrou-se na faixa etária de 31 a 40 anos, sendo 186 (31,3%) enfermeiros; 324 (54,4%) técnicos de enfermagem e, 85 (14,3%), auxiliares de enfermagem. Os resultados obtidos no presente estudo apontaram que a adesão às precauções padrão pelos trabalhadores de enfermagem da instituição investigada ocorre parcialmente e sofre influência de fatores individuais, fatores relacionados ao trabalho e fatores organizacionais. Os dados quantitativos apresentaram correlação linear positiva e significativa entre a adesão às precauções padrão e esses fatores, o que foi corroborado com os dados qualitativos produzidos com as entrevistas. Quanto aos fatores individuais, constatou-se que a faixa etária de 41 a 50 anos e ter recebido treinamento em PP no hospital influenciaram significativamente a adesão às precauções padrão. Com relação aos fatores relativos ao trabalho, alguns obstáculos para seguir as PP foram identificados, como: perda de destreza manual com a utilização de Equipamento de Proteção Individual, o desconforto em utilizar esses equipamentos, a priorização das necessidades do paciente em detrimento da segurança profissional, a pressão, entre outras questões. Os fatores organizacionais também apontaram relação com a adesão dos trabalhadores, indicando algumas ações institucionais que podem ser aprimoradas para promoção das práticas de segurança. A mudança de comportamento dos profissionais de saúde representa um grande desafio para os órgãos governamentais, os gestores e para os próprios trabalhadores. Sendo assim, algumas metas podem ser estipuladas para superação das dificuldades ora verificadas. Sugere-se a realização de outras investigações de seguimento para avaliar a evolução da adoção às práticas de segurança.

Palavras-chave: Enfermagem. Precauções universais. Risco ocupacional. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

ADHERENCE TO STANDARD PRECAUTIONS FOR NURSING A UNIVERSITY HOSPITAL WORKERS: STUDY METHODS MIXED

AUTHOR: Quézia Boeira da Cunha
ADVISOR: Prof^ª. Enf^ª. Dr^ª. Silviamar Camponogara

Nursing workers, especially those working in a hospital environment, are exposed daily to biological risks due to frequent contact with blood, secretions and other organic fluids. It is necessary that these workers adopt measures of protection, called standard precautions, in the care of each patient. The present study aimed to analyze individual, work - related and organizational factors related to adherence to the standard precautions of nursing workers at a University Hospital in the south of Brazil. It is characterized as a mixed method study with a concomitant data triangulation strategy. The investigation was carried out in a University Hospital of southern Brazil from July 2015 to June 2016. The research population was nursing workers from this setting - nurses, nursing technicians and nursing assistants - who worked in patient care units, both outpatient and inpatient. For data collection, a semi-structured interview and a research questionnaire containing two instruments were used: Sociodemographic and Professional Data Instrument and Instrument of Variables Relative to Standard Precautions. Twenty-four nursing workers were interviewed, among them: nine nurses, 11 nursing technicians and four nursing assistants. In the quantitative phase, 654 questionnaires were distributed, of which 602 were returned filled out in full. The analysis of the qualitative data was performed through the content analysis proposed by Bardin, and the analysis of the quantitative data was performed in the program PASW Statistics version 18.0. The majority of the participants, 519 (87.5%), were female and concentrated in the age group from 31 to 40 years, of which 186 (31.3%) were nurses; 324 (54.4%) nursing technicians and, 85 (14.3%), nursing assistants. The results obtained in the present study pointed out that adherence to standard precautions by nursing staff of the institution under investigation is partially affected and is influenced by individual factors, factors related to work and organizational factors. Quantitative data showed a positive and significant linear correlation between adherence to the standard precautions and these factors, which was corroborated with the qualitative data produced with the interviews. As for the individual, it was found that the age group 41-50 years and have received training on standard precautions at the hospital significantly influenced the adherence to standard precautions. Regarding the factors related to work, some obstacles to follow the PP were identified, such as: loss of manual dexterity with the use of Personal Protective Equipment, discomfort in using these equipment, prioritization of patient needs in detriment of professional safety, haste, among other issues. Organizational factors also pointed to the workers' adhesion, indicating some institutional actions that could be improved to promote safety practices. Changing the behavior of health professionals poses a major challenge for government agencies, managers and the workers themselves. So, some targets can be set for overcoming the difficulties now checked. Further follow-up investigations are suggested to evaluate the evolution of the adoption of safety practices.

Keywords: Nursing. Universal Precautions. Occupational Risk. Worker's health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Apresentação do número de total de trabalhadores da instituição, trabalhadores excluídos, elegíveis, recusas e número final de participantes por unidade de trabalho. Brasil – RS, 2015-2016.....	52
Tabela 2 -	Caracterização profissional e demográfica dos trabalhadores de enfermagem (N = 602) que atuavam em um hospital universitário do sul do Brasil. Brasil – RS, 2015-2016.....	60
Tabela 3 -	Coeficiente Alfa de Cronbach do Instrumento de Variáveis Relativas às PP. Brasil - RS, 2015-2016.....	62
Tabela 4 -	Distribuição dos escores médios por escalas que compõem os fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais em um hospital universitário do sul do Brasil. Brasil-RS, 2015-2016.....	63
Tabela 5 -	Distribuição dos escores médios das escalas entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil (N=602). Brasil – RS, 2015-2016.....	64
Tabela 6 -	Distribuição dos trabalhadores das unidades da instituição de acordo com a classificação de Adesão às PP (N=602). Brasil – RS, 2015-2016.....	66
Tabela 7 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala de Adesão às Precauções Padrão (N= 602). Brasil – RS, 2015-2016.....	67
Tabela 8 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Personalidade de Risco (N= 602). Brasil – RS, 2015-2016.....	69
Tabela 9 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Eficácia da Prevenção (N= 602). Brasil– RS, 2015-2016.....	70
Tabela 10 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Percepção de Risco (N= 602). Brasil – RS, 2015-2016.....	70
Tabela 11 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV (N= 602). Brasil – RS, 2015-2016.....	71
Tabela 12 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Obstáculos para Seguir as Precauções Padrão (N= 602). Brasil – RS, 2015-2016.....	72
Tabela 13 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Carga de Trabalho (N= 602). Brasil – RS, 2015-2016.....	73
Tabela 14 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Clima de Segurança (N= 602). Brasil – RS, 2015-2016.....	73
Tabela 15 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (N= 602). Brasil – RS, 2015-	75

	2016.....	
Tabela 16 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Treinamento em Prevenção da Exposição Ocupacional ao HIV (N= 602). Brasil – RS, 2015-2016.....	75
Tabela 17 -	Tabela 17 – Correlação de Person (r) entre as escalas de fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais (N=602). Brasil - RS, 2015-2016.....	76
Tabela 18 -	Correlação de Person (r) entre as escores globais dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais e a escala de Adesão às PP (N=602). Brasil - RS, 2015-2016.....	78
Tabela 19 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a idade e a classificação de Adesão às PP (N=564). Brasil – RS, 2015-2016.....	79
Tabela 20 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o sexo e a classificação de Adesão às PP (N=593). Brasil – RS, 2015-2016.....	79
Tabela 21 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e a classificação de Adesão às PP (N=595). Brasil – RS, 2015-2016.....	80
Tabela 22 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o tempo de formação profissional e a classificação de Adesão às PP (N=577). Brasil – RS, 2015-2016.....	81
Tabela 23 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o treinamento recebido e a classificação de Adesão às PP (N=586). Brasil – RS, 2015-2016.....	81
Tabela 24 -	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o vínculo de trabalho e a classificação de Adesão às PP (N=590). Brasil – RS, 2015-2016.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Apresentação dos artigos que compõem o corpus da pesquisa bibliográfica	34
Quadro 2 -	Apresentação das variáveis sócio demográficas e profissionais utilizadas no estudo.....	53
Quadro 3 -	Interpretação dos escores obtidos em cada escala do Instrumento de Variáveis Relativas às PP.....	57
Quadro 4 -	Ações gerenciais sugeridas para promoção da adoção às PP.....	149

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMV	Citomegalovírus
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
NEPE	Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PP	Precaução Padrão
POP	Procedimento Operacional Padrão
RJU	Regime Jurídico Único
SOST	Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	Biossegurança e as relações entre o trabalho e a subjetividade.....	21
3.2	Risco biológico e medidas de proteção.....	24
3.3	Artigo: Fatores que interferem na adesão às precauções padrão por profissionais da saúde: revisão integrativa.....	29
4	MÉTODO.....	44
4.1	Natureza da pesquisa.....	44
4.2	Cenário da pesquisa.....	46
4.3	População da pesquisa.....	49
4.4	Coleta de dados e operacionalização.....	51
4.5	Organização e análise dos dados.....	55
4.6	Aspectos Éticos.....	58
5	RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	60
5.1	Caracterização dos participantes e confiabilidade das escalas.....	60
5.2	Descrição dos escores médios da adesão às PP e dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais.....	63
5.3	Descrição dos itens das escalas que compõem a adesão às PP e os fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais por frequência das respostas.....	67
5.4	Correlação entre os fatores individuais, relativos ao trabalho, organizacionais e a Adesão às Precauções-Padrão.....	76
5.5	Comparação da adesão às precauções padrão entre as variáveis sócio demográficas.....	79
6	RESULTADOS QUALITATIVOS.....	83
6.1	Percepção sobre fatores que interferem na adesão às precauções padrão pelos trabalhadores de enfermagem.....	83
7	DISCUSSÃO – INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS.....	127
7.1	Adesão às PP.....	128
7.2	Fatores individuais.....	132
7.3	Fatores do trabalho.....	138
7.4	Fatores organizacionais.....	141
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
	REFERÊNCIAS.....	151

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pesquisa qualitativa.....	159
Apêndice B –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pesquisa quantitativa.....	162
Apêndice C –	Identificação dos entrevistados e roteiro para a entrevista semiestruturada.....	165
Apêndice D –	Instrumento de variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem.....	167
Apêndice E –	Termo de confidencialidade.....	168

LISTA DE ANEXOS

Anexo A –	Instrumento de variáveis relativas as precauções padrão (PP).....	170
Anexo B –	Parecer do comitê de ética em pesquisa	174

É necessário fazer outras perguntas, ir atrás das indagações que produzem o novo saber, observar com outros olhares através da história pessoal e coletiva, evitando a empáfia daqueles e daquelas que supõem já estar de posse do conhecimento e da certeza.

Mário Sérgio Cortella

1 INTRODUÇÃO

O processo de viver humano é permeado pelo risco, um conceito complexo e que alcança, praticamente, todas as dimensões da vida. A ideia que temos hoje de risco é reflexo da reorientação das relações das pessoas com eventos futuros, pois, antes, risco era associado com fatalidade, e hoje foi ressignificado em controle possível (LUIZ; COHN, 2006). No âmbito da saúde, os estudos se concentram sob o enfoque da epidemiologia, que define o risco como “probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente”, e, nesse contexto, a determinação do risco, em termos probabilísticos, está intimamente ligada a valorização da segurança (LUIZ; COHN, 2006).

O ambiente de trabalho hospitalar oferece riscos iminentes às pessoas e, por isso, necessita ser objeto de processos de avaliação e controle constantes (SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012). Os trabalhadores que atuam nesse meio estão expostos, diariamente, a vários riscos ocupacionais, entre eles os causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos. O risco ocupacional dentro de uma instituição hospitalar está relacionado à realização de diversos tipos de procedimentos e intervenções terapêuticas que expõe os trabalhadores ao contato com sangue, secreções e demais fluidos orgânicos. Este tipo de risco é denominado risco biológico, e é considerado a principal fonte de risco à saúde desses trabalhadores (KOERICH *et al.*, 2006; MIRANDA; STANCATO, 2008).

Apesar de o risco ocupacional com agentes infecciosos ser conhecido desde o início dos anos 40 do século XX, os trabalhadores da área da saúde não eram considerados uma categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho. A partir da epidemia de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), no início da década de 80, foram desenvolvidas medidas profiláticas e o acompanhamento clínico-laboratorial de trabalhadores expostos aos patógenos de transmissão sanguínea (BRASIL, 2000). A partir de então, ficou evidente que o exercício do trabalho em saúde está associado à exposição contínua a riscos biológicos.

Tendo como foco a saúde dos trabalhadores, em 1985, foram recomendadas pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos, normas específicas para manejo com fluidos e sangue, revisadas e denominadas de precauções-padrão (PP) (MIRANDA; STANCATO, 2008). As PP são medidas de proteção que devem ser utilizadas pelos trabalhadores de saúde na manipulação de artigos médico-hospitalares e na assistência a

todos os pacientes, partindo do princípio de que quaisquer fluídos corporais (exceto suor) podem conter agentes infectantes (VALLIM *et al.*, 2014). Considera-se que todo paciente é fonte de risco potencial, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa (BRASIL, 2000).

Essas medidas incluem o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), como luvas, aventais, óculos de proteção, protetores faciais, que têm a finalidade de formar uma barreira contra a transmissão de agentes patogênicos, reduzindo os riscos de danos à saúde dos profissionais e também prevenindo infecções relacionadas à assistência à saúde. Esses equipamentos devem ser utilizados de acordo com o tipo de atividade a ser realizada e o risco de exposição aos patógenos.

A literatura aponta que cerca de 60 espécies de patógenos já foram transmitidas após exposição ocupacional. Entretanto, os agentes de maior relevância epidemiológica são os vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV) e vírus da imunodeficiência humana (HIV) (FERREIRA, PIMENTA, FACCHIN, *et al.*, 2015). Em instituições hospitalares, a prevalência desses vírus é mais elevada que na população em geral, por isso, os trabalhadores da saúde que atuam em hospitais estão mais expostos a esses agentes infectantes (LEE, 2009).

A exposição ocupacional dos trabalhadores de saúde pode ocorrer por meio de acidentes com materiais perfuro cortantes, com respingos de sangue em mucosas ou pele não-íntegra, com inalação de aerossóis ou partículas maiores, entre outros. A via percutânea é a mais comum dentre as diversas formas de exposição ocupacional (MALAGUTI-TOFFANO, 2012; FERREIRA, PIMENTA, FACCHIN *et al.*, 2015).

O risco ocupacional a materiais biológicos varia de acordo com o tipo de exposição, e de acordo com outros fatores como: gravidade do acidente, tamanho da lesão, presença e volume de sangue envolvido, além de condições clínicas do paciente-fonte e do uso ou não de profilaxia pós-exposição (LUCENA *et al.*, 2011). Estima-se que o risco de infecção ocupacional por HIV, após uma exposição percutânea com sangue infectado, é de aproximadamente 0,3% e, após exposição em mucosas, de aproximadamente 0,09%. Com relação ao vírus da hepatite B (HBV), o risco de infecção varia de seis a 30%, podendo chegar até 60%, de acordo com o estado do paciente-fonte, entre outros fatores. Quanto ao vírus da hepatite C (HCV), o risco de contaminação após um acidente ocupacional percutâneo com paciente-fonte HCV positivo é de cerca de 1,8%, podendo variar de 0 a 7% (LUCENA *et al.*, 2011).

O primeiro relato de HIV devido a exposição ocupacional descrito na literatura, no Brasil, ocorreu em 1994. Esse caso ocorreu com uma enfermeira de um hospital privado que

sofreu um acidente de trabalho, durante um procedimento de punção venosa, em um paciente com diagnóstico clínico e laboratorial de Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS). Essa ocorrência foi reconhecida como acidente de trabalho pelo Ministério do Trabalho, após uma investigação legal (SANTOS, MONTEIRO e RUIZ, 2002).

Em todo o mundo, foram publicados cerca de 103 casos comprovados e outros 219 casos prováveis de trabalhadores de saúde contaminados pelo HIV, por acidentes de trabalho (BRASIL, 2000). Atualmente, o registro de acidentes de trabalho envolvendo material biológico é regulamentado por lei, além de haver um protocolo específico do Ministério da Saúde para profilaxia pós-exposição ocupacional, sendo esse o último recurso para prevenção da transmissão ocupacional de doenças infecto contagiosas. (BRASIL, 2000)

Os trabalhadores de enfermagem, pelas características próprias do seu trabalho, são considerados os mais expostos aos riscos biológicos no ambiente hospitalar. Estudos apontam que esses profissionais são os que mais sofrem acidentes e os que apresentam maiores índices de soroconversão ao HIV (ALMEIDA, CANINI, REIS et al, 2015; VIEIRA, PADILHA, 2011; VOIDE, DARLING, KENFAK-FOGHENA et al, 2012).

Apesar do conhecimento da necessidade de adoção das PP, por parte dos profissionais de enfermagem, percebe-se que os mesmos continuam vulneráveis a esses riscos. Segundo, Koerich *et al.* (2006), essa vulnerabilidade, compreendida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco a que esses trabalhadores estão expostos, depende basicamente de três fatores. O primeiro fator é individual e está relacionado ao profissional de saúde, com suas características pessoais e experiência profissional; refere-se à capacidade de cada pessoa em adotar comportamentos seguros, bem como a capacidade de tomar decisões próprias. O segundo fator é social, e está relacionado com a maneira como as pessoas se relacionam com os outros e quanto seus direitos e necessidades são atendidas. Um terceiro fator é designado programático e tem relação com as ações institucionais para aumentar o acesso das pessoas à informação. Dessa forma, os autores entendem que a vulnerabilidade depende, em parte, de cada trabalhador, da estrutura organizacional das instituições de saúde e, também das condições de cidadania de cada profissional.

Muitas vezes, os riscos ocupacionais podem ser ou estar ocultos por falta de conhecimento ou de informação dos profissionais, fazendo com que muitos tenham dificuldades de compreender, aceitar e aderir às medidas de segurança preconizadas. Ao analisar casos de acidentes com material biológico entre trabalhadores da equipe de enfermagem, Mendonça *et al.* (2014) relatam que há carência de uma cultura de segurança

frente ao risco biológico, tendo em vista que, ao observar os trabalhadores durante sua prática laboral, os pesquisadores constataram que as medidas preventivas, como o uso adequado das PP, assim como as medidas após a ocorrência do acidente foram negligenciadas.

De maneira semelhante, Cirelli *et al.* (2007) observaram, em uma população com trabalhadores de enfermagem de um hospital privado, que 84,4% das punções venosas foram realizadas sem luvas. Nesse estudo, os profissionais referiram que a estrutura física e a oferta de materiais de proteção eram adequadas, o que indica que esses fatores não foram determinantes para a não adesão às PP.

Alguns pesquisadores defendem que os trabalhadores conhecem os riscos a que estão expostos, entretanto, esse conhecimento não se transforma em uma ação segura de prevenção de acidentes (NEVES *et al.*, 2011). Esses mesmos autores identificaram que existem diversas barreiras que interferem nas questões de segurança dos trabalhadores, como: comunicação, sobrecarga de trabalho, estrutura física, acessibilidade aos equipamentos de proteção, além de aspectos organizacionais e gerenciais. No entanto, destacam que a adesão aos equipamentos de proteção, apesar de sofrer influência do contexto vivenciado, no ambiente de trabalho, bem como pelas crenças e valores individuais, é uma decisão individual do trabalhador (NEVES *et al.*, 2011). Nesse sentido, percebe-se que muitos trabalhadores da saúde são resistentes à utilização das PP, indicando que há uma subestimação do risco de se infectar (KOERICH *et al.*, 2006).

Autores realizaram uma revisão bibliográfica com o objetivo de caracterizar o perfil das publicações nacionais acerca do risco biológico entre trabalhadores da enfermagem (ALMEIDA; TIPPLE; SOUZA, et al, 2009). Identificaram que a maioria dos estudos discute aspectos epidemiológicos dos acidentes com material biológico; outra parcela das pesquisas buscou identificar o risco biológico no ambiente de trabalho da enfermagem; e uma pequena parte das publicações teve como tema central a adesão às medidas preventivas. Almeida *et al.* (2009) ressaltam a importância de todos os tipos de estudo, porém destacam a necessidade de estudos que contribuam para a construção de indicadores de intervenções que previnam acidentes, e que investiguem os motivos que levam os trabalhadores a colocarem sua saúde e a dos pacientes em risco, quando negligenciam o comportamento correto.

Tendo em vista a relevância da adoção às precauções padrão para a prevenção de agravos a saúde dos trabalhadores e, também, como forma de fundamentar o presente estudo, foi realizada uma revisão integrativa¹ da literatura, onde buscou-se identificar e analisar

1. Estudo mais bem detalhado no Capítulo três.

evidências apresentadas em artigos a respeito dos fatores que influenciam na adesão às PP. Nessa revisão, concluiu-se que diversos fatores têm influência sobre a adesão dos profissionais às PP, e que a análise desses fatores é fundamental afim de promover aqueles que levam a adoção universal e eliminar/controlar aqueles que dificultam a adoção dessas medidas protetivas. Alguns autores reforçam a necessidade de novas investigações para melhor análise e aprofundamento desse fenômeno (EFSTATHIO *et al.*, 2011; BOTTARO, PEREIRA, REINATO *et al.*, 2016).

Nesse sentido, destaca-se a importância de estudos mistos, que integrem abordagens qualitativas e quantitativas, os quais possibilitam uma análise mais aprofundada dos fenômenos sob investigação, oferecendo maiores subsídios para reflexões e proposições. Diante disto, o presente estudo teve como questão de pesquisa: Quais fatores estão relacionados à adesão as precauções padrão de trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário do sul do Brasil?

Com esta pesquisa, espera-se contribuir para construção do conhecimento na área da enfermagem, bem como para a melhoria do processo de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que os resultados apresentados poderão subsidiar os gestores na condução de estratégias para o aperfeiçoamento do uso das PP.

Este estudo fez parte de uma investigação vinculada ao Grupo de Pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, no qual a mestranda está inserida desde 2012.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores relacionados à adesão às precauções padrão de trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário quanto às características sócio demográficas e profissionais;

- Conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário sobre adesão as precauções padrão e sobre os fatores que se relacionam a essa adesão;

- Descrever os escores e os itens das escalas que compõem os fatores individuais, os relativos ao trabalho, e os organizacionais;

- Verificar os fatores associados com a adesão às PP, como as características sócio demográficas e profissionais da população estudada, e os escores dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, serão apresentados alguns conceitos que tem por finalidade favorecer a melhor compreensão do estudo desenvolvido. Apresenta dados da literatura a respeito das características do trabalho em saúde, da influência da subjetividade nas normas de biossegurança, assim como, dados relativos ao risco biológico e às medidas preventivas, e os fatores que influenciam na adesão a essas medidas.

3.1 BIOSSEGURANÇA E AS RELAÇÕES ENTRE O TRABALHO E A SUBJETIVIDADE

O trabalho é uma atividade central na história da humanidade e a condição básica para a mesma (ANTUNES, 2013). Na área da saúde, o trabalho tem sofrido a influência do modo de produção capitalista, tendo em vista que por meio da transformação de praticamente todas as atividades humanas em mercadoria, inclusive aquelas que eram tradicionalmente realizadas pela família e/ou comunidade, o cuidado também passou a ser progressivamente institucionalizado, adquirindo o *status* de serviço a ser consumido e também comprado (LUNARDI *et al.*, 2010).

As características do trabalho em saúde são semelhantes ao do setor de serviços, e seus trabalhadores são diferentes dos que atuam na de produção material do tipo industrial (PIRES, 2000). No trabalho em saúde, o produto final, que é a prestação da assistência, é vinculado ao trabalhador que o executou. Dessa forma, esse tipo de atividade pode ser normatizada apenas até certo ponto, pois sempre há espaço para adaptação e criatividade de quem a executa, que precisa saber aplicar a norma geral a casos particulares. Assim, o trabalho que realmente foi realizado poucas vezes é o mesmo que foi prescrito. Nesse sentido, precisa haver espaço para a autonomia relativa do trabalhador em saúde, que necessita de uma capacitação superior e mais complexa e não apenas ser um mero executor de tarefas normatizadas (Offe e Berger, 1991 apud ASSUNÇÃO; BRITO, 2011, p.10).

Para Mehry (2003), o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do que o autor denomina trabalho vivo em ato. Isso significa que a atividade laboral em saúde se afirma em tecnologias relacionais, ou seja, nos encontros entre subjetividades que portam um

grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção. Este modo de trabalho vivo em ato implica uma imprevisibilidade que impossibilita, fora do encontro, marcar a subsunção de um pólo sobre outro, de uma valise sobre a outra, pois ele é construído pela ação territorial dos atores em cena, “no ato intercessor do agir em saúde” (MEHRY, 2008, p. 1954).

As subjetividades individuais de cada trabalhador estão muito relacionadas ao seu trabalho, pois se sabe que a prática em saúde, embora embasada em uma teoria científica, é profundamente dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos destes trabalhadores, envolvendo interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações concretas e singulares (SANTOS et al., 2008). Neste encontro de subjetividades ocorrem influências recíprocas, por meio de negociações implícitas, onde as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores (MOSCOVICI, 2013).

O trabalho em saúde, por ser complexo, e, por vezes, potencialmente adverso, exige dos trabalhadores grande capacidade de reflexão para compreender os principais problemas que esse cenário impõe. Esse trabalhador, que assume diversas tarefas e funções, torna-se vulnerável aos acidentes, às doenças profissionais e às contaminações por agentes biológicos, e ao processo de desgaste físico e psicológico (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011).

Com relação ao trabalho da enfermagem, especificamente, autores (Guimarães e Felli, 2016) ressaltam que a saúde desse trabalhador está comprometida, reflexo das altas jornadas de trabalho, dos múltiplos vínculos de emprego, baixos salários, elevado número de licenças médicas, acidentes e dias gastos, bem como pelas más condições no ambiente laboral. A própria dinâmica de trabalho da equipe nas instituições hospitalares expõe os trabalhadores a condições inadequadas e determinantes de diversos problemas de saúde notificados, conforme evidenciado em um estudo epidemiológico realizado em três hospitais gerais universitários do estado de São Paulo (GUIMARÃES E FELLI, 2016).

Estudo semelhante, realizado em um hospital de ensino de Curitiba – PR, concluiu que os indicadores de saúde do trabalhador evidenciaram problemas decorrentes das características e da dinâmica do trabalho do ambiente hospitalar, especialmente nos setores em que as rotinas são mais intensas e desgastantes, como na Unidade de Terapia Intensiva, no Centro Cirúrgico e no Pronto-Socorro. Os resultados também apontaram para a exposição do trabalhador aos diversos tipos de cargas de trabalho, com predomínio para as cargas biológicas, fisiológicas e psíquicas. Essas cargas refletem os processos de trabalho em saúde, cujas atividades são caracterizadas pelo contato próximo com o paciente, exposição a fluídos

corporais, manipulação de pesos e por rotinas intensas e desgastantes de trabalho (SANTANA, SARQUIS, MIRANDA 2016).

A biossegurança é definida como o conjunto de ações destinadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos intrínsecos às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços. Tais riscos podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade do trabalho desenvolvido (TEIXEIRA; VALLE, 2010).

Ao analisar os aspectos relativos à biossegurança e, tendo em vista que o ambiente hospitalar é um local permeado por eventos inesperados e com potencial de riscos para os trabalhadores e para o meio ambiente, é fundamental que esses trabalhadores compreendam a importância das boas práticas de segurança preconizadas por normas e manuais. No entanto, a realidade, muitas vezes, traz algumas fragilidades em vários aspectos, como: falta de equipamentos, carência de qualificação, falta de estrutura física, etc. O ato de trabalhar exige que o trabalhador preencha essa lacuna entre o prescrito e a realidade, caracterizando como bom desempenho profissional a capacidade de superar os obstáculos advindos das mais variadas situações. Nesse espaço, abre-se um caminho para a subjetividade do trabalhador fazer os ajustes necessários com o uso do bom senso e da criatividade (NAVARRO; CARDOSO, 2009).

Em função disso, as práticas de biossegurança não podem ser entendidas apenas como parte do trabalho técnico, pautado exclusivamente na objetividade dos procedimentos. Nesse sentido, as estratégias educacionais e de intervenção precisam contemplar também elementos da subjetividade dos trabalhadores em saúde (NAVARRO; CARDOSO, 2009).

O trabalho em estabelecimentos de saúde exige que o trabalhador esteja atento às normas de biossegurança, garantindo a proteção da sua saúde. Os trabalhadores que atuam em hospitais estão expostos a doenças graves como: tuberculose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e hepatite B e C, dentre outras. Essas doenças são de alta incidência e de considerável subnotificação, sendo que as últimas se configuram como fatais, além de causarem consequências catastróficas na vida pessoal e social do indivíduo (PENTEADO; OLIVEIRA, 2010).

Na prática profissional, observa-se que os trabalhadores de saúde estão, muitas vezes, à mercê da falta de segurança e condições adequadas de trabalho. Desse modo, se evidenciam razões para serem discutidas questões que envolvem a biossegurança no desenvolvimento de

suas funções laborais, principalmente no que diz respeito à prevenção dos riscos ocupacionais (VALLE *et al.*, 2012).

Para compreender melhor a importância das práticas de segurança na diminuição do risco biológico a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos diariamente, faz-se necessário conhecer melhor esses conceitos e as normatizações que foram instituídas ao longo do tempo com esse fim específico. Assim, no próximo item, serão discutidos esses aspectos.

3.2 RISCO BIOLÓGICO E MEDIDAS DE PROTEÇÃO

As questões relativas ao trabalho, tanto de suas formas de organização como de seus reflexos, especialmente na saúde dos trabalhadores, têm sido alvo de diversas discussões (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011). Percebe-se o avanço no desenvolvimento de conhecimentos a respeito das doenças decorrentes do trabalho, bem como de acidentes de trabalho, além de um conjunto de leis que vem se consolidando, a partir do século XX, com o objetivo de regular as relações entre o capital e o trabalho na sociedade ocidental (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), todos os anos, cerca de 330 milhões de trabalhadores são vítimas de acidentes de trabalho em todo o mundo, além de 160 milhões de novos casos de doenças ocupacionais. Sobre as mortes, a OIT aponta mais de dois milhões relacionadas ao trabalho: 1.574.000 por doenças, 355.000 por acidentes e 158.000 por acidentes de trajeto (ANUÁRIO BRASILEIRO DE PROTEÇÃO, 2010).

Com relação ao trabalho da enfermagem, verifica-se que esta categoria está exposta a diversos riscos, pois, pela natureza do seu trabalho, a enfermagem é caracterizada pela sua longa permanência no ambiente hospitalar, contato permanente com pacientes portadores de diversas patologias, manuseio com material biológico de risco e, também, com diversos materiais perfuro cortantes (OLIVEIRA; FERREIRA; COSTA FEITOSA, *et al.*, 2009). Zapparoli e Marziali (2006) enfatizam que a enfermagem é o grupo com maior representatividade dentro dos hospitais e, por estar diretamente ligada ao cuidado, sujeita-se aos riscos ocupacionais em maior proporção. A literatura aponta para a predominância de acidentes com material biológico, especificamente entre os profissionais da enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (DORNELLES, CARVALHO e THOFEHRN *et al.*, 2016).

Para Oliveira et al (2009), os enfermeiros, particularmente os que estão inseridos no contexto hospitalar, estão expostos a vários riscos de adquirir doenças ocupacionais e do trabalho. Segundo o CDC (2001), ocorrem cerca de 385.000 acidentes com agulhas e outros tipos de materiais por ano, sendo, em média, quase 1.000 acidentes por dia que expõem os trabalhadores da área da saúde

Porto (2000) define risco ocupacional como toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo ou ambiente de trabalho possa causar dano à saúde, seja por meio de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores, ou ainda por poluição ambiental. Dentre os principais riscos ocupacionais aos quais estão sujeitos os trabalhadores de enfermagem, o risco biológico é conceituado como a probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos como: microrganismos, geneticamente modificados ou não; culturas de células; parasitas; toxinas e príons¹ (BRASIL, 2005a).

A vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem ao risco biológico é constante pela exposição a material biológico, durante manuseio direto com sangue e fluidos corpóreos de pacientes, os quais são possíveis fontes de transmissão (RIBEIRO *et al.*, 2010). Sabe-se da presença do risco biológico, porém é o acidente biológico que envolve a exposição ao material potencialmente contaminado. Além disso, é necessário considerar o tipo de exposição, o instrumento de trabalho envolvido e a área corporal exposta (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

A literatura aponta para alguns fatores que predisõem a ocorrência de acidentes de trabalho, como: o descarte do material, a falta de atenção, pressa nas urgências, descuido, distração no atendimento a pacientes agitados, sobrecarga de trabalho, procedimentos de punção venosa e, a não utilização adequada de Equipamento de Proteção Individual (EPI) (VALLIM e MARZIALE, 2011).

Na tentativa de diminuir os riscos vinculados à exposição a materiais biológicos foram publicadas, em 1970, pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), normas/medidas de Biossegurança em um manual denominado "Técnicas de Isolamento para

1. Príons: estruturas protéicas alteradas relacionadas como agentes etiológicos das diversas formas de encefalite espongiforme - exemplo: a forma bovina, vulgarmente conhecida por "mal da vaca louca", que, atualmente, não é considerada de risco relevante para os trabalhadores dos serviços de saúde.

uso em hospitais", o qual foi revisado em 1975. O manual recomendava sete categorias de "precaução de isolamento", a saber: Estricto, Protetor, Respiratório, Ferida e Pele, Precauções Entéricas, Precauções por secreção e Precauções por sangue. As doenças eram agrupadas pelo seu modo de transmissão e assim eram normatizadas as medidas a serem tomadas (GARCEZ, 2010).

Em 1985, com o surgimento da AIDS e alguns estudos sobre Hepatite B, foram publicadas, pelo CDC, normas específicas para fluídos e sangue denominadas de **Precauções Universais** (MOZAEHI, 2005). E, em 1987, um novo esquema de precauções universais foi proposto, destacando-se, entre as orientações, o uso de barreiras para proteção do profissional (luvas, avental, óculos), lavagem das mãos e cuidados com materiais perfuro-cortantes.

Em 1996 tais orientações foram reeditadas, sendo denominadas como **Precauções Padrão** (PP). Tal norma ampliou os cuidados não apenas para o sangue, mas também para todas as secreções orgânicas (NEVES *et.al.*, 2010).

Em 2007, o CDC publicou o "Guia para Isolamento e Precauções: Prevenindo a Transmissão de Agentes Infecciosos nos Serviços de Assistência à Saúde 2007" (*The Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007*). Entre as principais alterações desta versão estão: a transição dos cuidados hospitalares para outros ambientes, como domicílio e ambulatórios; recomendações quanto à higiene respiratória; práticas seguras para administração de injetáveis; uso de máscaras em alguns procedimentos como anestesia epidural; ambiente protetor para pacientes imunodeprimidos e evidência do aumento continuado de infecções por microrganismos multidrogarresistentes em todos os níveis de assistência à saúde (SIEGEL *et al.*, 2007).

Desta forma, a recomendação é para que as PP sejam adotadas por todos os trabalhadores envolvidos na assistência aos pacientes atendidos, tanto em instituições de saúde como no domicílio, independente da doença inicialmente diagnosticada. Todos os pacientes, mesmo não apresentando sintomas específicos, devem ser considerados potenciais portadores de doenças transmissíveis e, portanto, o trabalhador de saúde deve adotar uma postura de precaução para não se infectar ou servir de vetor para transmitir doenças para outros pacientes ou para seus familiares. A adoção de medidas de PP é importante para prevenir a aquisição das seguintes doenças – hepatite B (VHB), hepatite C (VHC), citomegalovírus (CMV), vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), sífilis, doença de chagas, influenza, herpes, além de doenças menos frequentes, onde é possível veiculação (CDC, 1986).

As recomendações das PP são um conjunto de técnicas conhecidas que devem ser adotadas para o atendimento de pacientes, principalmente na presença de fluídos corpóreos ou sangue (MOZAEHI, 2005). Essas medidas incluem higienização das mãos antes e após o contato com o paciente; o uso de luvas, avental fechado, máscara e óculos no manuseio de equipamentos e de artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação, e também nas situações em que houver risco de contato com sangue, com líquidos corpóreos, com secreções e com excreções (exceto o suor); e cuidados na manipulação e no descarte de materiais perfuro-cortantes, entre outros (CDC, 1986).

Durante a realização de procedimentos que envolvam a manipulação de material perfuro cortante, algumas recomendações específicas devem ser observadas: ter a máxima atenção durante a realização dos procedimentos; jamais utilizar os dedos como anteparo; as agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos; não devem ser utilizadas agulhas para fixar papéis; todo material perfuro cortante, mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa; os coletores específicos para o descarte de material perfuro cortante não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total, e devem ser colocados em locais próximos onde são realizados os procedimentos (BRASIL, 2000).

Associado as PP encontra-se o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), os quais têm como função proteger a pele, as mucosas e roupas dos trabalhadores do contato com o material biológico. Como EPI cita-se o uso de luvas, avental, óculos protetores, protetor facial, máscaras e respiradores para proteção de membranas mucosas, vias respiratórias, pele e roupas de profissionais. O uso correto do EPI é caracterizado como prevenção primária da exposição ao material biológico, pois reduz a exposição ocupacional ao sangue e outros fluidos orgânicos (RIBEIRO *et.al.*, 2010; NEVES *et.al.*, 2010). Dessa forma, quando utilizados corretamente, auxiliam os profissionais na conduta adequada de técnicas e prestação de serviço. Essas medidas tendem a garantir a melhoria da assistência, a diminuição de infecções, assim como a prevenção de lesões tanto para trabalhadores quanto para os pacientes e seus familiares (BRASIL, 2005a).

O emprego das PP e o uso de EPI durante a execução de procedimentos e cuidados aos pacientes na prática do cuidado reduz o risco à exposição ao material biológico e, conseqüentemente, potencializa a proteção do profissional. O Ministério da Saúde estima que a frequência de exposições a sangue pode ser reduzida em mais de 50%, quando esforços são direcionados para o cumprimento das PP (BRASIL, 2000). Porém, observa-se que, muitas

vezes, os trabalhadores de enfermagem executam suas tarefas sem o uso adequado de EPI e sem a preocupação com a exposição aos riscos (RIBEIRO *et al.*, 2010).

As normas nacionais e internacionais, que abordam medidas preventivas frente ao risco biológico, atribuem funções que são de responsabilidade dos empregadores e funções que cabem aos próprios trabalhadores em saúde. Entre as atribuições dos empregadores estão a disponibilização de meios para descarte, transporte, armazenamento e disposição final dos resíduos biológicos, bem como a capacitação periódica dos trabalhadores no manejo destes; o custeio do atendimento médico, da solicitação de exames laboratoriais, da imunização do trabalhador e toda a assistência em caso de acidente relacionado à exposição a material biológico; a disponibilização de EPI aprovado por órgão competente; a avaliação e disponibilização de materiais perfuro-cortantes com dispositivo de segurança, com agulhas retráteis; a capacitação dos trabalhadores antes do início das atividades e de forma contínua; a avaliação e a inspeção periódica do ambiente de trabalho. Entre as atribuições dos trabalhadores a legislação define como dever destes frente aos riscos biológicos o uso de EPI, o correto descarte dos materiais perfuro-cortantes, o não reencape de agulhas, a redução e o correto manejo dos resíduos biológicos, a higienização das mãos antes e depois de qualquer procedimento, a notificação e tratamento médico após acidente de trabalho e a imunização (GALON *et al.*, 2011).

Entre as diversas Leis Nacionais que regulamentam a saúde e a segurança ocupacional dos profissionais de saúde frente ao risco biológico, pode-se citar a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), criada por meio da Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. A finalidade da NR 32 é estabelecer as diretrizes básicas para que os estabelecimentos de saúde possam implementar medidas de proteção à segurança e à saúde dos profissionais de saúde, bem como daqueles que exerçam atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Essas medidas visam a diminuição dos acidentes ocupacionais (SILVA *et al.*, 2012).

Apesar de o Brasil ter uma legislação que contempla grande parte das recomendações internacionais quanto a exposição ocupacional aos agentes biológicos, Galon *et al.* (2011) apontam que existe uma ineficiência de fiscalização da adoção das recomendações de segurança nos locais de trabalho. Além disso, aponta para a inversão na concepção e nos métodos de prevenção dos acidentes de trabalho, com a persistência da ideia de que o risco é inerente à atividade e que a exposição a esse risco é algo aceitável. Essa realidade não é consequência da impossibilidade técnica de controlar ou eliminar o risco, mas sim da falta de valorização da saúde e da vida dos trabalhadores (GALON *et al.*, 2011).

Diante disso, percebe-se que o uso adequado de medidas de proteção com relação ao risco biológico pelos profissionais da saúde é um tema complexo, e que possui influência de diversos fatores. O próximo item busca detalhar esses fatores a luz da literatura com estudos que abordam o assunto.

3.3 ARTIGO: ESTUDO DE REVISÃO¹

FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA¹

FACTORES QUE INTERFEREN CON LA ADHESION DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR POR PROFESIONALES DE SALUD: REVISIÓN INTEGRADORA

FACTORS THAT INTERFERE WITH ADHERENCE TO STANDARD PRECAUTIONS FOR HEALTH PROFESSIONALS: INTEGRATIVE REVIEW

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores que interferem na adesão às precauções padrão por trabalhadores de saúde em instituições hospitalares. **Método:** Revisão integrativa conduzida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *US National Library of Medicine* e *SciVerse Scopus*. **Resultados:** Dezesesseis estudos atenderam aos critérios estabelecidos. Evidenciou-se fatores que influenciam na adesão: fatores individuais – conscientização, percepção do risco, percepção da eficácia das medidas de proteção, crenças e valores, conhecimento, subjetividade, relações interpessoais; fatores relacionados ao trabalho – carga de trabalho, obstáculos do trabalho; e fatores organizacionais – disponibilidade de equipamento de proteção individual, estrutura física, supervisão, ações gerenciais. **Conclusão:** Vários fatores interferem na adesão às precauções padrão, sendo fundamental promover aqueles que irão levar a adoção universal e minimizar aqueles que impedem sua plena utilização.

DESCRITORES: precauções universais; equipamento de proteção individual; saúde do trabalhador; pessoal de saúde

¹ Artigo encaminhado para Revista Enfermagem Em Foco

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que interfieren en la adhesión de precauciones estándar para trabajadores de salud en los hospitales. Método: Revisión integradora realizada en bases de datos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, US National Library of Medicine e SciVerse Scopus. Resultados: Dieciséis estudios cumplieron los criterios de inclusión. Fue factores evidentes que influyen en la adhesión: factores individuales - sensibilización, percepción de riesgo, percepción de la eficacia de las medidas de protección, creencias y valores, conocimiento, subjetividad, relaciones interpersonales; factores de trabajo - carga de trabajo, obstáculos de trabajo; y factores de organización - disponibilidad de EPI, estructura física, supervisión, acciones de manejo. Conclusión: Hay varios factores que influyen en la adhesión a las precauciones estándar, siendo esencial para potenciar los que dará lugar a la adopción universal y reducir al mínimo las que impiden su plena utilización.

DESCRITORES: precauciones universales; equipo de protección personal; salud laboral; personal de salud

**FACTORS THAT INTERFERE WITH ADHERENCE TO STANDARD PRECAUTIONS
FOR HEALTH PROFESSIONALS: INTEGRATIVE REVIEW**

ABSTRACT

Objective: To identify the factors that interferes with adherence to standard precautions for health workers in hospitals. Method: Integrative review conducted in the databases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, US National Library of Medicine e SciVerse Scopus. Results: Sixteen studies met the inclusion criteria. The factors that influence with adherence to standard precautions was evident: individual factors - awareness, risk perception, perception of the effectiveness of protective measures, beliefs and values, knowledge, subjectivity, interpersonal relationships; work factors - workload, work obstacles; and organizational factors - availability of individual protection equipment, physical structure, supervision, management actions. Conclusion: Several factors interfere in adherence to standard precautions, and it is fundamental to promote those that will lead to universal adoption and minimize those that prevent its full use.

DESCRITORS: universal precautions; personal protective equipment; occupational health; health personnel

Introdução

Os trabalhadores da saúde estão constantemente vulneráveis ao risco biológico devido a exposição que ocorre durante o manuseio direto com sangue e fluidos corpóreos dos pacientes, os quais são possíveis fontes de transmissão de patógenos ⁽¹⁾. As precauções padrão (PP) são medidas de proteção que devem ser executadas pelos trabalhadores no cuidado ao paciente, partindo do princípio de que quaisquer fluídos corporais (exceto suor) podem conter agentes infectantes ⁽²⁾.

Muitas vezes os trabalhadores executam suas tarefas sem o uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) e sem a preocupação com a exposição aos riscos ^(3, 4), o que demonstra a carência de uma cultura de segurança frente ao risco biológico ⁽⁵⁾. Os trabalhadores conhecem os riscos a que estão expostos, entretanto, esse conhecimento não se transforma em uma ação segura de prevenção de acidentes ⁽⁶⁾.

No Brasil, apesar de existir uma legislação que contempla grande parte das recomendações internacionais quanto a exposição ocupacional aos agentes biológicos, verifica-se a inversão na concepção e nos métodos de prevenção dos acidentes de trabalho. Percebe-se a persistência da ideia de que o risco é inerente à atividade e que a exposição a esse risco é algo aceitável ⁽⁷⁾. A prevenção dos acidentes de trabalho com fluidos biológicos, bem como o monitoramento pós-acidente, é papel fundamental das instituições de saúde para valorização destes trabalhadores ⁽⁸⁾.

O uso adequado de medidas de proteção pelos trabalhadores é um tema complexo e que pode sofrer influência de diversos fatores. Assim, há necessidade de se discutir questões que envolvem a biossegurança no desenvolvimento de atividades laborais, com foco para a diminuição dos riscos ocupacionais ⁽⁹⁾.

Para guiar a presente investigação, formulou-se a seguinte questão: Quais os que fatores interferem na adesão às precauções padrão, por parte dos trabalhadores de saúde, em instituições hospitalares? Assim, o objetivo do estudo foi identificar os fatores que interferem na adesão às precauções padrão, por trabalhadores de saúde, em instituições hospitalares.

Método

Estudo de revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados sobre um delimitado tema ou questão ⁽¹⁰⁾. Para condução do

estudo, prosseguiu-se as seguintes etapas ⁽¹⁰⁾: identificação do tema e seleção das questões de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos estudos analisados.

A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine* (PUBMED) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS). Na estratégia de busca utilizada na LILACS foram utilizados os seguintes descritores: (“exposição a agentes biológicos” or “exposição ocupacional” or “precauções universais”) and (“medidas de segurança” or “equipamentos de proteção”). Na PUBMED utilizou-se a seguinte estratégia “*exposure, occupational*” (MESH) and “*precautions, universal*” (MESH) and “*nursing*” (all fields) and “1996-2015”. Já na SCOPUS foi utilizada a estratégia de pesquisa com as palavras “*exposure to biological agents*” (TITLE, ABSTRACT, KEYWORDS) e os filtros de tempo (a partir de 1996) e subárea (enfermagem).

O levantamento dos estudos ocorreu em fevereiro de 2016, com os seguintes critérios de inclusão: artigos de estudos originais que investiguem os fatores que interferem na adesão às precauções padrão entre trabalhadores da saúde em ambiente hospitalar, publicados em português, inglês ou espanhol, no período de 1996 até o ano de 2015, e que estivessem disponíveis on-line na íntegra gratuitamente. O marco temporal estabelecido considerou o fato de que as precauções padrão foram instituídas no ano de 1996, pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez. A recuperação dos artigos foi realizada pela própria base de dados, e quando indisponível, por meio do Portal Capes e, em sequência, nos endereços eletrônicos dos periódicos. A Figura 1 demonstra o resultado da busca.

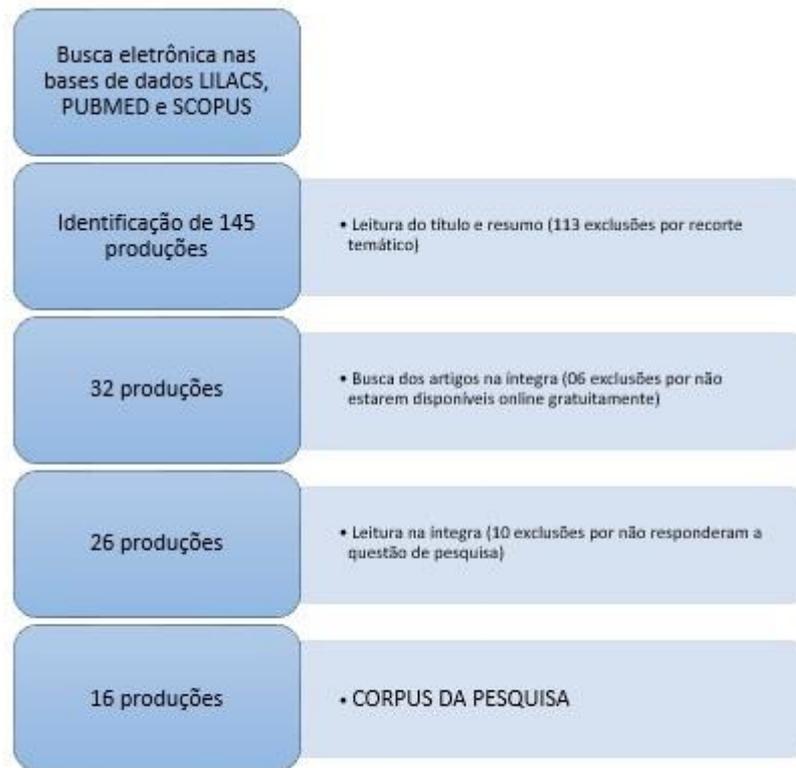


Figura 1. Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão. LILACS, SCOPUS, PUBMED, 2016

Foram encontrados 145 estudos, sendo 113 excluídos por não abordarem a temática de interesse, seis excluídos por não estarem disponíveis online na íntegra gratuitamente. Dos 26 artigos que foram selecionados para análise, 16 responderam à questão de pesquisa e constituíram o *corpus* do presente estudo (Figura 1). Após leitura exaustiva, todos os estudos primários foram submetidos a mesma extração e coleta de dados, por meio do preenchimento de um quadro tipo sinóptico. Os artigos foram identificados pela letra A de “artigo”, seguida de uma numeração (A1, A2, A3, sucessivamente). Com relação às questões éticas, foram respeitados os preceitos de autoria. Por tratar-se de pesquisa de natureza bibliográfica, não foi necessária apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados

Quanto à origem dos estudos, o Brasil concentrou a maior parte das publicações (43,75%). A população estudada contemplou trabalhadores da equipe de enfermagem (75%),

e também estudos com a equipe de enfermagem e a equipe médica conjuntamente (25%). O cenário onde foram desenvolvidas as pesquisas, foram majoritariamente hospitais gerais (56,25%), com alguns estudos realizados em setores específicos. Referente ao delineamento metodológico houve um predomínio de estudos quantitativos (68,75%).

O Quadro 1 apresenta a identificação, os autores, o título, o ano de publicação, a revista e o país dos estudos que compuseram o corpus da presente revisão.

Quadro 1. Artigos que compõem o corpus da pesquisa, por autores, título, ano, revista e país.

Nº	AUTORES	TÍTULO	ANO	REVISTA	PAÍS
A1	FROTA, O. P.; FERREIRA, A. M.; LOUREIRO, M. D. R.; CHEADE, M. F. M.; REIS, M. G.	O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal.	2012	Rev. Enferm. UERJ	Brasil
A2	NEVES, H. C. C.; SOUZA, A. C. S.; BARBOSA, J. M.; et al.	O uso de equipamentos de proteção individual por profissionais em unidades de endoscopia.	2010	Rev. Enferm. UERJ	Brasil
A3	AKYÜZ, N.; KESKIN, M.; AKYOLCU, N.; et al.	<i>How and how much do endoscopy professionals protect themselves against infection?</i>	2014	<i>International Journal of Surgery</i>	Turquia
A4	EFSTATHIOU, G.; PAPASTAVROU, E.; RAFTOPOULOS, V.; et al.	<i>Compliance of Cypriot nurses with Standard Precautions to avoid exposure to pathogens.</i>	2011	<i>Nursing and Health Sciences</i>	Chipre
A5	BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I.	Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão.	2009	Rev Saúde Pública	Brasil
A6	JEONG, I.; CHO, J.; PARK S.	<i>Compliance with standard precautions among operating room nurses in South Korea.</i>	2008	<i>Am J Infect Control</i>	Coreia do Sul
A7	LYMER, U.; RICHT, B.; ISAKSSON, B.	<i>Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk.</i>	2004	<i>Issues in Nursing</i>	Suécia
A8	OSBORNE, S.	<i>Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses.</i>	2003	<i>Am J Infect Control</i>	Austrália
A9	LYMER, U.; RICHT, B.; ISAKSSON, B.	<i>Health care workers' action strategies in situations that involve a risk of blood exposure.</i>	2003	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	Suécia
A10	MADAN, A. K.; RAAFAT, A.; HUNT, J.; et al.	<i>Barrier Precautions in Trauma: Is knowledge Enough?</i>	2002	<i>The Journal of TRAUMA Injury, Infection and Critical Care</i>	EUA
A11	LELIOPOULOU, C.; WATERMAN, H.; CHAKRABARTY, S.	<i>Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: a hospital based survey.</i>	1999	<i>Journal of Hospital Infection</i>	Reino Unido
A12	KNIGHT, V. M.; BODSWORTH, N. J.	<i>Perceptions and practice of universal blood and body fluid precautions by registered nurses at a major Sydney teaching hospital.</i>	1998	<i>Journal of Advanced Nursing</i>	Austrália
A13	RIBEIRO, L. C. M.; SOUZA, A. C. S.; NEVES, H. C. C.; et al.	Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual.	2010	Cienc Saúde	Brasil
A14	NEVES, H. C. C.; SOUZA, A. C. S.; MEDEIROS, M.; et al.	Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual.	2011	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
A15	TIPPLE, A. F. V.; AGULIARI, H. T.; SOUZA, A. C. S.; et al.	Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão.	2007	Cienc Saude	Brasil
A16	PIAI-MORAIS, T. H.; ORLANDI, F. S.; FIGUEIREDO, R. M.	Fatores que influenciam a adesão às precauções-padrão entre profissionais de enfermagem em hospital psiquiátrico.	2015	Rev Esc Enferm USP	Brasil

Fonte: resultados da pesquisa.

A partir da análise dos estudos, evidenciou-se fatores que interferem na adesão dos trabalhadores da saúde às PP. Esses fatores foram agrupados em três categorias: fatores individuais, fatores relacionados ao trabalho e fatores organizacionais. Na Figura 2 são identificados os principais fatores que interferem na adesão às PP, segundo a análise dos estudos.



Figura 2. Apresentação esquemática dos fatores que interferem na adesão às precauções padrão.

Discussão

Dentre os fatores que interferem na adesão do profissional de saúde às PP, diversas investigações têm demonstrado a importância dos **fatores individuais**. A conscientização do profissional e a percepção dos riscos ocupacionais são mencionadas em diversos estudos (11-17).

Autores (13) afirmam que a consciência constante de estar em risco influencia o comportamento dos profissionais. No entanto, a convivência permanente com a exposição a

material biológico favorece a diminuição da percepção dos riscos pelos profissionais, e isso dificulta a tomada de decisão para a adoção de medidas preventivas ⁽¹⁶⁾.

Algumas vezes, a compreensão do trabalhador quanto à necessidade de adesão a PP é maior que a adesão em si ⁽¹⁷⁾. Pois, apesar de representar proteção, as PP não livram totalmente o profissional do risco de se acidentar e adquirir uma doença ocupacional ⁽¹⁶⁾. A percepção de ineficiência das medidas de proteção pode influenciar as atitudes adotadas, diante de situações de risco. Nesse sentido, a eficácia das medidas de proteção, percebida pelo profissional, é o que direciona a ação e o comportamento do mesmo frente ao risco ⁽⁶⁾.

Os fatores individuais predominam e talvez sejam os mais complexos, com influência de inúmeras variáveis que merecem um melhor aprofundamento, tendo em vista que a construção da percepção dos riscos é a primeira e mais difícil tarefa para otimização do uso de PP ⁽¹⁷⁾. A falta do medo de se contaminar e a crença de que nada irá acontecer reforça o sentimento da autoconfiança do trabalhador, o que leva ao descaso no uso do EPI e propicia a (des)proteção ^(6, 11).

A falta de conhecimento com relação ao risco e ao tipo de EPI indicado para cada procedimento também é um fator que leva os profissionais a não utilizarem o EPI ou a fazerem o uso inadequado dos mesmos ^(11, 12, 18). Estudo ⁽¹⁸⁾ verificou associação significativa entre bons conhecimentos e o risco reduzido de exposição ocupacional, demonstrando que o conhecimento é um importante fator de promoção do uso de medidas de proteção.

As estratégias educativas associadas à avaliação, revisão e exigência de práticas seguras no processo de trabalho são apontadas como fundamentais para elevar o nível de adesão às PP ^(11, 12, 15, 17, 19, 20, 21, 22). A educação do trabalhador, por meio da reflexão acerca de sua prática, pode constituir-se em um fator positivo para mudanças relacionadas as medidas preventivas como a adesão às PP. A ocorrência de acidentes com material biológico, apesar de ser um evento indesejável, pode ser um momento oportuno de problematizar essa

experiência e discutir, no ambiente laboral, as causas e as consequências de tais acidentes, promovendo a consciência crítica desses trabalhadores com relação as diretrizes de segurança das atividades desenvolvidas ⁽¹⁹⁾.

Além de treinamento de base mais regular para aumentar a adesão às PP, é preciso incentivar a participação dos trabalhadores no desenvolvimento de diretrizes e regulamentos, pois o envolvimento voluntário nesse processo e a familiaridade com PP também são fatores importantes para aumentar a adesão ⁽²¹⁾. Nesse sentido, existe a necessidade de produção de políticas claras para lidar com as percepções defeituosas dos trabalhadores com relação aos riscos, considerando a responsabilidade de gestores e formadores em uma educação melhor e mais eficaz sobre o risco potencial de contaminação ⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, o conhecimento nem sempre é suficiente para evitar a exposição biológica. A análise das razões, atitudes e crenças dos trabalhadores de enfermagem para adesão aos equipamentos de proteção individual demonstrou que, mesmo em grupos que conhecem os riscos, existe uma média suscetibilidade dos trabalhadores a exposição biológica ⁽⁶⁾. Esses achados evidenciam que a adesão às medidas de proteção está relacionada a outros aspectos, que vão além de ter o conhecimento do risco.

A subjetividade dos trabalhadores é um aspecto que precisa ser levado em consideração. Estudo ⁽²³⁾ com abordagem qualitativa, verificou que os profissionais vivem um conflito entre diferentes demandas. Eles ficam em um dilema, entre usar ou não o EPI, em situações em que a probabilidade de contaminação é baixa e o paciente poderia se sentir ofendido com o uso da medida de proteção. Os pesquisadores evidenciaram que os valores morais do trabalhador quanto ao sentimento do paciente podem ter influência no momento de decidir entre usar ou não EPI. Esse estudo também revelou que os profissionais de saúde que protegem a sua própria integridade biológica podem sentir-se envergonhados perante pacientes ou colegas de trabalho, por parecerem mais ansiosos ⁽²³⁾. A associação das relações

interpessoais na adesão aos EPI's também foi evidenciada ⁽⁶⁾. Participantes de um estudo expressaram a falta de motivação para o uso desses equipamentos em ambientes de trabalho onde as relações não são saudáveis ⁽⁶⁾.

Quanto aos **fatores relacionados ao trabalho**, a carga de trabalho demonstrou ter forte influência nas questões de segurança. Trabalhadores da equipe de enfermagem da Suécia afirmaram que o aumento da carga de trabalho nos hospitais teve um impacto negativo nas condições de segurança ⁽²³⁾. Em outro estudo o “tempo” foi apontado por 61% dos participantes como um dos principais obstáculos para não adesão a PP ⁽²²⁾.

O conflito gerado entre salvar a vida do paciente e cuidar da própria proteção também foi apontado por um grupo de trabalhadores de um hospital-escola de grande porte ⁽¹⁶⁾. Nesse estudo, ficou evidente a questão ética imposta no atendimento de emergência em detrimento da proteção do profissional, especialmente quando existe dificuldade de acesso ao EPI. O trabalhador de enfermagem prioriza o atendimento rápido ao paciente e negligencia a sua própria segurança. Esses resultados demonstram que a responsabilidade de lidar com a vida/morte, característica do trabalho em saúde, em que o fator tempo é relevante para a assistência ao paciente, associada à disponibilidade precária de EPI possui influencia negativa na adesão às PP.

Os **fatores organizacionais** também possuem relação com a adesão às PP. Dentre elas, a falta de equipamento é apontada como um obstáculo importante para seguir as PP ^(6, 12, 14, 15, 19, 21). A disponibilidade dos equipamentos, incluindo não apenas a quantidade, mas a acessibilidade aos mesmos em cada setor é apontada como primordial para adesão as PP ^(6, 14, 16). A obrigatoriedade de EPI disponível para uso dos trabalhadores é assegurada na legislação brasileira pela NR 32/2005, que determina que os equipamentos devem ser fornecidos em número suficiente e repostos de maneira imediata nos postos de trabalho ⁽⁷⁾.

A estrutura física e a supervisão também são apontadas como fatores relevantes na adesão às PP ⁽¹⁷⁾. As ações gerenciais foram evidenciadas como importantes medidas que podem favorecer à adesão às PP. A ausência de rotina para o uso e manuseio dos equipamentos de segurança foi apontada, pelos participantes de um estudo ⁽⁶⁾, como um fator desmotivador ao uso dos EPI's. A padronização e a socialização de rotinas que sistematizem o uso e o manuseio dos EPI's são imprescindíveis para promover a segurança no ambiente de trabalho ⁽⁶⁾.

Um modelo explicativo da adesão às PP que analisa uma intersecção entre fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais, mostrou a influência simultânea desses três fatores na adesão às PP ⁽²⁴⁾. O modelo teórico proposto evidenciou que os fatores atuam concomitantemente na adesão às práticas seguras, o que é esperado diante da complexidade do trabalho em saúde nas instituições hospitalares. As pesquisadoras ⁽²⁴⁾ ressaltam a importância dos fatores organizacionais, dando ênfase ao suporte estrutural da instituição para favorecer a adoção às PP.

Ainda com relação às questões organizacionais, estudo recente realizado em um hospital psiquiátrico ⁽²⁵⁾ evidenciou o suporte estrutural oferecido pela instituição não favoreceu a adoção às PP, especialmente nos aspectos relacionados à disponibilidade de EPI, treinamento, *feedback* das práticas seguras e ações gerenciais de apoio à segurança. Dessa forma, fica evidente, a necessidade de as instituições de saúde promoverem a adesão dos profissionais às práticas de segurança, por meio de uma estrutura organizacional e gerencial que colabore e estimule a tomada de decisão para o uso dos equipamentos de proteção individual, de forma a anular/minimizar as barreiras inerentes ao seu uso ⁽⁶⁾.

Considera-se como limitação desta revisão o reduzido número de produções selecionadas neste estudo. Observou-se que muitos estudos ainda têm como foco a incidência

e a caracterização dos acidentes de trabalho, com pouca ênfase sobre os fatores que tem influência para adoção de comportamentos seguros no ambiente hospitalar.

Conclusão

A presente revisão evidenciou que diversos fatores influenciam na adesão dos trabalhadores de saúde às PP, incluindo fatores relacionados aos próprios indivíduos, fatores relacionados ao trabalho em si, e aqueles relacionados a organização do trabalho e a instituição. Esses fatores podem atuar tanto isoladamente como de forma sinérgica entre si, contribuindo de forma positiva ou negativa na adesão às precauções padrão. Assim, considera-se fundamental examinar os fatores que podem influenciar a adesão às PP em diferentes realidades, por meio da realização de novas investigações. Essas, poderão aprofundar a compreensão desses fenômenos e, assim, promover a adoção universal às PP e minimizar os fatores que impedem a sua plena utilização.

A educação permanente dos trabalhadores foi apontada como necessária para a incorporação de práticas seguras nas instituições de saúde. Além disso, evidenciou-se que outras medidas relacionadas ao ambiente e organização do trabalho são importantes quando se pretende alcançar uma cultura de segurança organizacional. Essas medidas incluem: melhorias na estrutura física, disposição adequada dos EPI's no ambiente, a supervisão quanto as práticas seguras, entre outras. Não se pode pensar em ações voltadas exclusivamente aos indivíduos, sem considerar o contexto e os múltiplos fatores que interferem nesses comportamentos, considerando que estes podem influenciar os profissionais numa direção de maior ou menor autoproteção.

A literatura analisada, nacional e internacionalmente, aponta para necessidade do compartilhamento de responsabilidades entre os trabalhadores e os serviços de saúde. Os serviços devem oferecer as condições para a execução de práticas seguras. Por outro lado, os trabalhadores precisam firmar o compromisso ético, reconhecendo o risco a que estão

expostos e tomando as medidas preconizadas para minimizar a ocorrência de exposição ocupacional.

Referências

- 1 – Dornelles C, Carvalho LA, Thofehn MB, Nunes NJS, Fernandes HN. Exposição de profissionais de saúde ao material biológico: estudo no ambiente hospitalar. *J Nurs Health*. 2016; 1 (1): 64-75.
- 2 – Valim MD, Marziale MHP, Hayashida M, Richart-Martínez M. Ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27 (3): 280-6.
- 3 – Malaguti-Toffano SE, Santos CB, Canini SRMS, *et al*. Adesão as precauções-padrão de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 (3): 401-7.
- 4 – Pereira FMV, Malaguti-Toffano SE, Silva AM, Canini SRMS, Gir E. Adesão às precauções –padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. *Rev. Esc Enferm. USP*. 2013; 47 (3): 686-93.
- 5 – Mendonça KM, Tipple AFV, Sousa ACS, Pereira MS, Rapparini C. Acidentes com material biológico em serviços de urgência e emergência. *Ciencia y enfermeria*. 2014; XX (2): 65-71.
- 6 – Neves HCC, Souza ACS, Medeiros M, Munari DB, Ribeiro LCM, Tipple AFV. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. mar-abr 2011 [acesso em: 14 fev. 2016]; 19 (2): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_18
- 7 – Galon T, Marziale MHP, Souza WL. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes biológicos. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64 (1): 160-7.
- 8 – Miranda FMD, Sarquis LMM, Cruz EDA, Kirchof ALC, Felli VEA. Crenças relacionadas aos acidentes de trabalho com fluidos biológicos. *Rev Enferm UFSM*. 2016; 6 (2): 235-47.
- 9 – Valle A, Moura MEB, Nunes BMVT, Figueiredo MLF. A Biossegurança sob o olhar de Enfermeiros. *Rev. enferm. UERJ*. 2012; 20 (3): 361-7.
- 10 – Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17 (4): 758-64.

11 – Frota OP, Ferreira AM, Loureiro MDR, Cheade MFM, Reis MG. O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal. *Rev. Enferm. UERJ*. 2012; 10 (esp.): 625-30.

12 – Neves HCC, Souza ACS, Barbosa JM, Ribeiro LCM, Tipple, AFV, Alves, SB, *et al.* O uso de equipamentos de proteção individual por profissionais em unidades de endoscopia. *Rev. Enferm UERJ*. 2010; 19 (1): 61-6.

13 – Lymer U, Richt B, Isaksson B. Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk. *Issues in Nursing*. 2004; 13: 547-54.

14 – Osborne S. Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses. *Am J Infect Control*. 2003; 31 (7): 415-23.

15 – Leliopoulou C, Waterman H, Chakrabarty S. Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick acidentes: a hospital based survey. *Journal of Hospital Infection*. 1999; 42: 53-9.

16 – Ribeiro LCM, Souza ACS, Neves HCC, Munari DB, Medeiros M, Tipple AFV. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. *Cienc Cuid Saúde*. 2010; 9 (2): 325-32.

17 – Tipple AFV, Aguliari HT, Souza ACS, Pereira MS, Medonça ACC, Silveira C. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6 (4): 441-8.

18 – Knight VM, Bodsworth NJ. Perceptions and practice of universal blood and body fluid precautions by registered nurses at a major Sydney teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 27: 746-51.

19 – Akyüz N, Keskin M, Akyolcu N, Cavdar I, Ozbas A, Ayoglu T, *et al.* How and how much do endoscopy professionals protect themselves against infection? *International Journal of Surgery*. 2014; 12: 720-4.

20 – Efstathiou G, Papastavrou E, Raftopoulos V, Merkouris A. Compliance of Cypriot nurses with Standard Precautions to avoid exposure to pathogens. *Nursing and Health Sciences*. 2011; 13: 53-9.

21 – Jeong I, Cho J, Park S. Compliance with standard precautions among operating room nurses in South Korea. *Am J Infect Control*. 2008; 36 (10): 739-42.

22 – Madan AK, Raafat A, Hunt J, Rentz D, Wahle MJ, Flint, LM. Barrier Precautions in Trauma: Is knowledge Enough? *The Journal of TRAUMA Injury, Infection and Critical Care*. 2001; 52: 540-3.

23 – Lymer U, Richt B, Isaksson B. Health care workers' action strategies in situations that involve a risk of blood exposure. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12: 660-7.

24 – Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (6): 907-16.

25 – Piai-Morais TH, Orlandi FS, Figueiredo RM. Fatores que influenciam a adesão às precauções-padrão entre profissionais de enfermagem em hospital psiquiátrico. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49 (3): 478-85.

4 MÉTODO

Este capítulo aborda os procedimentos metodológicos que foram utilizados a fim de contemplar os objetivos propostos para esta pesquisa.

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados.

Optou-se pela utilização de métodos mistos, uma vez que a combinação de diferentes tipos de dados possibilita um melhor entendimento do problema de pesquisa, considerando-se as peculiaridades de cada método (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A união das abordagens qualitativa e quantitativa em um estudo é apontada como uma solução para os problemas encontrados quando comparada com o uso de apenas uma delas. Assim, esse delineamento de pesquisa visa obter compreensões aprofundadas acerca do objeto de estudo, especialmente nas questões que envolvem a complexidade do trabalho humano dentro das organizações (GOMES; ARAÚJO, 2005).

A integração dos dados qualitativos e quantitativos se revelam um desafio para os pesquisadores que adotam esse desenho de pesquisa. Os principais desafios referem-se à necessidade de uma extensa coleta de dados, tempo intensivo da análise de dados de textos e numéricos e exigência de que o pesquisador esteja familiarizado com as formas de pesquisa quantitativas e qualitativas (CRESWELL, 2010).

O método quantitativo visa possibilitar a precisão dos resultados, por meio da análise das variáveis individualmente ou da sua associação ou dependência com outras variáveis, no intuito de identificar características ou fatores explicativos dos fenômenos em estudo (SANTOS, 2009).

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo dos valores, opiniões, história e interpretações que os humanos fazem e constroem no seu cotidiano. Caracteriza-se pelo simbolismo e subjetividade existentes entre sujeito e objeto, nas quais as estruturas e as relações acabam se tornando significativas (MINAYO, 2010).

A associação dessas duas abordagens em um estudo vai além de uma coleta e análise de dois tipos de dados, pois envolve a utilização das abordagens em conjunto, utilizando os pontos fortes das pesquisas qualitativa e quantitativa, o que faz com que a força geral do

estudo seja maior do que a da pesquisa qualitativa ou quantitativa isolada (CRESWELL, 2010).

Diferentes tipos de estratégias dos métodos mistos são descritos na literatura. Creswell (2010) aponta quatro aspectos importantes a serem considerados na escolha da estratégia de pesquisa. O primeiro aspecto refere-se à **distribuição do tempo** na coleta de dados. A coleta pode ser realizada em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). A coleta de dados concomitante é indicada para estudos que não permitem um período de tempo de coleta muito extenso e, nesse caso, realizar a coleta qualitativa e quantitativa mais ou menos ao mesmo tempo é mais funcional. Outro aspecto importante diz respeito à **atribuição de peso**, ou seja, a prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa. O peso atribuído pode ser igual ou pode enfatizar uma ou outra abordagem, dependendo do interesse do pesquisador. A **combinação** dos dados pode ocorrer em diferentes estágios da pesquisa: na coleta dos dados, na análise dos dados, na interpretação, ou nas três fases. A maneira de combinar os dados pode ocorrer de três formas: conectando, integrando ou incorporando. Na integração, os dados são coletados concomitantemente e são integrados nos bancos de dados, transformando os temas qualitativos em contagens, e comparando-os com os dados quantitativos descritivos, ou qualificando os dados quantitativos, criando fatores ou temas dentro de uma escala em um instrumento que depois possam ser comparados aos temas do banco de dados qualitativos. O último aspecto a ser considerado refere-se às **perspectivas de teorização ou transformação**. Uma perspectiva teórica maior pode guiar todo o projeto de forma explícita ou implícita. As teorias funcionam como uma lente orientadora que molda os tipos de questões formuladas, quem participa do estudo, como os dados são coletados e as implicações extraídas do estudo.

Para esta pesquisa, optou-se pela estratégia denominada triangulação concomitante de dados (Fig 1). Assim, a coleta de dados qualitativa e quantitativa ocorreu concomitantemente, ou seja, na mesma fase da pesquisa. A atribuição de peso foi igual, tendo em vista que nenhuma abordagem foi priorizada durante o estudo. A combinação dos dados foi feita por integração e apresentada na seção de discussão. Para possibilitar a integração dos dados, os dados qualitativos foram organizados em pré-categorias baseadas nos fatores que compõe o instrumento de coleta quantitativo, favorecendo assim a comparação dos diferentes tipos de dados. O estudo adotou uma perspectiva teórica explícita, que orientou tanto a coleta de dados quantitativos, por meio da escolha do instrumento de pesquisa, e também orientou a

elaboração do protocolo de pesquisa qualitativa, elaborado com base no Modelo Explicativo da Adesão às PP, desenvolvido por Brevidei e Cianciarullo (2009).

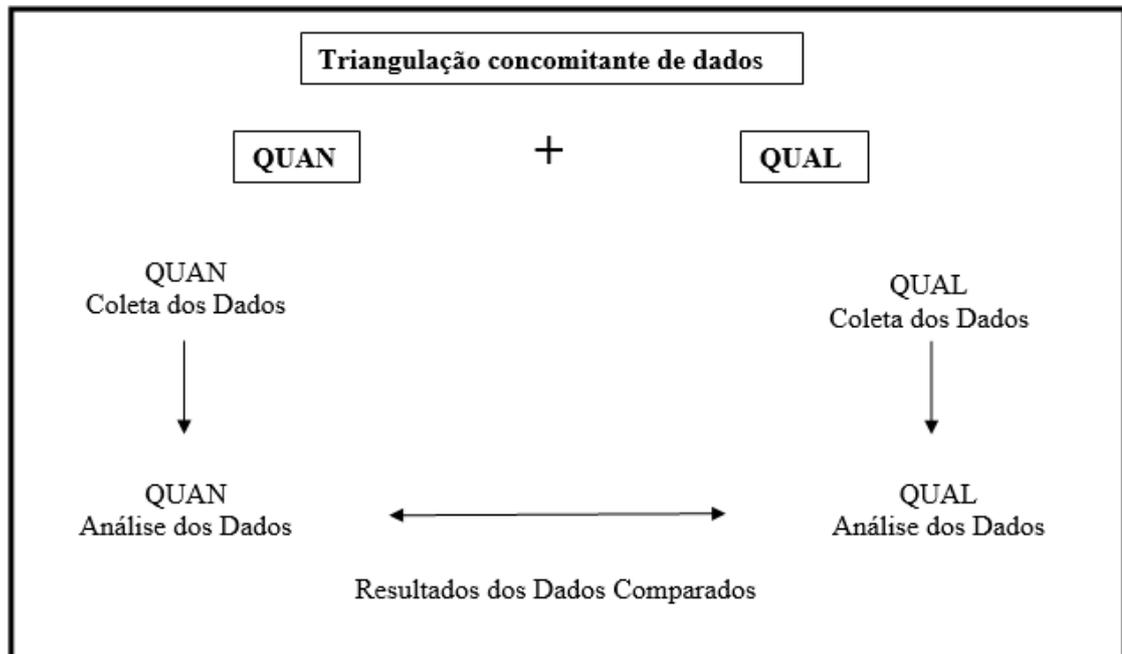


Figura 1 – Triangulação concomitante de dados
Fonte: Adaptada de Creswell (2010).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da presente investigação é um Hospital Universitário (HU) do sul do Brasil. O HU é um hospital público, referência em saúde para uma extensa região que abrange cerca de 43 municípios, sendo um dos únicos hospitais da região que atende pelo SUS. A instituição atua como hospital-escola e tem sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde, prestando serviços à população de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital conta atualmente com 403 leitos, sendo 354 de unidades de internação e 49 leitos em Unidades de Tratamento Intensivo. Além disso, possui 58 salas de ambulatório, 10 salas para atendimento de emergência, 07 salas cirúrgicas e 02 salas do Centro Obstétrico. Atuam no HU 169 docentes; 1.099 funcionários do Regime Jurídico Único (RJU) e 706 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) em cargos com nível de apoio, nível médio e nível superior, regidos pelas Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); 597 funcionários de serviços terceirizados; além de 2.255 alunos de graduação da Universidade, entre estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos. No ano de 2015 foram realizadas

cerca de 13.217 internações; 7.376 cirurgias no centro cirúrgico e 16.022 em pequenas cirurgias ambulatoriais; 2.355 partos; 162.588 consultas ambulatoriais; 27.645 consultas no Pronto-Atendimento; 1.042.120 exames¹.

Desde 2014 a gestão do HU é feita pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada por meio da lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Dentre as diversas atribuições da empresa está a administração de unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Com a nova gestão, a instituição passou a contar com setores específicos relacionados à segurança da assistência em saúde, tanto para pacientes como para os trabalhadores. O Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente foi criado com a finalidade de promover o desenvolvimento e aprimoramento contínuo das atividades de vigilância epidemiológica, controle das infecções hospitalares, gestão de riscos relacionados às tecnologias em saúde e aos processos assistenciais.

Já o serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) desenvolve atividades voltadas à prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, bem como ações de proteção ao trabalhador. O SOST conta, atualmente, com 14 integrantes: Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho, Médico Psiquiatra, Psicóloga, Educadora Física, dois técnicos em Segurança do Trabalho, Técnico em Enfermagem do Trabalho, Assistente em Administração, Recepcionista e três bolsistas.

Além do SOST, a instituição possui uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que é uma comissão independente, vinculada diretamente à Gerência Administrativa, formada por representantes dos empregados (eleitos) e dos empregadores (indicados). A CIPA tem gestão anual e realiza reuniões ordinárias mensalmente, sendo que desenvolve atividades de apoio, voltadas à prevenção de acidentes do trabalho e doença ocupacionais, bem como ações de proteção ao trabalhador, em parceria com o SOST. Atualmente a CIPA é composta por 22 membros, sendo 11 representantes do empregador e 11 dos empregados, entre titulares e suplentes.

Com relação a educação em serviço, a instituição conta com um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) que tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às

¹ informações disponibilizadas pelo setor de assessoria e comunicação do Hospital Universitário de Santa Maria, no endereço eletrônico <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm>. Acesso em dezembro de 2016.

ações de Educação Permanente em Saúde. O núcleo desenvolve atividades em diferentes eixos, incluindo Educação em Serviço, que compreende as atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam no HU, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa. Destaca-se que dentro do NEPS, há um Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPE), que busca subsidiar a organização/construção do processo de trabalho da enfermagem através do desenvolvimento de um novo modo de pensar-fazer crítico-reflexivo, comprometido com a busca constante do crescimento pessoal e profissional. O núcleo conta atualmente com enfermeiros, integrantes de diferentes setores e unidades do HU, que se encontram em reuniões semanais, nas quais são discutidos os processos de trabalho da enfermagem, bem como o desenvolvimento de capacitações, cursos e diferentes metodologias.

A seguir, serão descritas as unidades² do HU, que possuam trabalhadores de enfermagem, as quais se constituíram em campo de pesquisa do presente estudo. O critério para essa divisão foi o de reunir unidades com um processo de trabalho semelhante ou que atendessem pacientes com necessidades de saúde semelhantes. Os setores são os seguintes:

Unidades de Internação:

- Gineco-obstetrícia;
- Clínica Cirúrgica;
- Nefrologia;
- Clínica Médica II;
- Pediatria;

Área cirúrgica e obstétrica:

- Centro Cirúrgico;
- Sala de Recuperação Anestésica;
- Sala de Recuperação Intermediária;
- Centro Obstétrico.

Unidades de Terapia Intensiva:

- UTI – Adulto;

² Esta divisão das unidades por áreas foi realizada pelos pesquisadores, afim de oferecer condições para melhor delineamento do estudo, bem como facilitar a posterior análise dos resultados.

- Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI);
- UTI – Pediátrica;
- UTI – Neonatal.

Hemato-oncologia:

- Clínica Médica I;
- Centro de Tratamento de Criança com Câncer (CTCRIAC);
- Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO);
- Ambulatório Hemato-oncologia e quimioterapia.

Pronto-Socorro:

- Adulto;
- Pediátrico.

Psiquiatria:

- Unidade Psiquiátrica;
- Ambulatório da Psiquiatria.

Serviços de apoio:

- Radiologia;
- Radioterapia;
- Hemodinâmica;
- Pneumologia;
- Banco de sangue;
- Métodos gráficos;

Ambulatórios:

- Ala I;
- Ala II.

4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população da pesquisa foi constituída pelos trabalhadores de enfermagem do HU, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que atuavam em unidades de atendimento direto ao paciente. Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: trabalhadores de enfermagem em exercício no momento da coleta de dados na instituição escolhida para realização do estudo; prestar assistência direta ao paciente; trabalhar em uma das unidades selecionadas para o estudo há pelo menos 6 meses. A definição desse período de tempo baseou-se no pressuposto de que este seria o tempo mínimo para que o trabalhador estivesse adaptado ao setor de trabalho e, assim, pudesse contribuir de forma mais efetiva com o presente estudo.

Os critérios de exclusão adotados foram: trabalhadores em licença ou afastamento por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados, e/ou que tivessem vínculo direto com o grupo de pesquisa promotor da investigação. A relação dos trabalhadores de enfermagem potencialmente elegíveis para o estudo e suas respectivas funções foi obtida junto a Divisão de Gestão de Pessoas da instituição.

4.3.1 Etapa qualitativa

A determinação dos participantes a serem convidados para essa etapa de coleta de dados foi realizada mediante sorteio, a partir da lista previamente obtida com a instituição. Foram selecionados trabalhadores de todas as áreas assistenciais, de acordo com a divisão proposta pelos autores, a fim de garantir-se representatividade de diferentes setores.

A população elegível para essa etapa da pesquisa era de cerca de 700 trabalhadores, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Nos meses de junho a agosto de 2015, foram entrevistados 24 trabalhadores de enfermagem, entre eles: nove enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem. O número final de entrevistas obedeceu ao critério de saturação amostral, que consiste em suspender a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na concepção do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta dos dados (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

4.3.2 Etapa quantitativa

Esta etapa ocorreu entre setembro de 2015 e junho de 2016. O instrumento de pesquisa foi composto por duas partes: Instrumento de variáveis sociodemográficas e profissionais dos

trabalhadores de enfermagem (APÊNDICE D) e Instrumento de variáveis relativas às precauções padrão (ANEXO A).

A população elegível para o estudo era de 685 trabalhadores. Desses, 21 recusaram participar do estudo, 10 trabalhadores não foram encontrados e dos 654 questionários distribuídos, 602 foram devolvidos com o Instrumento de Variáveis relativas às precauções padrão preenchidos integralmente.

4.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO

4.4.1 Etapa qualitativa

Foi utilizada a entrevista semiestruturada com o objetivo de conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem do HU sobre a adesão as precauções padrão e sobre os fatores que interferem na adesão. A entrevista semiestruturada é a técnica de interação social mais usada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2010).

Por meio da entrevista, é possível reproduzir, a partir de um sujeito-alvo, as representações de um grupo, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos. Além disso, a entrevista possibilita, ao participante da pesquisa, ponderar sobre o tema, de forma livre, sem se prender à indagação formulada e sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

As entrevistas ocorreram nos meses de julho a agosto de 2015. Foram sorteados para participar da pesquisa três trabalhadores de cada área da instituição. Foram consideradas 8 grandes áreas, a saber: 1- Emergência; 2- Cirúrgica/Obstétrica; 3- Internação clínica-cirúrgica; 4- Terapia Intensiva; 5- Hemato-Oncologia; 6- Psiquiatria; 7- Ambulatório; 8- Serviços de apoio. Essa estratégia foi utilizada com o intuito de não privilegiar determinada área de atuação, evitando tendenciosidade na coleta de informações.

Foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE C). Os trabalhadores sorteados foram convidados a participar do estudo e, após os devidos esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). As entrevistas foram previamente agendadas com os trabalhadores de enfermagem e realizadas individualmente no próprio setor de trabalho do participante, em local privativo. A duração de cada entrevista

variou de 15 a 50 minutos. As entrevistas foram gravadas em um microgravador digital - MP3 *player* e, posteriormente, transcritas na íntegra utilizando o *Microsoft Office Word*®.

4.4.2 Etapa quantitativa

Após a conclusão da etapa das entrevistas, iniciou-se a aplicação de um questionário de pesquisa junto aos trabalhadores de enfermagem contendo dois instrumentos: Instrumento de variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem (APÊNDICE D) e Instrumento de Variáveis Relativas as Precauções Padrão (PP) (ANEXO A). Após o aceite para participar na pesquisa, o coletador informava ao participante quanto a finalidade e os aspectos éticos que envolviam a pesquisa e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), os dois instrumentos eram preenchidos pelos próprios participantes no seu local de trabalho.

Foram distribuídos 654 questionários, sendo que destes 602 foram devolvidos preenchidos. A tabela 1 apresenta o número total de trabalhadores e o número final de participantes do estudo com a aplicação dos critérios de exclusão e recusas.

Tabela 1 – Apresentação do número de total de trabalhadores da instituição, trabalhadores excluídos, elegíveis, recusas e número final de participantes por unidade de trabalho. Brasil – RS, 2015-2016.

UNIDADE	Nº DE TRABALHADORES	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO			POPULAÇÃO ELEGÍVEL	RECUSAS	TRABALHADORES QUE ENTREGARAM INSTRUMENTO COMPLETO	
		n	f	%				
Centro Cirúrgico	45	01 ¹	01 ²	01 ³	42	01	41	97,6%
Recuperação Anestésica	51	08 ¹	01 ²	01 ⁴	41	-	39	95,1%
Centro Obstétrico	45	03 ¹			42	01	36	85,7%
Toco-ginecológica	40	02 ¹	02 ²		36	01	34	94,4%
Clínica Cirúrgica	62	03 ¹	01 ¹	01 ³	57	02	47	82,5%
Unidade Nefrologia	25	02 ¹			23	01	21	91,3%
Clínica Médica II	39	03 ¹	04 ²	02 ⁴	30	01	29	96,7%

Internação Pediátrica	32	01 ¹	01 ³	30	01	25	83,3%		
Clínica Médica I	32	04 ¹	01 ²	27	-	25	92,6%		
Hemato Oncologia	50	03 ³	01 ⁴	46	04	40	87%		
Ambulatório Quimioterapia	16	02 ²	01 ³	13	-	13	100%		
Serviços Ambulatoriais	43	05 ²	03 ³	35	01	34	97,1%		
Serviços de Apoio	53	05 ¹	02 ²	46	01	43	93,5%		
Unidade Psiquiátrica	35	04 ¹	02 ²	01 ³	28	01	23	82,1%	
Terapia Intensiva Ad.	38	04 ²	01 ⁴	33	-	29	87,9%		
Cardiologia Intensiva	27	02 ¹	01 ²	24	-	21	87,5%		
Terapia Intensiva Ped.	29	03 ¹	01 ²	01 ³	24	02	17	70,8%	
Terapia Intensiva Neo.	64	04 ¹	05 ²	01 ⁴	54	01	50	92,6%	
Pronto Socorro Ped.	12	02 ¹			10	-	10	100%	
Pronto Socorro Ad.	55	07 ¹	02 ²	01 ³	01 ⁴	44	03	25	56,8%
TOTAL	793	108			685	21	602 (87,9%)		

Legenda: 1- Afastamento de qualquer natureza; 2- Tempo na unidade < 6 meses; 3- Não presta assistência direta; 4- Participante do grupo de pesquisa promotor da investigação

Com o Instrumento de Dados Sócio demográficos e Profissionais (Quadro 2) dos trabalhadores de enfermagem buscou-se a caracterização pessoal e profissional dos trabalhadores. Esse instrumento contém as seguintes variáveis quantitativas: idade, número de filhos, ano de formação, tempo de atuação na enfermagem, tempo de serviço na instituição, tempo de serviço no setor e carga horária na instituição. E variáveis qualitativas: sexo, estado civil, procedência, categoria profissional, vínculo institucional, outro emprego (sim ou não), pós-graduação e treinamento quanto às precauções padrão.

Quadro 2 – Apresentação das variáveis sócio demográficas e profissionais utilizadas no estudo.

	VARIÁVEIS	Códigos	Tipo
A1	Nº de identificação	-	

B1	Idade (anos)	-	Quantitativa
B2	Sexo	1- Masculino 2- Feminino	Qualitativa
B3	Estado Civil	1- Casado 2- Solteiro 3- Viúvo/divorciado	Qualitativa
B4	Filhos	1- Sim 2- Não	Qualitativa
B5	Naturalidade	1- Santa Maria 2- Outra (RS) 3- Outra (fora RS)	Qualitativa
C1	Categoria Profissional	1- Enfermeiro 2- Técnico 3- Auxiliar	Qualitativa
C2	Ano de Formação	-	Quantitativa
C3	Tempo de atuação profissional (anos)	-	Quantitativa
C4	Unidade de trabalho	*	Qualitativa
C5	Vínculo	1- CLT 2- RJU 3- CLT+RJU	Qualitativa
C6	Carga horária na instituição	1- 36 2- 30 3- 20 4- 56	Qualitativa
C7	Tempo de serviço na instituição (meses)	-	Quantitativa
C8	Tempo de serviço na unidade (meses)	-	Quantitativa
C9	Pós-graduação	1- Especialização 2- Mestrado 3- Doutorado	Qualitativa
C10	Outro emprego	1- Sim 2- Não	Qualitativa
C11	Treinamento em PP	1- Sim 2- Não	Qualitativa
C12	Se sim:	1- Admissional 2- Periodicamente 3- Ambos	Qualitativa

O Instrumento de variáveis relativas as precauções padrão (PP) é composto por 10 escalas psicométricas do tipo Likert desenvolvidas por Dejoy, Murphy e Gershon (1995) e Gershon *et al.* (2000), traduzidas e validadas para realidade brasileira por Brevidelli (2003), Brevidelli e Cianciarullo (2009), cujas alternativas variam segundo uma sequência progressiva de cinco pontos. Foi obtida autorização para utilização da escala. Ao todo, as escalas contemplam 57 itens, que estão organizados no instrumento (ANEXO A) em forma de secções.

Para melhor análise, Brevidelli e Cianciarullo (2009) agruparam as escalas em fatores individuais, fatores relativos ao trabalho e fatores organizacionais:

- **Fatores Individuais:** compreendem os itens referentes ao Questionário de Dados Sociodemográficos e Profissionais, a Escala de Adesão as PP, a Escala de Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV, a Escala de Percepção de Risco, a Escala de Personalidade de Risco e a Escala de Eficácia da Prevenção.

- **Fatores do Trabalho:** envolvem a Escala de Obstáculos para Seguir as PP, e a Escala de Carga de Trabalho.

- **Fatores Organizacionais:** compreendem a Escala de Clima de Segurança, a Escala de Disponibilidade do EPI e a Escala de Treinamento em Prevenção da exposição ao HIV.

Os dados qualitativos foram coletados pela mestranda responsável pelo projeto, por uma doutoranda, duas mestrandas, três bolsistas de iniciação científica, e uma acadêmica do curso de graduação em enfermagem. Na etapa de coleta de dados quantitativos, além desses, também colaboraram na coleta de dados enfermeiros atuantes nos setores onde foram coletados os dados, todos vinculados ao grupo de pesquisa promotor da investigação. Previamente a coleta, foram realizadas capacitações com os colaboradores, visando homogeneizar, ao máximo, o processo de abordagem dos participantes, bem como instrumentalizar cada membro para a coleta de dados. Além disso, foram realizados diversos encontros para discussão do andamento da coleta e organização referente aos diversos locais do estudo dentro da instituição.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Etapa qualitativa

Os dados gerados nas entrevistas foram analisados, tendo, como referência, a abordagem qualitativa, sendo submetidos à análise de conteúdo com base no referencial proposto por Bardin (2011). A análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas que analisam comunicações entre atores do estudo, por meio de procedimentos realizados de forma sistemática e objetiva. Esse processo permite descrever e compreender as mensagens e indicadores expressos, pelos atores, sobre o objeto do estudo, assim como a realização de inferências nas análises (BARDIN, 2011).

Para a categorização dos itens a partir dessa técnica de análise, foram percorridas as seguintes etapas: 1º) reunião do *corpus* de análise (entrevistas transcritas e anotações referentes); 2º) pré-análise: leitura flutuante dos dados coletados com o intuito de tornar

operacionais e sistematizar as ideias iniciais; 3º) categorização de dados: a partir da leitura aprofundada do material de análise, na qual eles foram transformados sistematicamente e agregados em unidades temáticas; 4º) análise interpretativa: realizado o tratamento dos resultados, que compreendeu a inferência e a sua interpretação.

Após a leitura dos dados produzidos pelas entrevistas, foram selecionados fragmentos dos depoimentos considerados relevantes, importando-os para as unidades temáticas. As categorias foram criadas a partir do Modelo Explicativo da Adesão às PP, desenvolvido por Brevidelli e Cianciarullo (2009), constituindo-se assim em fatores individuais, relacionados ao trabalho e organizacionais.

Os depoimentos utilizados para ilustrar os resultados são representados pelas letras “E” para enfermeiro, “T” para técnico de enfermagem e “A” para auxiliar de enfermagem, seguida de números associados à ordem em que o entrevistado foi integrado à pesquisa, a fim de preservar a identidade dos participantes.

4.5.2 Etapa quantitativa

Os dados quantitativos foram organizados, mediante a dupla digitação independente em uma planilha eletrônica sob a forma de banco de dados, utilizando-se o programa Excel, versão 6.4 pela mestrandia responsável e por uma bolsista de iniciação de pesquisa vinculada ao projeto. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no programa *PASW Statistics* (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0. Foi realizada a análise descritiva das variáveis, sendo que as qualitativas foram descritas por meio da frequência absoluta e relativa, enquanto que as quantitativas pela média, mediana, desvio padrão, valor máximo e mínimo, de acordo com a normalidade ou não dos dados. Foi aplicado o Coeficiente Alfa de *Cronbach* a fim de verificar a confiabilidade/fidedignidade das escalas que compõem o Instrumento de variáveis relativas as precauções padrão (PP). O valor de alfa considerado satisfatório foi $\geq 0,6$ (PESTANA, GAGEIRO, 2008).

4.5.2.1 Análise do Instrumento de variáveis relativas às precauções padrão (PP)

Conforme Brevideli e Cianciarullo (2009), para facilitar a compreensão dos valores dos escores, foi realizada a recodificação de alguns itens fazendo com que quanto maior o valor, maior a intensidade percebida. Assim, os escores de alguns itens foram invertidos,

sendo o valor atribuído ao número 1 será 5, número 2 – 4, 3 – 3, 4 – 2 e número 5 – 1. Os seguintes itens foram invertidos: todos os itens da Escala de Adesão às PP; todos os itens da Escala de Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV; itens 03 e 13 da Escala de Percepção de Risco; todos os itens da Escala Eficácia da Prevenção; todos os itens da Escala de Carga de Trabalho; todos os itens da Escala de Clima de Segurança; todos os itens da Escala Disponibilidade de EPI, todos os itens da Escala de Treinamento em Prevenção da Exposição ao HIV.

Para analisar o Instrumento de variáveis relativas as PP, foi realizado o cálculo do escore médio para cada item das escalas, após, o escore médio das escalas e, posteriormente, o escore médio dos fatores individuais, fatores relativos ao trabalho e fatores organizacionais. Após, esses escores médios foram classificados em “Alto”, “Intermediário” e “Baixo, conforme o seguinte:

“Alto” – Escores médios iguais ou superiores a 4,5;

“Intermediário” – Escores médios com valores entre 3,5 e 4,49;

“Baixo” – Escores médios com valores iguais ou menores a 3,49.

As escalas foram analisadas segundo a média dos escores obtidos. Assim, todas as escalas obtiveram um escore máximo e um escore mínimo que variou de 1 a 5. Dessa forma, a interpretação utilizada para análise das escalas está demonstrada no Quadro 3, abaixo.

Quadro 3 – Interpretação dos escores obtidos em cada escala do Instrumento de Variáveis Relativas às PP.

ESCALAS	INTERPRETAÇÃO
ADESÃO ÀS PP	Quanto maior o escore, maior a adesão
CONHECIMENTO DA TRANSMISSÃO OCUPACIONAL DO HIV	Quanto maior o escore, maior o conhecimento
PERCEPÇÃO DE RISCO	Quanto maior o escore, maior a percepção de riscos
PERSONALIDADE DE RISCO	Quanto maior o escore, menor a personalidade de risco
EFICÁCIA DA PREVENÇÃO	Quanto maior o escore, maior a eficácia percebida
OBSTÁCULOS PARA SEGUIR AS PP	Quanto maior o escore, menor a percepção de obstáculos
CARGA DE TRABALHO	Quanto maior o escore, maior a carga de trabalho
CLIMA DE SEGURANÇA	Quanto maior o escore, melhor o clima de segurança
DISPONIBILIDADE DE EPI	Quanto maior o escore, maior a disponibilidade de EPI

TREINAMENTO EM PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO HIV	Quanto maior o escore, melhor o treinamento recebido
--	--

Para testar a hipótese de normalidade da distribuição das variáveis contínuas mensuradas neste estudo foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. O Coeficiente de Correlação de Person (r) foi aplicado para verificar a associação estatística entre os escores de adesão às PP e os fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais.

Para determinar a significância das diferenças observadas na adesão às PP entre os subgrupos estudados, a partir das variáveis categóricas (idade, sexo, estado civil, filhos, categoria profissional, tempo de formação, treinamento em PP e vínculo de trabalho), foram consideradas a hipótese nula, ou H₀ (ausência de diferença entre os dois subgrupos), e a hipótese alternativa ou, H₁ (presença de diferença entre os dois subgrupos). Na análise bivariada, foi utilizado o Teste Qui-quadrado. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,05$, com intervalo de 95% de confiança.

4.5.3 Triangulação concomitante de dados

Após a análise dos dados qualitativos e quantitativos separadamente, buscou-se fazer uma análise comparativa dos resultados, a fim de verificar as convergências e as divergências nos diferentes achados. A construção dessa análise conjunta foi desenvolvida fazendo o agrupamento dos achados qualitativos e quantitativos a partir dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais. Assim, os dados qualitativos e quantitativos foram colocados lado a lado e, dessa forma, foram verificadas as convergências e divergências e feita uma interpretação mais aprofundada desses resultados, buscando a fusão dos mesmos e a complementaridade dos diferentes tipos de dados. Em seguida, buscou-se discutir esses resultados com dados recentes da literatura, sendo que a apresentação dessa etapa foi realizada no capítulo referente a discussão dos resultados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa cumpriu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A mesma dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012). Desta

maneira, após registro e tramitação do projeto no Sistema de Informações para Ensino (SIE) da Universidade, o projeto de pesquisa foi encaminhado à autorização institucional da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da instituição. Depois de aprovado, foi registrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade, sendo avaliado e aprovado sob o número CAAE 45318815.0.0000.5346 (ANEXO B). A coleta de dados da presente pesquisa iniciou somente após a autorização do CEP.

Para a realização das coletas de dados, foi utilizado o Termo de Confidencialidade ou de Responsabilidade do Pesquisador (APÊNDICE E), em que o anonimato dos participantes foi garantido. Foi utilizado o TCLE para os dados coletados junto aos trabalhadores de enfermagem.

Os trabalhadores de enfermagem foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, podendo interromper sua participação neste estudo a qualquer momento. Foram esclarecidos quanto à finalidade de estarem participando da pesquisa, que traz benefícios principalmente para os trabalhadores de enfermagem. Além disso, foram informados que o estudo, traz riscos mínimos ao participante, uma vez que, as questões formuladas na entrevista, poderiam mobilizar sentimentos sobre a experiência vivenciada pelo participante.

Os participantes também foram esclarecidos sobre a ausência de custos em relação a participação no estudo, bem como de remuneração financeira pelo fornecimento dos dados. A fim de garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com a letra 'E' de enfermeiro, 'T' de técnico de enfermagem e "A" de auxiliar de enfermagem, além de um número relativo a ordem de realização das entrevistas. Os dados ficarão armazenados aos cuidados da Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara durante um período de cinco anos.

5 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados quantitativos, que foram organizados nos seguintes subitens: Caracterização dos participantes e confiabilidade das escalas; Descrição dos itens das escalas que compõem os fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais; Descrição dos escores médios dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais; Correlação entre os fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais na Adesão às Precauções-Padrão; Adesão às Precauções-Padrão de acordo com a unidade de trabalho; e Influência da idade, sexo, estado civil, filhos, categoria profissional, experiência profissional e vínculo trabalhista na Adesão às Precauções-Padrão.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E CONFIABILIDADE DAS ESCALAS

A partir do questionário de dados sócio demográficos foi possível caracterizar os participantes do presente estudo. Essa caracterização é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização profissional e demográfica dos trabalhadores de enfermagem que atuavam em um hospital universitário do sul do Brasil. Brasil – RS, 2015-2016. (N = 602)

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Percentual %</i>
Categoria Profissional (n=595)		
Enfermeiro	186	31,26
Técnico de enfermagem	324	54,45
Auxiliar de enfermagem	85	14,29
Sexo (n=593)		
Feminino	519	87,52
Masculino	74	12,48
Estado civil (n=589)		
Casado/com companheiro	416	70,63
Solteiro/sem companheiro	115	19,52
Viúvo/divorciado	58	9,85
Idade (n=564)		
20 a 30 anos	77	13,65
31 a 40 anos	212	37,59

41 a 50 anos	164	29,08
>50 anos	111	19,68
Tempo de experiência profissional (n=591)		
<5 anos	63	10,66
05 a 10 anos	140	23,69
11 a 20 anos	217	36,72
>20 anos	171	28,93
Vínculo trabalhista (n=593)		
RJU	244	41,15
CLT	346	58,35
CLT + RJU	3	0,51
Outro vínculo empregatício (n= 592)		
Sim	54	9,12
Não	538	90,88
Treinamento PP hospital (n=586)		
Sim	412	70,31
Não	174	29,69

Participaram desta fase do estudo 602 trabalhadores de enfermagem, lotados nas diferentes unidades assistenciais da instituição pesquisada. Entretanto, observa-se que alguns questionários de dados sócio demográficos não foram preenchidos integralmente pelos participantes, o que resultou em um número de respostas diferente para cada um dos itens. Esses participantes não foram excluídos do estudo, tendo em vista que, apesar de terem deixado alguns itens do questionário sócio demográficos sem resposta, os mesmos haviam preenchido integralmente o Instrumento de Variáveis Relativas às PP.

Observa-se que, quanto à categoria profissional, 186 (31,3%) eram enfermeiros; 324 (54,4%) técnicos de enfermagem e, 85 (14,3%), auxiliares de enfermagem. Dos participantes, a maioria, 519 (87,5%) era do sexo feminino. A idade variou de 20 a 69 anos, sendo a idade média de 41 ($\pm 9,46$) anos; observou-se que 212 (37,6%), encontravam-se na faixa etária de 31 a 40 anos. Quanto ao tempo de formação profissional, observou-se uma variação de 6 meses a 40 anos, com média de 15 ($\pm 9,23$) anos. Quanto ao número de empregos fixos, a maioria 538 (90,9%) possuía um vínculo empregatício. No item referente ao treinamento

acerca das precauções padrão, 412 (70,3%) dos profissionais responderam que receberam treinamento no hospital.

A fim de testar a confiabilidade das escalas foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach (α), cuja amplitude varia de 0 a 1. Os valores próximos de 1 indicam maior confiabilidade do instrumento. Para esse estudo, considerou-se adequado valores com $\alpha \geq 0,60$ (PESTANA, GAGEIRO, 2008).

Os valores do coeficiente alfa de Cronbach são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Coeficiente Alfa de Cronbach do Instrumento de Variáveis Relativas às PP. Brasil - RS, 2015-2016.

ESCALAS	CONFIABILIDADE		
	COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH	Nº DE ITENS	Nº DE RESPOSTAS VÁLIDAS
Adesão às PP	0,653*	12	602
FATORES INDIVIDUAIS	0,768	28	602
Personalidade de risco	0,781	4	602
Eficácia da prevenção	0,680**	2	602
Percepção de risco	0,675	3	602
Conhecimento da transmissão ocupacional do HIV	0,892	7	602
FATORES RELATIVOS AO TRABALHO	0,650	9	602
Obstáculos para seguir as PP	0,709	6	602
Carga de trabalho	0,779	3	602
FATORES ORGANIZACIONAIS	0,905	18	602
Clima de Segurança	0,849	12	602
Treinamento em	0,795	4	602

**prevenção da
exposição ocupacional**

Disponibilidade de EPI	0,813	2	602
-----------------------------------	-------	---	-----

Nota: *Valor obtido com a exclusão do item 11 da escala original. ** Valor obtido com a exclusão do item 1 da escala original.

No intuito de avaliar a melhora dos índices gerais dos instrumentos, prosseguiu-se com a análise da confiabilidade em caso de remoção de cada item que compõem as escalas. Constatou-se que a remoção do item 11 da Escala de Adesão às PP e do item 1 da Escala Eficácia da Prevenção acarretaria em aumento para os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada uma das escalas, portanto esses itens foram excluídos para manter a confiabilidade para estes constructos.

Assim, neste estudo, encontrou-se valores para o Coeficiente alfa de Cronbach que variam de 0,650 a 0,905, o que atesta, dessa forma, a fidedignidade das escalas para avaliação a que se propõem.

Para verificar a aderência das variáveis a normalidade, foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov, considerando-se que valores para $p > 0,05$ denotam distribuição normal. A partir dessa análise, os valores encontrados para todas as escalas obtiveram $p < 0,05$, indicando que as variáveis não atendem a distribuição normal.

5.2 DESCRIÇÃO DOS ESCORES MÉDIOS DA ADESÃO ÀS PP E DOS FATORES INDIVIDUAIS, RELATIVOS AO TRABALHO E ORGANIZACIONAIS

Considerando-se a classificação dos escores em: alto ($\geq 4,5$), intermediário (3,5-4,49) e baixo ($< 3,5$), estabelecidos por Brevidelli (2003), obteve-se os escores médios para cada uma das escalas (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos escores médios por escalas que compõem a adesão às PP e os fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais em um hospital universitário do sul do Brasil. Brasil-RS, 2015-2016.

ESCALAS	Média	Dp***	Mediana	Mínimo	Máximo
Adesão às PP*	4,30	1,03	4,33	2,50	5,00
Fatores individuais	4,25	0,99	-	-	-
Personalidade de risco	4,24	0,90	4,25	1,50	5,00

Eficácia da prevenção	4,53	0,67	4,50	2,00	5,00
Percepção de risco	3,99	1,12	4,00	1,00	5,00
Conhecimento da transmissão ocupacional do HIV	4,29	1,02	4,43	1,00	5,00
Fatores relativos ao trabalho	3,86	1,01	-	-	-
Obstáculos para seguir as PP	3,77	1,10	3,83	1,67	5,00
Carga de trabalho	4,07	0,77	4,00	1,33	5,00
Fatores organizacionais	3,37	1,07	-	-	-
Clima de segurança	3,33	1,06	3,42	1,17	4,92
Treinamento em prevenção da exposição ocupacional	3,26	1,09	3,25	1,00	5,00
Disponibilidade de EPI**	3,82	0,99	4,00	1,00	5,00

Nota: *Dp: Desvio padrão.

A escala de Adesão às PP apresentou escore médio intermediário ($4,30 \pm 1,03$). Com relação aos fatores individuais, observou-se escore médio alto para a escala Eficácia da Prevenção ($4,53 \pm 0,67$). Para os demais fatores individuais, todas as escalas apresentaram escores intermediários.

Quanto aos fatores relativos ao trabalho, os escores obtidos nas repostas foram intermediários, tanto na Escala de Obstáculos para Seguir as PP, como na Escala de Carga de trabalho.

Os fatores organizacionais apresentaram um escore baixo para Clima de Segurança e Treinamento em Prevenção da Exposição ao HIV, e um escore intermediário para Disponibilidade de EPI.

A partir do agrupamento dos escores médios das escalas em fatores individuais, fatores relativos ao trabalho e fatores organizacionais, também se obteve o escore médio para cada um dos fatores, conforme Brevidelli e Cianciarullo (2009). Os fatores individuais e os relativos ao trabalho obtiveram escores médios intermediários, e os fatores organizacionais obtiveram escore baixo.

A frequência da distribuição dos escores médios de cada umas das escalas na população do estudo é apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos escores médios das escalas entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Brasil – RS, 2015-2016. (N=602)

CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	PERCENTUAL
ESCALAS		
Adesão às PP		
Escores altos ($\geq 4,5$)	241	40%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	347	57,6%
Escores baixos ($<3,5$)	14	2,3%
FATORES INDIVIDUAIS		
Personalidade de risco		
Escores altos ($\geq 4,5$)	296	49,2%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	233	38,7%
Escores baixos ($<3,5$)	73	12,1%
Eficácia da prevenção		
Escores altos ($\geq 4,5$)	445	73,9%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	128	21,3%
Escores baixos ($<3,5$)	29	4,8%
Percepção de risco		
Escores altos ($\geq 4,5$)	203	33,7%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	242	40,2%
Escores baixos ($<3,5$)	157	26,1%
Conhecimento		
Escores altos ($\geq 4,5$)	200	33,7%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	370	61,5%
Escores baixos ($<3,5$)	32	5,3%
FATORES DO TRABALHO		
Obstáculos para seguir as PP		
Escores altos ($\geq 4,5$)	106	17,6%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	317	52,6%
Escores baixos ($<3,5$)	179	29,7%
Carga de trabalho		
Escores altos ($\geq 4,5$)	133	22,1%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	373	62%
Escores baixos ($<3,5$)	96	15,9%
FATORES ORGANIZACIONAIS		
Clima de segurança		
Escores altos ($\geq 4,5$)	15	2,5%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	261	43,4%
Escores baixos ($<3,5$)	326	54,1%
Disponibilidade EPI		
Escores altos ($\geq 4,5$)	180	29,9%
Escores intermediários (3,5 – 4,49)	282	46,8%
Escores baixos ($<3,5$)	140	23,3%
Treinamento		
Escores altos ($\geq 4,5$)	49	8,1%

Escores intermediários (3,5 – 4,49)	240	39,9%
Escores baixos (<3,5)	313	52%

Observou-se que 347 (57,6%) trabalhadores obtiveram escore intermediário de adesão às PP, indicando que a adesão não ocorre em sua totalidade para a maioria da população estudada. Com relação a personalidade de risco, observou-se que 296 (49,2%) obtiveram escores altos, indicando uma personalidade de risco baixa. Quanto à eficácia da prevenção, a maioria, 445 (73,9%), dos trabalhadores de enfermagem obtiveram escores altos para Eficácia da Prevenção, indicando uma boa percepção quanto à eficácia das medidas de prevenção. Observou-se que 242 (40,2%) dos trabalhadores tiveram escore intermediário para percepção de risco. Quanto ao conhecimento, 370 (61,5%) trabalhadores obtiveram escore intermediário. Os obstáculos para seguir às PP foram classificados como intermediários para 317 (52,6%) dos trabalhadores. A carga de trabalho também foi considerada como intermediária pela maioria, 373 (62%), dos trabalhadores. Quanto ao clima de segurança, observou-se que a maioria, 326 (54,1%), tiveram escores baixos, indicando uma percepção ruim quanto ao clima de segurança. A disponibilidade de EPI ficou na faixa intermediária para 282 (46,8%) dos trabalhadores. Quanto ao treinamento, a maioria, 313 (52%), obtiveram escores baixos, indicando dificuldades quanto ao treinamento recebido na percepção dos participantes do estudo.

Para compreender como a adesão às PP ocorre nas diferentes unidades da instituição estudada, será apresentado na Tabela 6 a distribuição dos trabalhadores conforme a classificação da adesão em alta, intermediária e baixa, conforme as unidades de trabalho.

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores das unidades da instituição de acordo com a classificação de Adesão às PP (N=602). Brasil – RS, 2015-2016.

UNIDADE	CLASSIFICAÇÃO ESCALA DE ADESÃO ÀS PP						TOTAL
	ADESÃO ALTA		ADESÃO INTERMEDIÁRIA		ADESÃO BAIXA		
	f	%	F	%	f	%	
Centro cirúrgico	21	51,2	20	48,8	0	0	41
Recuperação	13	33,3	25	64,1	1	2,6	39
Centro obstétrico	11	30,5	24	66,7	1	2,8	36
Unidade toco-ginecológica	10	29,4	21	61,8	3	8,8	34
Unidade cirúrgica	18	38,3	29	61,7	0	0	47

Nefrologia	12	57,1	9	42,8	0	0	21
Unidade clínica	12	41,4	17	58,6	0	0	29
Unidade pediátrica	5	20,0	19	76,0	1	4,0	25
Unidade hemato-oncológica	14	56,0	11	44,0	0	0	25
CTCRIAC	10	37,0	17	63,0	0	0	27
CTMO	6	46,1	7	53,8	0	0	13
AMB QTX	4	30,8	9	69,2	0	0	13
AMB	11	32,3	20	58,8	3	8,8	34
Serviços de apoio	18	41,9	24	55,8	1	2,3	43
Unidade psiquiátrica	4	17,4	19	82,6	0	0	23
UTI adulto	15	51,7	13	44,8	1	3,4	29
UCI	11	52,4	10	47,6	0	0	21
UTI pediátrica	10	58,8	6	35,3	1	5,9	17
UTI neonatal	15	30,0	33	66,0	2	4,0	50
PS pediátrico	3	30,0	7	70,0	0	0	10
PS adulto	18	72,0	7	28,0	0	0	25

As unidades em que a maioria dos trabalhadores apresentou alta Adesão às PP foram: Centro cirúrgico, Unidade de hemato-oncologia, Nefrologia, UTI adulto, UCI, UTI pediátrica, Pronto-Socorro adulto. Nas demais unidades, a maior parte dos trabalhadores apresentou Adesão as PP intermediária.

5.3 DESCRIÇÃO DOS ITENS DAS ESCALAS QUE COMPÕEM A ADESÃO ÀS PP E OS FATORES INDIVIDUAIS, RELATIVOS AO TRABALHO E ORGANIZACIONAIS POR FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS

5.3.1 Descrição dos itens das escalas que compõem a escala de Adesão às PP

Quanto a **Escala de Adesão às PP**, os 13 itens estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala de Adesão às Precauções Padrão. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Descarta objetos perfurocortantes em recipientes próprios	589	97,9	11	1,8	02	0,3	0	0	0	0

2. Trata todos os pacientes como se estivessem contaminados pelo HIV	240	39,9	173	28,7	112	18,6	39	6,5	38	6,3
3. Segue as precauções padrão (PP) com todos os pacientes seja qual for seu diagnóstico	278	46,2	212	35,2	97	16,1	12	2,0	03	0,5
4. Lava as mãos após retirar luvas descartáveis	503	83,6	85	14,1	11	1,8	01	0,2	02	0,3
5. Usa avental protetor quando há possibilidade de sujar as roupas com sangue ou outras secreções	299	49,7	180	29,9	91	15,1	17	2,8	15	2,5
6. Usa luvas descartáveis quando há possibilidade de contato com sangue ou outras secreções	483	80,2	101	16,8	16	2,6	01	0,2	01	0,2
7. Usa óculos protetor quando há possibilidade de respingar os olhos com sangue ou outras secreções	132	21,9	149	24,7	145	24,1	95	15,8	81	13,4
8. Usa máscara descartável quando há possibilidade de respingar a boca com sangue ou outras secreções	221	36,7	165	27,4	126	20,9	66	11,0	24	4,0
9. Limpa imediatamente com desinfetante todo derramamento de sangue ou de outras secreções	320	53,1	153	25,4	71	11,8	35	5,8	23	3,8
10. Manipula com cuidado bisturis ou outros objetos perfuro-cortantes	564	93,7	25	5,0	05	0,8	06	1,0	02	0,3
11. Reencapa agulhas usadas	30	5,0	37	6,1	102	16,9	124	20,6	309	51,3
12. Usa luvas para puncionar veia de pacientes	261	43,3	142	23,6	121	20,1	61	10,1	17	2,8
13. Considera contaminados todos os materiais que estiverem em contato com saliva de pacientes	451	74,9	87	14,4	43	7,1	18	3,0	03	0,5

1* - Sempre; 2* - Muitas vezes; 3* - Às vezes; 4* - Raramente; 5* - Nunca
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Com relação ao manuseio de objetos perfuro-cortantes, identificou-se que para o item 1 “Descarta objetos perfuro cortantes em recipientes próprios” 589 (97,9%) responderam que “sempre” o fazem e 564 (93,7%) afirmaram que “sempre” manipulam com cuidado bisturis e outros objetos perfuro cortantes (item 10). Para o item 11 “Reencapa agulhas usadas”, a alternativa “nunca” foi assinalada por 309 (51,3%) dos participantes.

Sobre o item 2, “Trata todos os pacientes como se estivessem contaminados pelo HIV”, 240 (39,9%) dos profissionais demarcaram a opção “sempre”, e 278 (46,2%) responderam que “sempre” seguem as precauções-padrão (PP) com todos os pacientes seja qual for seu diagnóstico (item 3). A respeito da higiene das mãos, 503 (83,6%) afirmaram que “sempre” realizam a lavagem das mãos após a retirada das luvas descartáveis (item 4).

Sobre o uso de equipamento de proteção individual (EPI), o número de respostas para a alternativa “sempre” foi 299 (49,7%) para o uso de avental protetor diante da possibilidade de sujar as roupas com sangue e outras secreções (item 5); 483 (80,2%) para o uso de luvas descartáveis quando há possibilidade de contato com sangue e outras secreções (item 6); 132 (21,9%) para o uso de óculos protetor na possibilidade de contato com sangue ou outras secreções (item 7); 221 (36,7%) para o uso de máscara descartável na possibilidade de respingos (item 8); e 261 (43,3%) sobre o uso de luvas para realizar punção venosa (item 12).

Sobre o item 9, “Limpa imediatamente com desinfetante todo derramamento de sangue ou de outras secreções”, 320 (53,1%) afirmaram que “sempre” o fazem. E para o item 13, “Considera contaminados todos os materiais que estiverem em contato com saliva de pacientes, 451 (74,9%) “sempre” consideraram.

5.3.2 Descrição dos itens das escalas que compõem os fatores individuais

Os fatores individuais compreendem, além dos aspectos demográficos e profissionais apresentados no item anterior, as seguintes escalas: a Escala de Personalidade de Risco, a Escala de Eficácia da prevenção, a Escala de Percepção de Risco, e a Escala de Conhecimento da Transmissão ocupacional do HIV. A frequência das respostas segundo os itens de cada uma das escalas foi analisada e será apresentada a seguir.

Os itens da **Escala de Personalidade de Risco** estão descritos na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Personalidade de Risco. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
1. Eu prefiro uma vida excitante e imprevisível	09	1,5	40	6,6	68	11,3	274	45,5	211	35,0
2. Eu gosto de assumir riscos em minha vida	06	1,0	59	9,8	68	11,3	225	37,4	244	40,5
3. Às vezes, faço coisas perigosas só por emoção	03	0,5	15	2,5	25	4,1	193	32,1	366	60,8
4. Eu prefiro experiências novas e excitantes, mesmo que elas sejam perigosas	04	0,7	25	4,1	47	7,8	218	36,2	308	51,1

1* - Concordo totalmente; 2* - Concordo; 3* - Indeciso; 4* - Discordo; 5* - Discordo totalmente
Brevielli e Cianciarullo (2009)

Para o item 1 “Eu prefiro uma vida excitante e imprevisível”, a opção “discordo” foi atribuída por 45,5% dos participantes. No item 4, a alternativa “discordo totalmente” foi assinalada por 51,1% dos trabalhadores.

Os itens da **Escala de Eficácia da Prevenção** estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Eficácia da Prevenção. Brasil– RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Se eu usar luvas descartáveis, estarei me protegendo da contaminação pelo HIV	219	36,4	250	41,5	28	4,6	71	11,8	34	5,6
2. Eu posso diminuir o risco de me contaminar com o HIV no trabalho se eu seguir às PP	420	69,8	167	27,4	08	1,3	03	0,5	04	0,7
3. Se as PP forem seguidas com todos os pacientes, meu risco de contrair HIV/AIDS é muito baixo	326	54,1	231	38,4	16	2,6	22	3,6	07	1,2

1* - Concordo totalmente; 2* - Concordo; 3* - Indeciso; 4* - Discordo; 5* - Discordo totalmente
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Quanto a percepção da eficácia das medidas de proteção, observa-se que os itens 2 e 3, obtiveram, para a alternativa “sempre”, 69,8% e 54,1% das respostas respectivamente.

Os itens da **Escala de Percepção de Risco** estão dispostos na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Percepção de Risco. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Existe alto risco de me picar com uma agulha contaminada no trabalho	256	42,5	207	34,4	31	5,1	87	14,4	21	3,5
2. O risco de me contaminar com o HIV no trabalho é baixo	31	5,1	99	16,4	31	5,1	219	36,4	222	36,9
3. No meu trabalho, estou exposto à contaminação pelo HIV	245	40,7	280	46,5	27	4,5	35	5,8	15	2,5

1* - Concordo totalmente; 2* - Concordo; 3* - Indeciso; 4* - Discordo; 5* - Discordo totalmente
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Quanto a percepção de risco no ambiente laboral, observa-se que para o item 3, “No meu trabalho, estou exposto à contaminação pelo HIV”, 46,5% dos profissionais responderam “concordo”.

Os itens da **Escala de Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV** estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

O HIV pode ser transmitido a profissionais de saúde ao...

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Fazer curativos em pessoa portadora do HIV sem utilizar luvas	253	42,0	229	38,0	21	3,5	62	10,3	37	6,1
2. Puncionar veia de pessoa portadora do HIV sem usar luvas	312	51,8	221	36,7	11	1,8	30	5,0	28	4,7
3. Ter a boca ou os olhos respingados com sangue ou outras secreções de paciente portador do HIV	368	61,1	192	31,9	14	2,3	11	1,8	17	2,8
4. Ter contato com sangue HIV positivo em mãos ressecadas ou rachadas	316	52,5	206	34,2	35	5,8	23	3,8	22	3,6
5. Ter se espetado ou se cortado com objetos perfuro-cortantes contaminados com sangue ou outras secreções	402	66,8	175	29,1	07	1,2	03	0,5	15	2,5
6. Fazer respiração boca-a-boca em paciente portador do HIV sem usar dispositivo protetor	298	49,5	178	29,6	53	8,8	42	7,0	31	5,1
7. Pressionar local de sangramento de paciente portador do HIV sem usar luvas	336	55,8	206	34,2	16	2,7	21	3,5	23	3,8

1* - Concordo totalmente; 2* - Concordo; 3* - Indeciso; 4* - Discordo; 5* - Discordo totalmente
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Com relação ao conhecimento da transmissão ocupacional do HIV, observou-se que no item 2, “Puncionar veia de pessoa portadora do HIV sem usar luvas”, a alternativa “concordo totalmente” corresponderam a 51,8% das respostas. No item 3, a maioria dos participantes 61,1% responderam “concordo totalmente” que “Ter a boca ou os olhos respingados com sangue ou outras secreções de paciente portador do HIV” expõe o trabalhador ao HIV. Quanto ao contato com sangue HIV positivo em mãos ressecadas ou rachadas (item 4), 52,5% assinalaram o item “concordo totalmente”. Quanto ao item 5, “Ter

se espetado ou se cortado com objetos perfuro cortantes contaminados com sangue ou outras secreções”, a maioria das respostas foram “concordo totalmente”, sendo 66,8%.

5.3.3 Descrição dos itens das escalas que compõem os fatores relativos ao trabalho

Os fatores relativos ao trabalho compreendem duas escalas: a Escala de Obstáculos para Seguir as PP; e a Escala de Carga de Trabalho.

A frequência das respostas de cada item da **Escala de Obstáculos para Seguir as PP** está apresentada na Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Obstáculos para Seguir as Precauções Padrão. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Não consigo me acostumar com o uso de equipamento de proteção na realização de algumas tarefas	10	1,7	116	19,3	37	6,1	240	39,9	199	33,0
2. As PP não permitem que eu faça meu trabalho da melhor forma	12	2,0	31	5,1	39	6,5	278	46,2	242	40,2
3. Com frequência, o acúmulo de atividades diárias interfere na minha capacidade de seguir as PP	30	5,0	115	19,1	57	9,5	296	49,2	104	17,2
4. Nem sempre posso seguir as PP, pois as necessidades de meus pacientes vem em primeiro lugar	14	2,3	105	17,4	49	8,1	276	45,8	158	26,2
5. Às vezes, não há tempo suficiente para usar as PP	17	2,8	169	28,1	56	9,3	256	42,5	104	17,3
6. Seguir as recomendações das PP torna meu trabalho mais difícil	20	3,3	60	9,9	58	9,6	296	49,1	168	27,9

1* - Concordo totalmente; 2* - Concordo; 3* - Indeciso; 4* - Discordo; 5* - Discordo totalmente
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Com relação a percepção dos trabalhadores quanto aos obstáculos do trabalho para seguir às PP, chamam atenção os seguintes itens: no item 1 “Não consigo me acostumar com o uso de equipamento de proteção na realização de algumas tarefas”, foi atribuída a resposta “concordo” por 19,3% dos participantes; no item 3, “Com frequência, o acúmulo de atividades diárias interfere na minha capacidade de seguir as PP”, a alternativa “concordo” foi assinalada por 19,1% dos trabalhadores; no item 4, “Nem sempre posso seguir as PP, pois as necessidades de meus pacientes vêm em primeiro lugar”, os profissionais optaram pela

alternativa “concordo” em 17,4% das respostas; e com relação ao item 5, “Às vezes, não há tempo suficiente para usar as PP”, 28,1% corresponderam a alternativa “concordo”.

A frequência das respostas de cada item da **Escala de Carga de Trabalho** está descrita na Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Carga de Trabalho. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Com que frequência seu trabalho exige que você seja rápido?	170	28,2	353	58,6	63	10,5	15	2,5	01	0,2
2. Com que frequência é exigido que você trabalhe duro?	124	20,6	302	50,2	139	23,1	13	3,8	14	2,3
3. Com que frequência existe muito trabalho a ser feito?	170	28,2	355	59,0	63	10,5	12	2,0	02	0,3

1* - Sempre; 2* - Muitas vezes; 3* - Às vezes; 4* - Raramente; 5* - Nunca
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Na percepção do trabalhador quanto a carga de trabalho, observa-se que no item 1, “Com que frequência seu trabalho exige que você seja rápido?”, a maioria (58,6%) dos trabalhadores responderam “muitas vezes”. E no item 3, “Com que frequência existe muito trabalho a ser feito?”, a maioria (59%) das respostas também foi atribuída a alternativa “muitas vezes”.

5.3.4 Descrição dos itens das escalas que compõem os fatores organizacionais

Os fatores organizacionais compreendem três escalas: a Escala de Clima de segurança, a Escala de Disponibilidade do EPI e a Escala de Treinamento para prevenção da exposição ao HIV.

A frequência das respostas de cada item da **Escala de Clima de Segurança** está disposta na Tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Clima de Segurança. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%

1. Na minha unidade de trabalho, a adesão de funcionários às recomendações das PP faz parte da avaliação de desempenho	95	15,8	217	36,0	196	32,5	63	10,5	31	5,1
2. Os funcionários são comunicados quando não seguem as PP	36	6,0	185	30,7	162	26,9	161	26,7	58	9,6
3. Meu supervisor me apoia no uso das PP	241	40,0	261	43,3	59	9,8	30	5,0	11	1,8
4. Neste hospital, funcionários e supervisores e gerentes agem em conjunto para garantir condições mais seguras de trabalho	80	13,3	280	46,5	136	22,6	90	14,9	16	2,6
5. A prevenção da exposição ocupacional ao HIV é prioridade da gerência neste hospital	28	4,6	132	21,9	235	39,0	171	28,4	36	6,0
6. Neste hospital, todas as medidas possíveis são tomadas para reduzir tarefas e procedimentos perigosos	48	8,0	225	37,4	159	26,4	146	24,2	24	4,0
7. Neste hospital, práticas inseguras de trabalho são corrigidas pelos supervisores	35	5,8	240	39,9	165	27,4	136	22,6	26	4,3
8. Neste hospital, a alta gerência se envolve pessoalmente nas atividades de segurança	13	2,1	74	12,3	238	39,5	197	32,7	80	13,3
9. Neste hospital, existe um comitê de segurança	112	18,6	280	46,5	180	29,9	19	3,1	11	1,8
10. Sinto-me à vontade para notificar violações das normas de segurança neste hospital	53	8,8	193	32,0	200	33,2	134	22,2	22	3,6
11. Meu supervisor preocupa-se com minha segurança no trabalho	81	13,4	304	50,5	136	22,6	59	9,8	22	3,6
12. Neste hospital, práticas inseguras são corrigidas pelos colegas	46	7,6	297	49,3	139	23,1	105	17,4	15	2,5

1* - Concordo totalmente; 2* - Concordo; 3* - Indeciso; 4* - Discordo; 5* - Discordo totalmente
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Quanto ao clima de segurança percebido pelos trabalhadores, destaca-se no item 2 “Os funcionários são comunicados quando não seguem as PP”, 36,3% dos participantes assinalaram “discordo totalmente” ou “discordo”. Entre os participantes, 39% marcaram a alternativa “indeciso” para o item 5, “A prevenção da exposição ocupacional ao HIV é prioridade da gerência neste hospital”. Com relação ao item 7, “Neste hospital, práticas inseguras de trabalho são corrigidas pelos supervisores”, “concordo” correspondeu as

respostas de 39,9% dos trabalhadores. Sobre o item 12, “Neste hospital, práticas inseguras de trabalho são corrigidas pelos colegas”, a alternativa “concordo” obteve 49,3% das respostas.

A frequência das respostas de cada item da **Escala de Disponibilidade de EPI** está apresentada na Tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Todos os equipamentos e materiais necessários para evitar meu contato com o HIV estão disponíveis e facilmente acessíveis	133	22,1	318	52,8	52	8,6	88	14,6	11	1,8
2. Minha unidade de trabalho possui todos os equipamentos e materiais necessários para eu me proteger da exposição ao HIV	148	24,6	313	52,0	56	9,3	73	12,1	12	2,0

1* - Concordo totalmente; 2* - Concordo; 3* - Indeciso; 4* - Discordo; 5* - Discordo totalmente
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Referente à Escala de Disponibilidade de EPI, item 1, “Todos os equipamentos e materiais necessários para evitar meu contato com o HIV estão disponíveis e facilmente acessíveis”, 52,8% dos trabalhadores responderam “concordo”.

A frequência das respostas de cada item da **Escala de Treinamento em Prevenção da Exposição Ocupacional ao HIV** está apresentada na Tabela 16.

Tabela 16 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo as respostas que compõem a Escala Treinamento em Prevenção da Exposição Ocupacional ao HIV. Brasil – RS, 2015-2016. (N= 602)

Itens da escala	1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Meu hospital oferece treinamento específico sobre infecções transmitidas por via sanguínea	22	3,6	170	28,2	171	28,4	193	32,0	46	7,6
2. Eu tive oportunidade de ser treinado adequadamente no uso de equipamentos de proteção individual para me proteger da exposição ao HIV	66	11,0	220	36,5	105	17,4	173	28,7	38	6,3
3. Na minha unidade, os chefes incentivam os funcionários a assistir palestras	96	15,9	266	44,2	123	20,4	94	15,6	23	3,8

sobre segurança											
4. Os funcionários são ensinados a estarem alertas e reconhecerem riscos potenciais à saúde no trabalho											
77	12,8	264	43,8	136	22,6	105	17,4	20	3,3		

1* - Concordo totalmente; 2* - Concordo; 3* - Indeciso; 4* - Discordo; 5* - Discordo totalmente
Brevidelli e Cianciarullo (2009)

Sobre o item 1 da Escala Treinamento em Prevenção da Exposição Ocupacional ao HIV “Meu hospital oferece treinamento específico sobre infecções transmitidas por via sanguínea”, a opção de resposta “discordo” foi assinalada por 32% dos participantes. No item 2 “Eu tive oportunidade de ser treinado adequadamente no uso de equipamentos de proteção individual para me proteger da exposição ao HIV”, a alternativa “concordo” correspondeu a 36,5%.

5.4 CORRELAÇÃO ENTRE OS FATORES INDIVIDUAIS, RELATIVOS AO TRABALHO, ORGANIZACIONAIS E A ADEÇÃO ÀS PRECAUÇÕES-PADRÃO

Para verificar a existência e a magnitude das relações entre cada uma das escalas e a escala de Adesão às PP, foi calculado o Coeficiente de Correlação de Pearson, apresentado na Tabela 17.

Tabela 17 – Correlação de Person (r) entre as escalas de fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais (N=602). Brasil - RS, 2015-2016.

FATORES			INDIVIDUAIS					TRABALHO		ORGANIZACIONAIS		
			APP	PERS	EP	PR	CO	OBS	CT	CS	TR	DISP
INDIVIDUAIS	APP	r	1	0,136 <0,001*	0,109 <0,001*	0,068 0,094	0,097 0,016	0,394 <0,001*	0,046 0,250	0,325 <0,001*	0,308 <0,001*	0,189 <0,001*
	PERS	r		1	0,077 0,055	0,041 0,305	0,052 0,195	0,189 <0,001*	-0,038 0,342	-0,026 0,523	-0,004 0,907	0,053 0,186
	EP	r			1	0,046 0,253	0,152 <0,001*	0,198 <0,001*	-0,033 0,408	0,239 <0,001*	0,212 <0,001*	0,201 <0,001*
	PR	r				1	0,117 0,003*	0,024 0,544	0,227 <0,001*	0,004 0,914	0,032 0,425	-0,001 0,970
	CO	r					1	0,098 0,015	0,031 0,440	0,012 0,754	-0,000 0,982	0,037 0,354
DO TRA BAL HO	OBS	r						1	-0,078 0,054	0,261 <0,001*	0,205 <0,001*	0,172 <0,001*

	CT	r							1	-0,018	-0,061	-0,069
		p								0,656	0,130	0,088
ORGANIZACIONAIS	CS	r								1	0,761	0,534
		p									<0,001*	0,000*
	TR	r									1	0,525
		p										<0,001*
	DISP	R										1
		p										

Legenda: APP – Adesão às PP; PERS – Personalidade de risco; EP – Eficácia da prevenção; PR – Percepção do risco; CO – Conhecimento da transmissão ocupacional; OBS – Obstáculos para seguir PP; CT – Carga de trabalho; CS – Clima de segurança; TR- Treinamento em prevenção ocupacional; DISP – Disponibilidade de EPI

Verificou-se correlação fraca, porém significativa entre a escala de Adesão às PP e as escalas Personalidade de Risco ($r = 0,136$; $p = 0,000$), Eficácia da Prevenção ($r = 0,109$; $p = 0,000$), e Disponibilidade de EPI ($r = 0,189$; $p = 0,000$). Constatou-se correlação moderada e significativa entre a escala de Adesão às PP e as escalas de Obstáculos para seguir as PP ($r = 0,394$; $p = 0,000$), Clima de segurança ($r = 0,325$; $p = 0,000$) e Treinamento em prevenção da exposição ao HIV ($r = 0,308$; $p = 0,000$). Assim, quanto menor a personalidade de risco adotada pelos trabalhadores, maior percepção de eficácia da prevenção, maior percepção de disponibilidade de EPI, menor percepção de obstáculos para seguir às PP, maior a percepção quanto ao clima de segurança e maior a percepção quanto a treinamento recebido, melhor é a adesão às PP.

A escala de Personalidade de Risco apresentou correlação fraca com a escala Obstáculos para seguir as PP ($r = 0,189$; $p = 0,000$). Isto é, quanto menor a personalidade de risco do trabalhador, menor é a percepção de obstáculos para seguir às PP. A escala Eficácia da Prevenção ofereceu fraca correlação, porém significativa com as escalas de Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV ($r = 0,152$; $p = 0,000$), Obstáculos para seguir às PP ($r = 0,198$; $p = 0,000$), Clima de Segurança ($r = 0,239$; $p = 0,000$), Treinamento em exposição ocupacional ($r = 0,212$; $p = 0,000$) e Disponibilidade de EPI ($r = 0,201$; $p = 0,000$). Ou seja, quanto maior a percepção de eficácia das medidas de prevenção pelo profissional, melhor é o conhecimento que ele possui com relação a transmissão ocupacional do HIV, menor a percepção de obstáculos para seguir às PP, melhor o clima de segurança percebido, melhor a percepção quanto ao treinamento e quanto a disponibilidade de EPI. Observou-se correlação fraca, mas significativa entre a escala de Percepção do Risco e as escalas de Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV ($r = 0,117$; $p = 0,000$) e Carga de Trabalho ($r = 0,227$; $p =$

0,000). Isto significa que, quanto maior a percepção do risco a que está exposto, maior é o conhecimento do trabalhador e maior a percepção da carga de trabalho a que está exposto. Também apresentaram correlações fracas entre a escala de Obstáculos para seguir às PP e as escalas de Clima de Segurança ($r = 0,261$; $p = 0,000$), Treinamento em Prevenção de exposição ocupacional ($r = 0,205$; $p = 0,000$) e Disponibilidade de EPI ($r = 0,172$; $p = 0,000$), sendo essas correlações estatisticamente significantes. Isto é, quanto menor a percepção de obstáculos para seguir as PP do trabalhador, maior a sua percepção do clima de segurança, do treinamento e da disponibilidade de EPI. A escala de Clima de Segurança mostrou correlação forte com a escala de Treinamento em Prevenção de exposição ocupacional ($r = 0,761$; $p = 0,000$) e correlação moderada com a escala de Disponibilidade de EPI ($r = 0,534$; $p = 0,000$). Ou seja, quanto melhor a percepção quanto ao clima de segurança do participante, melhor a percepção de treinamento e de disponibilidade de EPI. Também se observou correlação moderada e significativa entre a escala de Treinamento em Exposição ocupacional e a escala Disponibilidade de EPI ($r = 0,525$; $p = 0,000$). Da mesma forma, quanto maior a percepção de treinamento recebido, melhor a percepção de disponibilidade de EPI.

Ainda, para verificar a existência e a magnitude das relações entre os fatores individuais, relativos ao trabalho, organizacionais e a escala de Adesão às PP, foi calculado o Coeficiente de Correlação de Pearson, apresentado na Tabela 18.

Tabela 18 - Correlação de Person (r) entre as escores globais dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais e a escala de Adesão às PP (N=602). Brasil - RS, 2015-2016.

FATORES		ADESÃO ÀS PP
INDIVIDUAIS	r	0,165
	p	<0,0001*
DO TRABALHO	r	0,391
	p	<0,0001*
ORGANIZACIONAIS	r	0,335
	P	<0,0001*

Verifica-se correlação fraca, porém significativa entre os fatores individuais e a escala de Adesão às PP ($r = 0,165$; $p < 0,0001$) e correlação moderada e significativa entre os fatores do trabalho ($r = 0,390$; $p < 0,0001$) e organizacionais ($r = 0,334$; $p < 0,0001$) na Adesão

às PP. Isso significa que quanto maior os escores dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais, melhor é a adesão dos trabalhadores às PP.

5.5 COMPARAÇÃO DA ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES-PADRÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

A classificação dos escores médios de adesão às PP segundo a **idade** dos participantes por categorias é apresentada na Tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a idade e a classificação de Adesão às PP. Brasil – RS, 2015-2016. (N=564)

IDADE	CLASSIFICAÇÃO ADESÃO PP						TOTAL
	ALTA		INTERM		BAIXA		
	F	%	f	%	f	%	
20 – 30 anos	18	23,4	57	74,0	2	2,6	77
31 – 40 anos	86	40,6	121	57,1	5	2,3	212
41 – 50 anos	77	46,9	84	51,2	3	1,8	164
>50 anos	44	39,6	65	58,5	2	1,8	111
TOTAL	225		327		12		564

Pearson Chi-Square 12,345, $p = 0,052$

O grupo com idade entre 41 e 50 anos foi o que apresentou níveis de adesão às PP mais elevado quando comparado aos demais grupos de idade. Foi realizado o Teste Qui-quadrado para saber se havia relação entre as variáveis idade (em categorias) e classificação da adesão às PP (alta, intermediária e baixa). O p-valor encontrado foi igual a 0,052. Logo, como o p-valor foi menor que 0,05, ao nível de significância de 5%, a hipótese de independência entre essas variáveis é rejeitada, verificando-se que a idade dos trabalhadores está relacionada com o nível de adesão às PP.

A classificação dos escores médios de adesão às PP segundo ao **sexo** dos participantes por categorias é apresentada na Tabela 20.

Tabela 20 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o sexo e a classificação de Adesão às PP. Brasil – RS, 2015-2016. (N=593)

SEXO	CLASSIFICAÇÃO ADESÃO PP			TOTAL
	ALTA	INTERM	BAIXA	

	f	%	F	%	f	%	
Masculino	33	44,6	40	54,0	1	1,3	74
Feminino	206	39,7	300	57,8	13	2,5	519
TOTAL	239		349		14		593

Pearson Chi-Square 0,910, p = 0,671

No que diz respeito ao sexo dos participantes, verificou-se que o grupo pertencente ao sexo masculino apresentou maior percentual de classificação alta para adesão às PP. Foi realizado o Teste Qui-quadrado para saber se havia relação entre as variáveis sexo e classificação da adesão às PP (alta, intermediária e baixa). O p-valor encontrado foi igual a 0,671. Logo, como o p-valor foi maior que 0,05, ao nível de significância de 5%, a hipótese de independência entre essas variáveis não pode ser rejeitada, verificando-se que o sexo dos trabalhadores não está relacionado com o nível de adesão às PP.

A classificação dos escores médios de adesão às PP segundo a **categoria profissional** dos participantes por categorias é apresentada na Tabela 21.

Tabela 21 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e a classificação de Adesão às PP. Brasil – RS, 2015-2016. (N=595)

CATEGORIA PROFISSIONAL	CLASSIFICAÇÃO ADESÃO PP						TOTAL
	ALTA		INTERM		BAIXA		
	f	%	F	%	f	%	
Enfermeiro	68	36,5	116	62,4	2	1,1	186
Técnico Enf	137	42,3	178	54,9	9	2,8	324
Auxiliar Enf	35	41,2	47	55,3	3	3,5	85
TOTAL	240		341		14		595

Pearson Chi-Square 4,224, p = 0,377

Quanto a categoria profissional, verificou-se que o grupo de técnicos de enfermagem apresentou o maior percentual de classificação alta para adesão às PP. Foi realizado o Teste Qui-quadrado para saber se havia relação entre as variáveis categoria profissional e classificação da adesão às PP (alta, intermediária e baixa). O p-valor encontrado foi igual a 0,377. Logo, como o p-valor foi maior que 0,05, ao nível de significância de 5%, a hipótese de independência entre essas variáveis não pode ser rejeitada, verificando-se que a categoria profissional dos trabalhadores não está relacionada com o nível de adesão às PP.

A classificação dos escores médios de adesão às PP segundo o **tempo de formação profissional** dos participantes por categorias é apresentada na Tabela 22.

Tabela 22 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o tempo de formação profissional e a classificação de Adesão às PP. Brasil – RS, 2015-2016. (N=577)

TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	CLASSIFICAÇÃO ADESÃO PP						TOTAL
	ALTA		INTERM		BAIXA		
	f	%	f	%	f	%	
<5 anos	12	35,3	20	58,8	2	5,9	34
5 – 10 anos	40	36,7	67	61,5	2	1,8	109
11 – 20 anos	113	41,1	157	57,1	5	1,8	275
>20 anos	67	42,1	87	54,7	5	3,1	159
TOTAL	232		331		14		577

Pearson Chi-Square 3,858, p = 0,699

Com relação ao tempo de formação profissional, observou-se que os trabalhadores com mais tempo de formação profissional apresentaram percentual maior de alta adesão às PP. Foi realizado o Teste Qui-quadrado para saber se havia relação entre as variáveis tempo de formação profissional e classificação da adesão às PP (alta, intermediária e baixa). O p-valor encontrado foi igual a 0,699. Logo, como o p-valor foi maior que 0,05, ao nível de significância de 5%, a hipótese de independência entre essas variáveis não pode ser rejeitada, verificando-se que o tempo de formação profissional dos trabalhadores não está relacionado com o nível de adesão às PP.

A classificação dos escores médios de adesão às PP segundo o **treinamento** dos participantes por categorias é apresentada na Tabela 23.

Tabela 23 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o treinamento recebido e a classificação de Adesão às PP. Brasil – RS, 2015-2016. (N=586)

TREINAMENTO EM PP	CLASSIFICAÇÃO ADESÃO PP						TOTAL
	ALTA		INTERM		BAIXA		
	f	%	f	%	f	%	
Recebeu treinamento	184	44,7	220	53,4	8	1,9	412
Não recebeu treinamento	52	29,9	116	66,7	6	3,4	174
TOTAL	236		336		14		586

Pearson Chi-Square 11,550 p = 0,003

No que diz respeito ao treinamento recebido com relação às precauções padrão, verificou-se que os níveis de adesão às PP foram mais elevados no grupo que respondeu ter recebido treinamento em precauções padrão no hospital. Foi realizado o Teste Qui-quadrado para saber se havia relação entre as variáveis treinamento e classificação da adesão às PP (alta, intermediária e baixa). O p-valor encontrado foi igual a 0,003. Logo, como o p-valor foi menor que 0,05, ao nível de significância de 5%, a hipótese de independência entre essas variáveis foi rejeitada, verificando-se que ter recebido treinamento em precauções padrão no hospital está relacionado com o nível de adesão às PP.

A classificação dos escores médios de adesão às PP segundo o **vínculo de trabalho** dos participantes por categorias é apresentada na Tabela 24.

Tabela 24 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o vínculo de trabalho e a classificação de Adesão às PP. Brasil – RS, 2015-2016. (N=590)

VÍNCULO	CLASSIFICAÇÃO ADESÃO PP						TOTAL
	ALTA		INTERM		BAIXA		
	f	%	f	%	f	%	
CLT	103	42,2	137	56,1	4	1,6	244
RJU	133	38,4	203	58,7	10	2,9	346
TOTAL	236		340		14		590

Pearson Chi-Square 1,611, p = 0,466

Quanto ao vínculo de trabalho, verificou-se que os níveis de adesão às PP foram mais elevados no grupo de trabalhadores regido pela CLT. Foi realizado o Teste Qui-quadrado para saber se havia relação entre as variáveis vínculo de trabalho e classificação da adesão às PP (alta, intermediária e baixa). O p-valor encontrado foi igual a 0,466. Logo, como o p-valor foi maior que 0,05, ao nível de significância de 5%, a hipótese de independência entre essas variáveis não pode ser rejeitada, verificando-se que o vínculo dos trabalhadores não está relacionado com o nível de adesão às PP.

6 RESULTADOS QUALITATIVOS

Os participantes desta etapa da pesquisa foram caracterizados segundo variáveis sócio demográficas e profissionais. Verificou-se a predominância do sexo feminino (79%), com idade entre 24 e 62 anos, em sua maioria formadas há mais de 10 anos, sendo quatro com menos de 10 anos de formação. Com relação à categoria profissional, verificou-se a seguinte distribuição: 04 auxiliares de enfermagem, 11 técnicos de enfermagem e 09 enfermeiros.

6.1 PERCEPÇÃO SOBRE FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Após leitura e análise do material resultante das entrevistas, os dados foram organizados em quatro categorias que foram previamente definidas de acordo com o instrumento de coleta de dados quantitativos. A primeira categoria **Adesão às precauções padrão**, apresenta a percepção dos participantes do estudo com relação à problemática. As demais categorias agruparam os fatores que são relacionados à adesão às precauções padrão: **Fatores Individuais** - Personalidade de risco, Eficácia da prevenção, Percepção de risco, e Conhecimento da transmissão ocupacional do HIV; **Fatores Relativos ao Trabalho** - Obstáculos para seguir as precauções-padrão, Carga de trabalho; **Fatores Organizacionais** - Clima de segurança, Treinamento em prevenção de exposição ocupacional, Disponibilidade de EPI.

6.1.1 Adesão às precauções padrão

A partir da análise dos depoimentos, foi possível conhecer como os trabalhadores de enfermagem percebem a utilização das precauções-padrão em seus ambientes de trabalho, tanto com relação a si mesmos como em relação aos colegas. Ficou evidente que os trabalhadores acreditam que as medidas que podem ser utilizadas para minimizar o risco biológico são vinculadas ao cuidado de si mesmo, por meio da adoção de comportamentos seguros.

Eu já vejo assim, como faz mais tempo que eu estou aqui, já conheço o ambiente, já conheço tudo, já tem mais segurança... Mas, claro, tem que usar todos os EPIs possíveis e tem que ter cuidado[...] (TE01 – ambulatório)

[...]tu já vai com uma luva, por exemplo, quando vai mexer com o paciente, tu já vai com uma luva, quando tu está de longe e vê que está tossindo e está com secreção, tu já providencia uma máscara e tu não vai ter contato com sangue, só se por ventura tu está perto dele e ele espirra. Senão, sempre a gente procura usar luva, até nos bolsos a gente carrega para se prevenir. (AE05 – unidade de recuperação pós-anestésica)

[...]é um trabalho que está exposto a todos esses riscos, cabe a mim conhece-los e saber me cuidar, saber usar todas as ferramentas que eu tenho para poder me cuidar. (E17 – serviços de apoio)

Eu acho que aqui é bem rigoroso e eu vejo todo mundo se cuidando bastante assim[...] pela equipe de enfermagem acho que todo mundo é bem instruído, bem ciente e se cuida bastante, faz tudo pelo correto[...] (E20 – terapia intensiva)

As precauções padrão são reconhecidas, pelos entrevistados, como uma medida a ser utilizada diante do risco biológico. O cuidado relatado pelos depoentes significa reconhecer as situações de risco potencial e utilizar as ferramentas disponíveis para prevenir a ocorrência de acidentes. Esses equipamentos de proteção que devem ser utilizados, denominados pela legislação como Equipamentos de Proteção Individual (EPI), são relatados nos depoimentos a seguir.

[...]cuidado de usar luvas[...] a gente vai fazer as punções com maior calma possível para não fazer atropelos[...] se é os pacientes que tem tuberculose, a gente usa máscara, aventais, duas luvas até para não correr o risco e, se tem secreção usa óculos. Eu, como já uso lentes, uso óculos. (TE01 – ambulatório)

Ah é cumprido.... todas as medidas... pelo menos no contato direto sempre é usado, sempre é utilizado, tanto das meninas [referindo-se às enfermeiras] quanto da gente. E procurar usar o que é padrão, medida de precaução padrão... na verdade já está internalizado esse aspecto em todos. Ficou internalizado, acho que já o protocolo de... de cuidado, para si também, que é o uso do avental, das luvas. (TE08 – hemato-oncologia)

[...]um cuidado é luva e um outro cuidado é o óculos, como eu tenho o óculos de grau, e o avental de manga longa, calçado fechado[...] (E16 – serviços de apoio)

As medidas que a gente usa são as medidas universais padrão, e as medidas específicas, quando é de contato, de contato, no caso aventais, luva, óculos, máscara[...] (E20 – terapia intensiva)

As precauções-padrão vão além da utilização de EPI's, pois incluem também a adoção de outras medidas de segurança como: lavagem das mãos e o descarte adequado de

perfuro-cortantes. No entanto, na maior parte dos depoimentos, percebe-se que os trabalhadores majoritariamente associam as precauções-padrão à utilização de EPI's, sendo que são os itens mais mencionados, por eles, nos depoimentos. Apesar disso, as outras medidas de precaução-padrão também são mencionadas, em menor número.

De uma forma geral a gente se cuida, as gurias usam luvas, todo mundo usa luvas, mas o que mais eu utilizo aqui é o avental quando vai fazer o tratamento de lesões, o avental e o óculos[...] eu vejo que as gurias [refere-se a equipe de enfermagem] procuram usar bastante os EPIs, e outra coisa a limpeza do ambiente, isso sim. O cuidado com o descarte dos materiais é bem sério, a gente procura sempre fazer rigorosamente[...] (E02 – ambulatório)

Nesse depoimento, o participante relata que o descarte de materiais perfuro-cortantes no seu setor de trabalho é adequado e realizado com rigor. Nesse sentido, a percepção dos participantes quanto à adesão às precauções-padrão no seu setor de trabalho foi bastante variável. Enquanto alguns afirmam que elas são sempre utilizadas, como no depoimento de E02, outros participantes referem que as medidas não são sempre utilizadas, conforme as falas seguintes.

Muito pouco. Quase ninguém usa, quase ninguém dá bola para isso, porque acham que aconteceu com o colega porque tinha que acontecer, entendeu? Então, é muito pouco a precaução. (TE10 – pronto-socorro)

É, eu percebo que alguns usam, nem todos usam[...] (TE12 – pronto-socorro)

O participante TE 10 associa a não utilização das precauções a crenças individuais equivocadas, em que alguns trabalhadores atribuem a ocorrência de acidentes a uma mera fatalidade, desconsiderando a sua própria responsabilidade com relação à segurança no trabalho. Além disso, a adesão às PP pode não ser constante, oscilando entre momentos de alta adesão e momentos de baixa adesão no mesmo indivíduo, como demonstra o seguinte relato.

[...] às vezes eu fico chateada comigo mesmo, porque, às vezes, eu não tomo as medidas. Mas tento, tento, da maneira possível, porque proteção da gente, proteção do paciente. Tem que se preocupar bastante com isso, então, as medidas... e lógico tem momentos que, como é que se diz, a gente desliza. Mas, na medida do possível, toda vez sempre pensando na proteção da gente e do paciente. (TE24 – unidade de internação)

Nesse relato, o participante afirma que o uso das PP é uma preocupação e que ocorre “na medida do possível”. Essa expressão sugere que algo ou alguma situação poderia influenciar, tornando essa prática “menos possível”, o que reforça a importância de conhecer melhor cada um desses fatores.

Os achados apontam que a adesão às precauções-padrão, frequentemente, é realizada parcialmente, de forma seletiva, ou seja, algumas medidas são realizadas e outras não. Percebe-se que o uso de luvas é o mais presente no cotidiano dos trabalhadores, no entanto o uso de óculos de proteção, máscara e avental parece ainda não ter sido incorporado de forma significativa. Em diversos momentos, durante as entrevistas, essa prática seletiva quanto às PP foi percebida, e os relatos a seguir demonstram essa evidência.

[...]luvas o pessoal usa, máscara o pessoal usa e nos isolamentos a gente usa máscaras, o descarte de lixos, ele é, acredito que se não 100% perto disso adequado. O que mais? Acidente com perfuro-cortante faz tempo que a gente não tem, a gente faz o descarte adequado. Questão de material biológico, de exposição de secreção é uma coisa difícil de tu ver o pessoal usando óculos e máscara, é um hábito que o setor, que os trabalhadores desse setor não tem. (E11 – pronto-socorro)

A luva quase todo mundo usa, mas o óculos que é o mais difícil. (AE23 – unidade de internação)

[...]se tem paciente em precaução, por contato ou respiratório, usa máscara. Mas, só a luva mesmo a gente usa direto. (TE06 – unidade de recuperação pós-anestésica)

[...] no meu rosto, sangue de paciente de SIDA, numa gastrostomia agora há pouco tempo[...] estava de óculos, de avental, só que aqui não se usa máscara, aí se respingou ou não em mucosa? Eram gotículas, se respingou ou não, não sei. (E03 – ambulatório)

Eu acredito que eu preciso me cuidar um pouco mais, tipo lembrar de usar óculos. É uma coisa que semana passada eu me dei conta que estava usando muito pouco nas aspirações, no cuidado com o paciente, não é uma coisa de desconhecimento, é uma questão, assim, de que como tu vai usar para determinado procedimento, tu acaba esquecendo de usar, e quando tu vai lembrar, aí é porque realmente aconteceu um incidente assim “ai deveria estar usando óculos”[...] a gente usa mesmo, luva, máscara, higienização das mãos a gente faz, acho que toda a equipe é bem orientada nesse sentido. (E11 – pronto-socorro)

Percebe-se que a utilização de máscara e avental é mais associada ao isolamento de contato de pacientes com germe multirresistente, e não a um cuidado que deve ser realizado diante de todo e qualquer risco de contato com secreções, o que é preconizado pelas precauções padrão. A utilização de precauções padrão tem a dupla finalidade de proteger o

paciente e, também, o trabalhador do risco de infecção. Em alguns relatos os participantes demonstram que têm essa visão.

[...]tu tem que ter precaução para não te contaminar, e também cuidar para não contaminar o paciente. (AE05 – unidade de recuperação pós-anestésica)

Sempre tomando as precauções de determinada situação. Cada situação tu vai ter que seguir aquele cuidado, sempre preservando a mim e ao paciente. (TE14 – unidade psiquiátrica)

Por ser um cuidado tão importante, tanto para o paciente quanto para o próprio trabalhador, a utilização de precauções padrão não é apenas uma opção, mas algo normatizado por lei e de uso obrigatório pelos trabalhadores. Sendo assim, quando o trabalhador não está devidamente consciente dos riscos que a assistência à saúde expõe aos sujeitos nela envolvidos, o trabalhador pode executar o protocolo de forma equivocada, apenas como uma rotina ou uma obrigação. No relato a seguir, o participante relata o uso equivocado do EPI, que traz como consequência a perda de finalidade do uso, não formando a barreira contra a infecção, que é o objetivo da precaução-padrão.

Eu percebo que muitos usam da maneira errada, calçam a luva e saem com ela no corredor, abre a maçaneta, abre a porta com a luva... tem avental para isolamento de contato e, às vezes, tem três, quatro aventais sobrepostos no cabide, todo mundo usa o mesmo... Eu percebo essas coisas, tento me adequar ao que eu sei que é certo, mas eu não tenho muito o que fazer, entende? Até pelo fato de as pessoas serem muito resistentes a mudança, as orientações, então, é complicado isso. Tem a dispensa de álcool, mas tu vê que as pessoas não usam, muito menos lavam as mãos quando deveriam, o certo seria entre um paciente e outro sempre higienizar as mãos... Então eu percebo que até fazem, mas, não da forma que deveria ser e, isso, com certeza, deveria ser bem mais cobrado. (TE22 – unidade de internação)

O relato de TE22 levanta uma realidade preocupante, tendo em vista que o uso inadequado do EPI pode transformá-lo de um equipamento de proteção para um equipamento de disseminação, expondo trabalhadores e pacientes ao risco de infecção. É fundamental que o trabalhador tenha o conhecimento tanto da finalidade, quanto do uso adequado das PP.

Com relação à finalidade, as precauções padrão são medidas que devem ser utilizadas para todos os pacientes, independente da suspeita ou confirmação de doenças infectocontagiosas. Percebe-se, na fala de alguns participantes, que, apesar dessa recomendação, os mesmos selecionam o paciente que acreditam oferecer risco para sua segurança, conforme seu julgamento, que, muitas vezes, é superficial. Algumas vezes, o paciente só recebe o diagnóstico de uma doença infectocontagiosa em um segundo momento,

e o profissional acaba se expondo, pois, passa a utilizar as medidas apenas após a confirmação do risco a que está sujeito.

[...]Item todo tipo de paciente aqui. Então, a gente não sabe das doenças que ele tem e se pode transmitir para nós. Mas a gente procura ter precaução, quando a gente vê que há um suspeito de alguma coisa. (AE05 – unidade de recuperação pós-anestésica) Grifo da autora

[...]Joutro maior risco de estar exposto mesmo é secreção de via aérea, é secreção de paciente que é bastante comum aqui na pediatria, principalmente nessa época do ano em virtude das infecções de via aérea. Eu acho que é o que a gente está mais exposto e acaba, por vezes, negligenciando o uso de equipamento de proteção. Devia estar usando máscara, usando óculos em todos esses procedimentos, e a gente não usa. A gente acaba pensando: “ ah vou usar máscara quando é um paciente... hã máscara, óculos quando é um paciente com traqueostomia”, se lembra dos usos dos EPI's em situações mais graves, digamos assim. Mas é coisas que a gente deveria estar usando no dia a dia. (E11 – pronto-socorro)

Uma época na gripe A, teve um paciente que estava entubado no 18, 19 por ali [referindo-se ao número do leito] e eu fiquei com ele. Nós ficamos dois dias e depois vem a notícia que ele tinha gripe A. Eu disse: “mas e agora?” se tivesse que pegar eu tinha pego, sabe? Aí ele vai para o isolamento, nem sei, aí tu fica na dúvida ‘e agora? já tratei ele, já aspirei, já um monte de coisa’. (TE12 – pronto-socorro)

Nesse sentido, percebe-se que a finalidade da precaução padrão não é bem compreendida por muitos participantes, pois relacionam o uso das precauções ao diagnóstico de doença infectocontagiosa no paciente. A fala a seguir, somada às anteriores, corrobora essa evidência.

Mas a gente, pelo menos, sabe que tem que usar luva, usar máscara, que tem que fazer isso quando chega um paciente com doença infecto contagiosa. (AE15 – unidade psiquiátrica)

Diferentemente, no depoimento a seguir a entrevistada demonstra conhecimento de que as precauções padrão devem ser utilizadas a todos os pacientes, sem distinção.

[...]tu tem que ter cuidado com todos. Não tem um paciente diferente do outro. Interna e tu não sabe se teve contato com bactéria lá fora e coisa... Então, aqui dentro, todos tu tem que ter essa medida. Não interessa. Porque tu não sabe o histórico do paciente, não foi coletado exame, não foi coletado nada. Então, não interfere muito, porque todos tu tem que ter o mesmo cuidado. (TE21 – terapia intensiva)

Percebe-se que, em unidades consideradas de maior risco, como unidades de terapia intensiva, por exemplo, onde existe possivelmente uma maior cobrança institucional quanto ao uso das precauções padrão, os trabalhadores estão mais habituados as normas de

biossegurança. A incidência elevada de infecções hospitalares e a realidade cada vez mais presente dos germes multirresistentes eleva a preocupação, tanto dos gestores quanto dos trabalhadores, particularmente dos que atuam no cuidado direto aos pacientes que estão mais suscetíveis, como pacientes em estado grave e/ou que realizam procedimentos invasivos.

Diante desses relatos apresentados, percebe-se que a adesão às precauções padrão não ocorre de maneira uniforme, variando entre cada indivíduo, de acordo com diversos fatores, que serão melhor detalhados nos próximos itens.

6.1.2 Fatores individuais

Os fatores individuais compreendem um conjunto de fatores relacionados aos próprios trabalhadores, incluindo comportamentos, crenças, experiências e atitudes. Esses fatores foram salientados pelos participantes como fundamentais na adoção às precauções-padrão. Diversos relatos evidenciaram a relevância desses fatores.

[...]se a gente usa ou deixa de usar principalmente eu acho que é uma questão pessoal[...] a gente sabe, é orientado, sabe como faz o pedido de materiais, sabe como tem que usar... eu não sei eu acho que entra um fator pessoal mesmo, da pessoa achar que não é importante, ou que realiza o procedimento adequado e, de repente, opta por não usar, enfim. Mas eu não vejo maior dificultador, a não ser de nível pessoal mesmo. (ENF 02 – ambulatório)

Eu acho que é uma coisa pessoal a maneira de que cada um vê as coisas. Sei lá, eu acho que não tem uma regra geral, assim. A norma é uma só, os cuidados que se tem que ter em relação aos riscos ocupacionais eles estão bem definidos, estão bem escritos, eles são únicos para todos. Mas, a forma que cada um olha para eles é muito individualizada[...] então, a percepção que tenho é de que individualmente isso é difícil, e que ter a percepção de todo e de grupo que é importante isso para o funcionamento do hospital, para a redução do risco de infecções, até para proteção individual de cada um. Então, eu acho que isso é um fator particular, assim, subjetivo, que, talvez, seja algo que facilite a questão dos riscos ocupacionais. (E11 – pronto-socorro)

Os próprios profissionais assim “ah não vou usar, não quero usar”, por exemplo, o óculos para puncionar. A gente sabe que deve usar mas não usa, então, acho que a gente mesmo que se boicota e que trabalha contra a gente mesmo. (E17 – serviços de apoio)

Acho que o fator que dificulta é um fator pessoal mesmo, de cada um. Não vejo motivo para não tomar as medidas. Nem a sobrecarga de trabalho que a gente tem vivenciado nos últimos meses. Eu acho que não justifica, porque a gente sabe que tem risco para o teu paciente e tem risco pessoal, então, não teria uma justificativa para não usar. (TE 22 – unidade de internação)

Na ótica dos trabalhadores entrevistados, apesar de existirem outros fatores que podem influenciar na decisão entre aderir ou não às medidas de proteção, os fatores individuais são de grande relevância, tendo em vista que a decisão final cabe, apenas, ao indivíduo. Sendo assim, a seguir serão apresentadas as subcategorias que compõem os fatores individuais, de acordo com a percepção dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem participantes do estudo.

6.1.2.1 Personalidade de risco

Os fatores de ordem pessoal foram mencionados, por muitos dos entrevistados, como fundamentais na adesão às precauções-padrão. Um desses fatores é a personalidade do indivíduo, que pode ter uma tendência maior ou menor a submeter-se ao risco de maneira perigosa. Alguns relatos indicam que, apesar de conhecer o risco, alguma característica do próprio indivíduo faz com que ele opte por não usar a proteção, apesar do risco a que está exposto. Nos relatos a seguir, os participantes TE01 e AE23 mencionam a percepção que têm dos colegas que não aderem às precauções. Já, em seu relato, TE18 refere-se a si mesmo como imprudente, em alguns momentos.

[...]mais é da própria pessoa que é resistente a usar os EPIs[...] Eu acho que vai de pessoa para pessoa. Tem pessoas que tem consciência, tem formação e, assim mesmo, não usam nada, infelizmente, nem a luva usam. Fazem curativo com a mão, que a luva já é uma proteção para ti. (TE 01 – ambulatório)

[...] Eu vejo que existe muita falha dos colegas, muita coisa assim, muitos vícios. É aquela coisa “nunca vai acontecer comigo”, “eu sei como fazer”, “a vida inteira fiz assim”, tem uma certa resistência quanto ao uso de EPI’S adequadamente, porque dá trabalho tu te paramentar, tu estar comprometida com aquilo ali[...] (AE23 – unidade de internação)

Às vezes, prudente e, algumas vezes, relapsa, tipo assim, um caso bem simples para tirar uma comadre, tu tem que usar luva e, às vezes, tu tem preguiça ou não quer colocar luva. Mas, a luva existe, daí tu vai lá e tira sem luvas, aumenta meu risco, mas isso daí é um problema meu! É uma escolha minha não usar. (TE18 – serviços de apoio)

Os depoimentos utilizam muito a palavra “resistência”, que foi interpretado como um termo para se referir a esse traço da personalidade do indivíduo que opta por assumir os riscos. O relato de E02 sugere que traços da personalidade do indivíduo podem interferir não apenas na adoção das medidas preventivas, como também na conduta pós-exposição ocupacional.

Foi um acidente perfuro-cortante, inclusive com um paciente HIV e que morreu três horas depois, com uma carga viral bastante alta. Mas, eu sou bem tranquila em relação a isso. Talvez, possa ser um pouco negligente e, na época, eu... eu me piquei duas vezes com paciente HIV... faz uns 15 anos eu acho... e os guris [referindo-se aos médicos residentes] queriam que eu fizesse o uso do coquetel e eu optei por não usar, não utilizei os medicamentos. Fiz, claro, os testes e depois fui controlando 3 meses, 6 meses até um ano. Eu tinha o conhecimento de que, claro que a picada pode acontecer de uma soroconversão, mas eu também sabia que eu precisava de uma quantidade grande de sangue, apesar de ter sido um abocath 20, mas que a temperatura ambiente também o vírus ressecava. Então, eu não fiquei, não fiquei desesperada. Sei que talvez tivesse que ter tido um cuidado maior, mas tenho feito meus exames periódicos e nenhuma doença eu adquiri no hospital, no serviço, então tranquilo. (E02 – ambulatório)

Esse relato aponta para a característica que a própria entrevistada diz “ser muito tranquila” em relação aos riscos demonstrando o baixo nível de preocupação de contaminação ocupacional, mesmo diante de um acidente grave envolvendo um paciente sabidamente infectado. Em um outro momento, a mesma participante afirma que o trabalhador se considerar invulnerável pode ser um aspecto que influencie na adoção de precauções-padrão.

Eu acho que talvez a única coisa seja achar que eu seja invulnerável, que isso não vai acontecer comigo,. a tranquilidade em relação ou não ter medo. Normalmente eu sigo as normas, com exceção de alguns cuidados como uso das luvas, nem sempre eu uso as luvas pra punção venosa, eu não vejo como uma negligência o fato de não utilizar, é um risco que eu estou correndo eu sei disso, mas eu procuro executar uma técnica com tranquilidade, me organizo para fazer aquele procedimento, onde eu coloco as coisas, como eu punciono, claro que imprevistos podem acontecer, mas não vejo assim como negligência pelo fato de não utilizar a luva. (E02 – ambulatório)

No entanto, mesmo sendo um traço da personalidade do indivíduo, essas características podem se transformar ao longo do tempo e da experiência profissional. No relato a seguir, a entrevistada relembra uma época em que desconsiderava os riscos ocupacionais, por achar que não era vulnerável. No entanto, com o passar do tempo e com uma maior consciência do risco e do medo de adoecer, mudou sua postura frente às medidas de segurança.

[...] acho que o risco químico que eu vivenciava lá no ambulatório de quimioterapia e no 4º andar [Unidade de Internação de Clínica Médica], eu era um pouco relapsa sim, não usar máscara o tempo todo, às vezes até não usar luva, acho que eu era relapsa... a gente acha que nunca vai acontecer com a gente, tu acaba banalizando o risco que tu tem[...] (E17 – serviços de apoio)

As experiências pessoais como um todo, não apenas profissionais, mas experiências de vida, inclusive como paciente ou familiar de paciente são mencionadas, pelo participante a seguir, como um aspecto que teria influência na adoção das precauções-padrão.

Nível de entendimento, formação, personalidade, se tu tem abertura ou não, experiências vividas, experiências familiares que tenham acontecido alguma coisa que... estar do outro lado, não sendo o profissional de saúde, mas sendo o paciente ou familiar de paciente. Entendimento cultural também [...] Um entendimento junto com personalidade de poder ter abertura para mudança, isso facilita. (E03 – ambulatório)

Além da experiência pessoal, o participante ENF03 considera que a personalidade de pessoas que são mais receptivas a mudanças pode facilitar a adoção das precauções-padrão. As falas, a seguir, também sugerem que características da personalidade de cada pessoa e a falta de motivação com a profissão e falta de comprometimento com o paciente podem ser fatores que levem alguns trabalhadores, a realizarem as atividades de maneira relapsa, incluindo os cuidados com sua própria segurança.

Eu acho que tem pessoas que são mais criteriosas, mais detalhistas que gostam de fazer as coisas da melhor maneira, tem outras assim que eu percebo no meu trabalho, que estão ali porque tem que estar, entendeu? Tem que trabalhar e, aí, fazem tudo aquilo ali muito rápido, muito... daquele jeito assim, para poder sentar e tomar um mate [chimarrão] e para poder sentar e conversar. O foco parece, do trabalho, não é o atendimento do paciente, tu entende? A gente vê pessoas mais antigas que não estão mais nem aí, não sei te explicar. É meio complicado isso. A única coisa que eu imagino, é perda da vontade de fazer o certo, porque tem meios e informação. Tem também o vício de tu estar sempre fazendo daquela forma [...] Eu estou quase há 20 anos na enfermagem, mas para mim é como se fosse o primeiro ano. E, eu vejo as pessoas, e não é só as pessoas mais antigas, às vezes, tem pessoas que estão recém começando a trabalhar e não tem a mínima vontade de fazer a coisa certa. Eu acho que é isso, não tem outro motivo, não consigo ver. (TE22 – unidade de internação)

Ah, eu acho que é uma responsabilidade, acima de tudo[...] Vai do tipo da pessoa eu acho que a responsabilidade da pessoa. (TE12 – pronto-socorro)

Nesse sentido, a subjetividade é uma questão importante a ser considerada na adesão às precauções padrão. No seguinte relato, o entrevistado acredita que fatores subjetivos interferem no comportamento de segurança dos trabalhadores.

Eu acho que um dos fatores que mais dificulta é um fator meio subjetivo. Parece que é aquela sensação de que comigo não vai acontecer, talvez, por não dar real importância a prevenção e aos cuidados. Ou sei lá, talvez por nunca ter acontecido com ninguém. Não que a gente tenha que esperar acontecer para tomar as medidas, mas parece que é meio assim, primeiro tu tem que sentir o medo, passar por alguma situação, para depois tu começar a se cuidar. Acho que na vida, de um modo geral é assim, a gente aprende da pior maneira possível. Mas eu acho que fica essa

sensação assim, de... Não sei se a gente nega esse risco, se a gente negar esse risco, isso seja uma forma melhor de trabalhar, tipo, acreditar que não vai acontecer comigo seja uma forma de eu não pensar nessas situações sobre o risco que eu estou correndo e, assim, eu consigo trabalhar menos ansioso. Embora isso seja uma fantasia, é uma forma de tu negar os riscos também. Porque acho que quanto mais... quanto maior o medo de cada profissional, os riscos que ele corre... quanto mais contato ele tiver com isso, maior pode ser a negação, mas ao mesmo tempo, maior pode ser o cuidado que ele vai ter, é uma questão de repente de refletir sobre o assunto, num âmbito um pouco mais subjetivo. (E11 – pronto-socorro)

Na fala desse entrevistado, vem à tona, novamente, a questão da ansiedade que o trabalhador pode desenvolver frente a consciência do risco. Para lidar com essa ansiedade, uma estratégia pode ser a fuga ou a negação da realidade, ou seja, desconsiderar o risco. Essa negação do risco pode prejudicar a adoção de práticas preventivas. De certa forma, a fala de E07 também aponta nesse sentido, ao mencionar que a profissão de enfermeiro carrega consigo a crença de que o trabalhador é protegido por algo a que se refere como a "aura da profissão". Tanto a negação do risco como a crença em uma "aura" que protege, são aspectos subjetivos do trabalhador, que, podem influenciar muitas atitudes no cotidiano laboral.

[...]tu sabe como é enfermeiro. Enfermeiro é um ser muito teimoso, acha que nada vai acontecer com ele, que a aura da profissão protege[...] porque as pessoas tem muita dificuldade "ah não vai acontecer nada comigo"... até acontecer. (E07 – hemato-oncologia)

Outra questão, bastante subjetiva, que foi identificada na fala dos entrevistados diz respeito ao nível de moralidade do trabalhador quanto à reação do paciente. Esse aspecto também pode ter influência sobre a decisão de usar ou não os equipamentos de proteção. No depoimento de AE15, a entrevistada refere-se a segurança dos outros pacientes ao compartilhar um objeto com paciente soropositivo. Já, na fala de TE24, a participante se diz sensibilizada com a reação negativa da criança ao vê-la usando equipamentos de proteção.

O que eu acho meio complicado é que eles gostam de tomar chimarrão, então o paciente com HIV, hepatite, às vezes pode ter uma lesão na boca, alguma coisa assim que[...] ai tem dois lados, se tu separa tu está estigmatizando aquela pessoa, tu dá uma cuia só para ele, isso já aconteceu, "tu vai tomar um mate aqui só", mas daí tu estigmatiza o paciente, eles pensam "bah ele tem alguma coisa, não pode tomar mate com ele", e se tu deixar também toma mate junto corre o risco de ter uma lesão na boca, é meio raro mas pode acontecer. Entre eles, não conosco equipe. (AE15 – unidade psiquiátrica)

[...]quando a gente lida com criança que é uma coisa muito difícil, tu vai aparecer, aparece um ET na frente de uma criança[...] ela não vai entender, nem os pais às vezes entendem... imagina a criança. Então, isso eu acho uma parte bem complicadinha, mas necessária[...] às vezes a gente se sente mal por parecer um

monstro na frente das crianças[...] eu acho que essa é a parte que mais me atinge de dentro assim. (TE24 – unidade de internação)

A partir dessas falas, pode-se depreender que existe esse receio de estigmatizar o paciente, especialmente quando o trabalhador considera o risco de contaminação como baixo ou incerto. No cuidado a pacientes pediátricos, esse fato pode estar presente, pois, a criança, muitas vezes, não é vista pelo trabalhador como possível fonte de transmissão de doenças infectocontagiosas. Assim, o fato de o profissional tomar os cuidados preconizados com esse público, em específico, pode ser desconfortável do ponto de vista moral quanto a reação do paciente ou de seus pais.

Por estar em constante contato com riscos de várias naturezas, o trabalhador da enfermagem pode minimizar e/ou banalizar o risco de se infectar, e isto repercute em aderir ou não às normas de biossegurança. Todas as circunstâncias e situações apontadas nos depoimentos acabam por moldar a personalidade de risco adotada por cada trabalhador individualmente. A capacidade de reflexão e de mudança de comportamento de risco para um comportamento seguro é o aspecto subjetivo que depende profundamente do indivíduo em si para favorecer a adoção das medidas de prevenção da exposição ocupacional.

6.1.2.2 Eficácia da prevenção

A percepção dos trabalhadores quanto a eficácia da prevenção das medidas de proteção foi relatada por diversos participantes do estudo. As falas, a seguir, demonstram que os trabalhadores acreditam que a adesão às precauções padrão podem diminuir o risco de contaminação no trabalho e, também, é eficaz para diminuir a ocorrência de acidentes no trabalho.

Até que depois que aderiram isso [referindo-se às precauções padrão] até que diminuiu bastante os acidentes de trabalho, aqui diminuiu bastante mesmo[...]
(TE01 – ambulatório)

[...]seguindo o protocolo tu vai se dar bem, tu consegue prevenir para ti não se machucar, não contrair nada. Então, é isso, eu procuro, particularmente seguir sempre. (TE04 – centro cirúrgico)

[...]a gente tem muito, usa muito EPI, então a gente não tem tanto contato. A gente tem pacientes com germes multirresistentes, mas a gente com o EPI a gente fica mais protegido. (E07 – hemato-oncologia)

[...]o pessoal é orientado, a gente orienta bastante o pessoal, os bolsistas, acho que todo mundo usa o seu avental, usa os EPI, está sempre com as luvas, acho que o pessoal se cuida nesse sentido, não temos acidente de trabalho, assim, de pique, faz uns 4 anos. (E16 – serviços de apoio)

Perceber que as precauções padrão são eficazes para diminuir a possibilidade de contágio é importante para promover a adoção dessas medidas, e o contrário, perceber como ineficazes, pode gerar desmotivação para o uso. No entanto, a utilização das medidas de segurança não elimina os riscos por completo, e isso é relatado durante as entrevistas. Os trabalhadores acreditam que, mesmo com o uso de precauções padrão, o risco de infecção no ambiente ocupacional está presente, mas que é possível ter um certo controle sobre esse risco, por meio da prevenção. O risco de se contaminar, apesar do uso das precauções padrão, está relacionado à ocorrência de situações inesperadas, conforme relatado pelos participantes E16 e AE09, ou, até mesmo, a presença de uma doença desconhecida, como relatado pelo TE12 e E02.

[...]eu me sinto segura, porque como eu tenho um certo controle dos riscos. A gente se previne, usa luva, usa avental e, mesmo assim, existe o risco de mesmo se cuidando ainda acontecer um acidente. (E16 – serviços de apoio)

[...]tem casos que tu não tem como evitar o contato, em casos de acidente ou coisa parecida que tu não tem... mas, para isso, os EPI's é uma solução que te põem menos riscos possíveis, que são os aventais, as luvas, as máscaras, o óculos, bota, calçado fechado e assim por diante. (AE09 – hemato-oncologia)

Mas aí quando tu não sabe, por exemplo, tu vai pegar o paciente que tu está, chegou na emergência com alguma coisa que tu não sabe o que que é daí depois vem, por exemplo uma TB [tuberculose] Aí, tu já teve uma exposição com aquele paciente. Como já nós tivemos vários, que ficavam no corredor ali, depois de 4,5 dias o paciente confirmou tuberculose. “ah, daí eu já fiquei com ele quantos dias?”. (TE12 – pronto-socorro)

[...] a gente utiliza de uma certa forma alguns cuidados, que são padrão para que tu não adquira nenhuma doença, ou, às vezes, corre o risco de mesmo utilizando adquirir, dependendo da situação... Mas, dentro do possível a gente procura ter o conhecimento do paciente, do diagnóstico que ele tem, como ele veio, conforme sua história assim[...] (E 02 – ambulatório)

A adesão às PP, por si só, não impede a ocorrência de acidentes de trabalho se não vier acompanhada de um comportamento seguro. No relato de TE10, a seguir, o participante conta a experiência de ter sofrido um acidente ocupacional com perfuro-cortante, apesar de estar utilizando o EPI adequado e menciona a importância da atitude de atenção e cuidado na realização dos procedimentos.

[...]tu tem que usar, eu estava usando o que tinha que usar, mas, mesmo assim, não evitou [referindo-se ao acidente ocupacional]. Mas, muita atenção e muito cuidado, sempre. (TE10 – pronto-socorro)

É tu te prevenir, mas, às vezes, o que pode é acontecer um acidente e tu ficar exposto. (TE12 – pronto-socorro)

[...]é que tem coisas, tipo a luva, ela evita de tu não manipular com o sangue, mas ainda existe a chance de tu te picar, que ela atravessa[...] (E19 – terapia intensiva)

O trabalho da enfermagem é permeado por muitas situações inesperadas. O movimento de um paciente, durante a realização de uma punção venosa, por exemplo, pode levar a uma exposição por perfuro-cortante, apesar do uso adequado de EPI. Se o trabalhador não percebe que situações corriqueiras também podem vir acompanhadas por eventos inesperados e não está precavido, a chance de ter uma exposição é ainda maior. No relato de TE22, logo abaixo, mesmo fazendo o uso rotineiro de precauções padrão, em um momento de descuido combinado a uma situação inesperada ocorreu a exposição ao risco de infecção por HIV, e que também gerou preocupação e sofrimento para o trabalhador em questão.

[...] Eu recebi uma paciente do centro obstétrico, e no tirar ela daqui tu não está sempre usando luvas, tu coloca luva quando tu acha que vai ter contato com alguma secreção, alguma coisa. Eu recebi ela e no passar da maca para a cama, para o leito, desconectou o equipo do sorinho dela e começou a escorrer sangue, e eu na tentativa de conectar de novo eu sujei a minha mão e eu tinha um corte da mão que não estava fechado e foi uma situação muito desagradável para mim, e me gerou muita preocupação. Fomos olhar na pasta da paciente e ela não tinha nenhuma sorologia reagente, tinha feito todo pré-natal com os exames todos em dia, fez o teste rápido no CO, negativo. Naquele momento não me preocupei, aconteceu, enfim. Passou uma semana, uns dez dias e a paciente permaneceu internada, fez uma sepse de origem abdominal e foram investigar e deu reagente HIV. O que eu ia fazer? 10 dias depois? Com relação aos protocolos não tem nem como tomar antirretroviral, não tem nem como fazer nada. Então, agora, o que a gente está fazendo? Aguardando, fazendo os exames, testando, para descartar. Me disse o infectologista que é uma hipótese remota, que provavelmente não vai acontecer nada, mas tem risco. Então, tu estás exposta, porque eu sou uma pessoa que sou supercuidadosa, sempre uso luvas e tal. Mas, naquele momento, naquela situação ali, aconteceu. (TE22 – unidade de internação)

Melhorar a percepção de eficácia das medidas de proteção pode ser um fator de grande relevância para promover a utilização das precauções padrão. Soma-se a isso, a percepção que os trabalhadores têm dos riscos a que estão expostos, o que será detalhado na subcategoria a seguir.

6.1.2.3 Percepção de risco

Os riscos presentes no trabalho da enfermagem são conhecidos e divulgados na literatura científica, no entanto, a percepção dos trabalhadores em cada situação de sua prática laboral pode sofrer diversas influências. O risco biológico é bem conhecido pelo trabalhador de enfermagem, o que foi evidenciado nos relatos a seguir.

[...]de infecção, porque tem pacientes infectados com HIV e essas coisas para fazer curativos, e os pacientes da DI [referindo-se as doenças infectocontagiosas] que vem para fazer medicação[...] tem muitos pacientes infectados. (TE01 – ambulatório)

O maior risco é o risco de contato com sangue. O sangue do paciente que, às vezes, a gente nem sabe os agentes infecciosos que o paciente tem e... eu trabalho com sangue de doador que, a princípio, é um sangue testado, liberado para transfusão. Seria um sangue isento de contaminação, teoricamente, porque não é 100% livre. Ainda assim, existe risco de respingos. Mas, o meu maior risco, é na manipulação do sangue mesmo. (E16 – serviços de apoio)

[...] Eu acho que risco biológico que é que tem que se ter um cuidado maior e, principalmente, na lavagem das mãos, que é um risco para nós, é um risco para o paciente e eu percebo que não são todos que tem esse cuidado. (TE22 – unidade de internação)

[...] A gente tem que ter uma atenção redobrada porque aquela coisa de que “nunca vai acontecer comigo” “é impossível isso”, tu sempre está sujeito, às vezes é involuntário, às vezes é uma secreção que salta. E eu acho que o pessoal está bem suscetível a esses riscos, está bem vulnerável toda a equipe. (AE23 – unidade de internação)

Eu penso que a maioria dos trabalhos oferece riscos, mas que a gente acaba tendo alguns a mais como risco biológico. Em qualquer serviço vai ter riscos, mas que na área da saúde, a gente se depara muito, com mais frequência. Então, tem vários riscos, mas eu acho que o que é mais grave no meu ponto de vista é o risco biológico, tu pode adquirir uma doença que não tem cura[...] (E19 – terapia intensiva)

O fato de poder adquirir uma doença incurável, faz com que E19 considere o risco biológico como o mais grave em seu ambiente laboral. O entrevistado E20, no depoimento seguinte, também destaca que o risco biológico está presente, continuamente, em uma unidade de terapia intensiva. No relato, ele menciona as situações que envolvem o risco biológico no cotidiano laboral.

[...]exposição sim, todo tempo. Quando a gente vai aspirar as secreções de tubo, de traqueostomia[...] quando a gente vai coletar diurese para um EQU [exame

qualitativo de urina], *quando tu vai coletar sangue para o laboratório, a gente está exposto aos riscos[...] ah, isolamentos de contato, de gotículas, aerossóis. Então, a gente tem essa exposição[...]* (E20 – terapia intensiva)

A percepção de que o risco biológico está sempre presente, leva os trabalhadores a perceberem o risco como algo inerente a atividade profissional e que não desperta uma preocupação excessiva. Com a utilização das medidas preventivas os trabalhadores acreditam que é possível evitá-lo e, assim, poder desenvolver sua atividade laboral e prestar o atendimento necessário ao paciente, apesar do risco.

Eu acho que é inerente a atividade que a gente desenvolve dentro do hospital, trabalhando com várias pessoas, com diversas patologias, tu tem esse risco. Então, assim, eu acho que faz parte, a gente precisa ter conhecimento disso, precisa de formas de proteção, mas não é uma coisa que me preocupa muito, meio patológica. A gente é bem orientada, recebe informação de como deve proceder nas diversas situações que podem acontecer e tem que usar os recursos disponíveis [...] e, não é uma coisa que me preocupe “estou num ambiente insalubre, vou acabar adoecendo”, não tem uma preocupação exagerada com isso, mas, tem os cuidados, que, dentro do possível, daquilo que a gente dispõe, a gente utiliza. Para mim, eu acho que é inerente as atividades que eu desenvolvo e existem formas de não adquirir nenhuma doença. (E02 – ambulatório)

[...] O fator cuidado é o principal, não é porque vou pegar um paciente com KPC [Klebsiella pneumoniae Carbapenemase] que eu não vou entrar, porque vou sair contaminada. Usa o avental e todos os EPI's, a luva, máscara, etc. É para isso que existe, porque, se não for assim, não tem atendimento. (AE09 – hemato-oncologia)

[...] O risco, por ser o hospital, ele vai acontecer sempre. Este tipo de risco sempre vai acontecer, aí cabe a cada um de nós se proteger, tentar se proteger o máximo possível, juntamente com os EPIs. (E13 – unidade psiquiátrica)

[...] para mim está claro isso, é o que a gente enfrenta em qualquer lugar, por exemplo se eu estou em outro ambiente, lá também vai ter riscos, é o que faz parte do teu trabalho[...] eles existem, é a característica do trabalho. Eu tenho consciência deles, e procuro seguir os passos para diminuir os riscos[...] eu não sou muito encanada com isso. Para mim, isso faz parte do meu dia a dia, eu tenho que estar consciente e buscar a prevenção, que são os cuidados de proteção. (TE18 – serviços de apoio)

Eu acho que, na área da saúde, sempre tem riscos ocupacionais. Eu acho que tem em todos os trabalhos, uns mais outros menos, na verdade nem penso muito sobre o assunto, assim, especificamente. Eu só tomo os cuidados, as precauções para evitar os acidentes, e é isso. (E20 – terapia intensiva)

[...] a gente tenta usar tudo que nos é dado e, ao mesmo tempo, a gente nem entra em neura, como é que se diz. Senão, nós nem entramos mais no hospital[...] Então, tento fazer o meu serviço, tomo o máximo de cuidado que a gente pode, com o material que a gente tem, tomo cuidado, então não vou entrar em uma neura ali que não adianta, o hospital já é por si só um... um local... (TE24 – unidade de internação)

É interessante observar que a consciência de estar exposto a um risco permanentemente parece levar os trabalhadores a adotarem um mecanismo de defesa, de despreocupação, pois acreditam que o temor exagerado poderia paralisá-los e impedir o exercício da função. Em alguns casos, a percepção do risco pode fazer com que o trabalhador repense a sua escolha profissional, como demonstra o relato a seguir.

[...]a gente fica muito exposto a tudo de ruim. Claro, é muito bom a gente ajudar, salvar vidas, tudo, mas a gente fica exposto a tudo de ruim. Daí, eu pensei “será que eu quero isso para mim?” Que faz 3 anos que eu sou formada e estou na área, mas cheguei a pensar. Foi a primeira vez que eu sofri acidente de trabalho. Aí eu pensei: ‘será que é isso que eu quero para minha vida?’ (TE10 – pronto-socorro)

Uma palavra que foi bastante mencionada por diversos entrevistados foi “conscientização”. Os participantes expressam a necessidade de ter a consciência do risco, de estar atento a essas questões de uma forma profunda. Os depoimentos, a seguir, retratam essa percepção.

Eu acho que, principalmente, a conscientização do risco que tu está correndo, que as pessoas tem dificuldade de entender isso. Que quando tu entender que tu estás correndo um risco, que a tua vida está em jogo, tu vai fazer as coisas direito... falta a consciência e a responsabilidade que tu tem que ter contigo e com o teu paciente. (E07 – hemato-oncologia)

[...]tu já é avisado, então, tem que ter a precaução, a pressa é tua. Isso tem que estar na tua consciência, é lavagem de mãos, contaminação, tudo isso depende da tua noção. (AE09 – hemato-oncologia)

Olha, eu acho que cada um tem que ter consciência do que é seguro para si. Eu sempre usei EPI, sempre. Por mais que eu saiba que não é ele que vai me salvar se um dia tiver que acontecer, entendeu? Mas eu acho que é a consciência de cada um, entendeu? (TE10 – pronto-socorro)

[...]eu acho que é mais uma questão de conscientização de cada um mesmo, não é tanto, assim ser feito mais outras coisas, o que é feito é suficiente, é cada um se conscientizar desse material todo, divulgação, normas, reuniões explicativas, material disponível[...] agora a conscientização de cada um que é um pouquinho complicado. (E13 – unidade psiquiátrica)

Eu acho que está na consciência de cada um o que, o que pode dificultar... questão cultural de repente, ou a pessoa que não dá a devida importância[...] eu acho que principal, o motivo, a pessoa não ter a devida consciência da importância, não estar conscientizado. (E19 – terapia intensiva)

Outra medida é a conscientização, tu tomar consciência mesmo daquilo para si. Não fazer só quando um colega está olhando. Eu acho que conscientização mesmo,

um comprometimento, um entender assim, para si mesmo, que poderia fazer a diferença. Porque divulgação, divulgado é, todo mundo conhece, tem conhecimento técnico, tem conhecimento científico dos riscos que podem acontecer. Então, eu acho que é uma coisa mais individual mesmo, que tem que ter um comprometimento, a pessoa apreender mesmo essa informação e fazer. (AE23 - unidade de internação)

Fica evidente nesses relatos que, a consciência individual é bastante reconhecida como um fator essencial na adoção de práticas de segurança, como as precauções padrão. Com relação a isso, essa conscientização vai além da transmissão de conhecimento ou informação, pois trata-se de algo mais profundo, que sensibilize os trabalhadores, que leve a reflexão e mudança de atitudes. Percebe-se que, apesar de todas as estratégias que podem ser adotadas para estimular a adesão, a consciência é o ponto final, pois a decisão entre seguir ou não seguir as recomendações é pessoal e intransferível.

De acordo com os depoimentos coletados, alguns fatores podem influenciar a percepção do trabalhador quanto ao risco ocupacional. A idade e a formação profissional são fatores relatados pela E03, especialmente, considerando o aumento da complexidade da assistência em saúde, bem como o aumento da contaminação por germes no ambiente hospitalar.

Eu percebo um pouco mais de resistência das pessoas mais antigas, porque, historicamente, nunca dava nada, porque os bichos não eram tão resistentes, porque não existia tanta resistência, porque o fluxo de pessoal era bem menor, se fazia isso se fazia aquilo e nada acontecia, mas o tempo era outro[...] Então, para as pessoas mais antigas, a realidade deles continua sendo, é difícil passar de uma época para outra, porque o período de formação é o que mais impacta no teu jeito de ser, no que tu vai fazer no trabalho. Quanto mais idade tu tem, mas difícil tu fixar informações novas [...] Mas já tem um pouco mais de receio, como não vivenciaram a época do não dá nada mesmo, tem um pouco mais e aderem mais [referindo-se aos trabalhadores mais jovens]. (E03 – ambulatório)

Além desses fatores, o relato de AE09 evidencia que a experiência profissional molda essa percepção. Percebe-se, por meio desse relato, que trabalhar em um ambiente onde a exposição ao risco é maior, pode diminuir o temor de se infectar, pelo contato contínuo com o mesmo. Isso é percebido como algo positivo pelo trabalhador.

[...] A gente, aqui o pessoal se preocupa muito, por viver talvez muito... tem pessoas que só trabalharam aqui a vida toda. Então, eles tem outro tipo de noção, eles tem muito medo, muito pavor, muito pânico. Eu, como já vivenciei lá em baixo [referindo-se ao pronto-socorro], então é um pouquinho diferente, eu tenho um horizonte maior. Então, aquele medo, aquele pânico, aquela coisa horrível, um monstro, não está presente em mim. (AE09 – hemato-oncologia)

Alguns relatos demonstram que a percepção de risco dos trabalhadores pode ser alterada de acordo com o perfil e o diagnóstico dos pacientes atendidos no local de trabalho. Também é influenciada pela crença de que “nada vai acontecer”.

[...]ainda tem aquela imagem de que aqui a gente não corre, não tem riscos, mas tem, como a gente trabalha muito com imunodeprimido demora para as pessoas se ligarem o risco que é um paciente que está contaminado, e aquela visão de que nada vai acontecer. Não é assim, a gente tem que se cuidar. (E07 – hematologia)

[...]cabe a cada um de nós observar todos esses materiais necessários para proteção. No caso, o que, muitas vezes, a gente deixa a desejar no sentido de que acredita que não vai se expor, não vai ter essa... “ahhhhh até ali o risco mas eu não vou dar muita atenção para ele e não vou usar luva”, por exemplo, numa punção, não vou botar um óculos, quando está fazendo uma aspiração[...] (E13 – unidade psiquiátrica)

[...]tem como se prevenir nesse caso sim, até porque a gente trabalha com paciente ambulatorial que é teoricamente um paciente que já vem mais calmo, se tu pega um paciente agitado, com agitação psicomotora ele pode até interferir no teu procedimento e te machucar, se mexer na hora e o sangue[...] porque a gente tem que coletar amostras também. Então, a gente orienta bem a pessoa, leva alguém para segurar, se for criança que pode se agitar[...]

 (E16 – serviços de apoio)

Eu acho que no mais, ali, é que a gente tem contato com pacientes com doenças infectocontagiosas, tipo HIV-AIDS. Eu acho que tem que ter um cuidado, tem que ter sempre esse cuidado com sangue, com secreções e tal [...] (TE22 – unidades de internação)

A ocorrência de acidentes de trabalho envolvendo material biológico é vista, por alguns entrevistados, como um fator que aumenta a conscientização individual do trabalhador, sendo um momento que gera reflexão e arrependimento pelas condutas equivocadas.

[...]quando alguma coisa acontece que aí que a pessoa se sente “pôxa vida, porque eu não fiz isso antes, porque eu não me protegi se tinha o material ali, estava disponível”. Só vai se dar por conta quando aconteceu a coisa mesmo, é meio geral das pessoas, é quando acontece a coisa que ela diz “ahh pois é” aí é tarde. Mas é falta mesmo de questão de conscientização... mas depois que a coisa aconteceu mesmo aí a gente vai aprender a vê isso, mesmo assim, mesmo acontecendo sabendo que pode acontecer[...] (E13 – unidade psiquiátrica)

Eu uso sempre precauções padrão, sempre. Já houve um tempo em que eu negligenciava, mas depois que eu tive essa exposição aí, daí eu não entro para um procedimento sem ter luva, sem ter máscara, eu não me exponho. (E19 – terapia intensiva)

Eu procuro fazer, desde que eu senti na pele, desde que eu tomei esse choque assim. Então, eu procuro sempre fazer, independente da instituição, usar máscara, usar o óculos, eu estou sempre tentando me proteger[...] (AE23 – unidade de internação)

Além da preocupação com a própria saúde, alguns relatos demonstraram que muitos trabalhadores usam as medidas de proteção com a intenção de proteger não apenas a si próprios, mas também sua família, relatando o receio de “levar” contaminação para dentro de suas casas.

[...]eu tento usar elas todas. Então, tanto que eu compro pelo meu próprio bolso, pelo fato de eu ter um bebê pequeno em casa, que eu tenho que ter um cuidado ainda maior, para não levar nada para ela. (AE09 – hemato-oncologia)

[...]tu está exposto a riscos no teu trabalho e que tu pode estar levando para casa e vice-versa. Então, tu se cuidar, tu não está cuidando só de ti, tu está cuidando daqueles que estão a tua volta. (E11 – pronto-socorro)

[...]je ainda a gente pode levar essa doença para dentro de casa[...] a gente se expõe aqui a germes multirresistentes e a gente acaba levando, daqui a pouco até para os familiares, tem os outros pacientes também... a gente tem pensar não só na gente também, não tem que ser egoísta, que a gente tem que se cuidar para gente, para os outros a nossa volta, nossos colegas e os nossos familiares. E é uma consciência também com o mundo, eu saio daqui e eu sou um foco, posso ser um foco. (E19 – terapia intensiva)

O comportamento seguro do trabalhador frente ao risco é influenciado, também, por valores morais e éticos, conforme demonstra os relatos a seguir.

Se resume em uma só palavra: ética. No momento que tu tem ética do fazer as atividades, tem o devido cuidado sobre os riscos que acontecem, tu usando a ética, tu consegue determinar e conhecer. (TE14 – unidade psiquiátrica)

[...]uma coisa muito particular de cada um, que está relacionada a questões morais, éticas, uma coisa que vem com a pessoa[...] e, às vezes, por mais que exista uma educação, em prol, se a pessoa não quiser usar, não há nada que proíba. Então, vai dela mesmo. (E19 – terapia intensiva)

Na percepção desses trabalhadores, seguir as normas de segurança é mais do que uma obrigação, é uma questão ética de cuidado consigo mesmo e com o outro. A possibilidade de despertar essa visão em todos ou em grande parte dos trabalhadores de enfermagem pode ser um fator de motivação para adesão às precauções padrão.

Em alguns setores específicos na instituição estudada, o risco biológico não foi considerado como o risco mais presente pelos trabalhadores de enfermagem. A unidade psiquiátrica é um exemplo disso. O relato de AE15 aponta para uma minimização do risco nesse ambiente, percebida pela falta de alguns equipamentos de proteção com a possível

priorização de outros setores considerados de maior risco, o que gera um sentimento de exclusão nesse trabalhador.

O nosso paciente psiquiátrico sempre foi deixado de lado, ele é deixado de lado[...] e até nós funcionários a gente é um pouco discriminado em relação ao fato de estar trabalhando aqui. Então, talvez a falta destas coisas necessárias seja porque, talvez, as pessoas acham que não precise. Então, não tem porque “ah porque não precisa, e acho que precisa mais lá para UTI, lá para onde tem mais riscos, onde os riscos são bem maiores que aqui”. Até entendo isso, mas eu acho que também existe essa coisa de sentir, de deixar de lado [...] (AE15 – unidade psiquiátrica)

Esse relato, pode ser considerado como a percepção dos próprios trabalhadores deste local acerca do risco a que estão expostos. Por estarem em um ambiente marcado pelo sofrimento psíquico dos pacientes, estão mais propensos a não considerar que estes mesmos pacientes são potenciais fontes de transmissão de doenças infectocontagiosas. Assim, essa percepção de risco diminuída pode levar os trabalhadores a utilizarem as precauções padrão de forma inadequada e em menor frequência. A realização de poucos procedimentos técnicos no local também corrobora para minimização do risco, como relatado a seguir.

A gente tem pacientes com hepatite, mas os riscos não são tão grandes como na clínica, a gente não faz tanto essas coisas clínicas. Nosso risco maior aqui é de ser agredido pelo paciente [...] assim, como não é uma unidade de muitos riscos, tipo uma unidade clínica, tipo um quinto andar, aí parece não aparecer tanto, mas não quer dizer que não existe riscos. (AE15– unidade psiquiátrica)

De maneira geral, percebe-se um consenso nos depoimentos quanto a presença do risco biológico no trabalho dentro da instituição. A forma do trabalhador enfrentar esse risco utilizando, como mecanismo de defesa, a minimização, e, até mesmo a negação do risco, pode interferir negativamente na adoção das medidas de proteção preconizadas.

6.1.2.4 Conhecimento da transmissão ocupacional do HIV

Conhecer os riscos a que estão expostos e as formas de preveni-los é um passo importante para aumentar a adoção das precauções-padrão. Por isso, o conhecimento da transmissão ocupacional de doenças infectocontagiosas, como o HIV, é um fator de grande relevância dentro dos aspectos individuais. Em suas falas, os entrevistados demonstram o conhecimento que tem quanto a transmissão ocupacional do HIV. Também relatam acreditar que todos os trabalhadores detêm esse conhecimento, que seria adquirido durante sua formação profissional.

O ambulatório tem um serviço que é o serviço de doenças infecciosas, que atendem pacientes com AIDS [...] a gente trabalha bastante com lesões que podem nos propiciar algumas infecções, dependendo se nós temos fissura ou alguma lesão na pele que a gente não percebe e a gente entre em contato com essas secreções, mesmo que se cuide. (E02 – ambulatório)

E mais aqueles cuidados que é máscara, que é os EPI's, que isso é a gente mesmo que tem que cuidar, porque ciente todo mundo é. Tu sai de um curso com todas as noções, pelo menos, básicas que eu acho que tu aprendeu e daí tu tem que na real colocar na prática. (AE09 – hemato-oncologia)

Além do conhecimento adquirido durante a sua formação profissional, o participante E16 menciona, a seguir, que os manuais e Procedimentos Operacional Padrão (POP's) também são fontes de informação e conhecimento.

[...] eu me sinto tranquila em relação a isso porque eu tenho as informações, a gente tem os POPS, tem o manual de biossegurança, que inclusive fui eu que ajudei a elaborar [...] (E16 – serviços de apoio)

Percebe-se nessa fala, que esse conhecimento proporciona maior segurança para o trabalhador, durante a execução do seu trabalho, não só do ponto de vista físico, mas, também, emocional. Nos relatos, a seguir, os entrevistados avançam um pouco na questão do conhecimento das normas e ressaltam a importância de o trabalhador não apenas conhecer, mas, também, compreender o porquê cada medida é necessária.

[...] outro fator estaria mais relacionado mesmo a compreensão. Não só de tu conhecer o que é importante, mas a compreensão que cada indivíduo tem daquilo, aí se remete saber a importância daquilo. “Ah precisa usar luvas” é uma norma que tem que tem que usar luvas, mas porque isso é importante? (E11 – pronto-socorro)

[...] é compreender mesmo o risco, e entender. Não uma compreensão assim com... bem profunda mesmo, bem introspectiva, bem real do que poderia estar sujeito. Só assim para ti mudar tuas atitudes, para tu procurar fazer o certo. (AE23 – unidade de internação)

Nesse sentido, é evidente a relevância de o trabalhador estar envolvido nas questões de segurança, não apenas como um receptor de conhecimento e informação, mas com o desenvolvimento de uma capacidade crítica que o faz ir além do que está escrito e normatizado, percebendo a repercussão que as condutas adotadas têm sobre sua própria saúde e a de seus pacientes. Na fala a seguir, a participante ressalta a importância de ir em busca do

conhecimento, tanto para proporcionar práticas adequadas quanto para desmitificar algumas questões que geram uma preocupação excessiva no trabalhador.

*Treinamento a gente tem, mas, às vezes, os treinamentos são bem de... claro que te dá o conhecimento, tu vai buscar o conhecimento não só através das capacitações, mas eu acho que se pudesse poderia trabalhar mais com estudos a longo prazo, eu estou pensando em relação a coisas não só o uso de medidas de proteção, que isso a gente sabe e tem certeza que são importantes. O conhecimento científico é importante e as pesquisas são importantes para tirar alguns mitos também, em relação aos isolamentos também. Existe, parece quase uma histeria quando se sabe que tem um paciente, como acontecia com a AIDS antigamente, a gente se paramentava e aquele paciente era isolado do mundo. Agora com a KPC [referindo-se a bactéria *Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase] se mobilizam todo mundo... mas eu digo 'gente calma é de contato os bichinhos, os germes não vão ah olha lá a fulana vamos pular para dentro' [...] as coisas não acontecem assim. Precisam de um veículo, precisa de um meio, então essas discussões a gente vai fazendo. Eu vejo que a gente precisa de conhecimento até para argumentar se aquilo é viável ou como tem que ser feito. (E02 – ambulatório)*

A busca pelo conhecimento científico, tanto na participação em treinamentos, como aquele que é buscado pelo próprio profissional é considerada relevante, e também a importância de estudos que gerem conhecimentos na área. A partir do momento que o trabalhador conhece a forma de transmissão dos patógenos e como pode proteger a si e aos pacientes, o nível de ansiedade tende a diminuir e as medidas que são realmente necessárias tendem a ser seguidas de maneira mais tranquila.

6.1.3 Fatores relativos ao trabalho

Os fatores de ordem pessoal, apesar de serem importantes para compreensão da adesão às precauções padrão, não são os únicos que têm influência sobre as atitudes dos trabalhadores. Algumas características do próprio trabalho da enfermagem no local de estudo, identificadas por meio dos relatos obtidos ao longo das entrevistas, demonstraram ter potencial para influenciar a adesão às PP. Essa influência pode ocorrer tanto de forma positiva, reforçando as práticas seguras, como de forma negativa, competindo com as medidas de segurança preconizadas. A seguir serão apresentados cada um desses fatores e os principais relatos que compõem essa categoria.

6.1.3.1 Obstáculos para seguir às PP

A maioria dos participantes do estudo demonstrou ter a percepção da importância da utilização das precauções padrão na realização do seu trabalho. Conforme demonstrado anteriormente, algumas práticas e conceitos podem ser equivocadas, no entanto o reconhecimento da importância das medidas preventivas é uma unanimidade entre os entrevistados. Tendo isso em vista, percebe-se que mesmo os trabalhadores reconhecendo essa importância em seus discursos, alguns obstáculos podem impedir a utilização das precauções. A utilização de EPI foi relatada como sendo desconfortável em algumas situações, podendo interferir na capacidade de realização de alguns procedimentos. Nos relatos a seguir, os participantes referem que o uso de luvas interfere na sua capacidade de realizar punção venosa.

[...] eu sou uma que perco um pouco a destreza para fazer punção venosa com luvas, então, dependendo, acabo puncionando sem a luva, mas conscientemente, é uma opção... mas tenho o conhecimento de que deveria. (E02 – ambulatório)

[...] às vezes, eu não consigo puncionar usando as duas luvas[...] eu procuro me prevenir, mas, realmente, eu não consigo puncionar com as duas luvas. Então, eu uso uma luva na mão esquerda, aonde eu vou segurar a pele e vou segurar o cateter, e eu não uso na mão direita aonde eu seguro o cateter para puncionar... Daí, no momento que eu puncionei, eu seguro o cateter junto a pele com a mão enluvada para não me contaminar, porque parece que eu perco o tato mas é um pouco de falta de costume. Acho que se as pessoas começarem a puncionar sempre as veias desde o princípio quando elas aprendem com luva, elas vão conseguir fazer com luva sempre... é um pouco assim porque eu trabalho com criança, pacientes com veias difíceis, eu já fico com medo de usar a luva e não acertar, errar e ter que picar duas vezes em bebê ou uma pessoa que já tem uma veia mais difícil. (E16 – serviços de apoio)

Os trabalhadores conhecem a necessidade de uso de luva, durante a punção venosa, por ser um procedimento que envolve a possibilidade de contato direto com sangue. No entanto, o receio de falhar na execução e precisar repetir a punção, gerando mais dor e sofrimento para o paciente, é o motivo pelo qual o trabalhador decide abrir mão de sua proteção, para tentar minimizar a chance de erro. Apesar disso, E16 acredita que se o trabalhador for orientado corretamente a utilizar as luvas, desde suas primeiras práticas com punção venosa, essa dificuldade poderia ser minimizada, promovendo a aquisição de habilidades técnicas sem deixar de lado a segurança pessoal.

Além disso, o uso de alguns EPI's é considerado, pelos trabalhadores, como desconfortável, o que pode interferir na adesão às PP. No relato a seguir, o participante refere que utilizar máscara durante todo o tempo de trabalho é desconfortável.

[...] quanto ao biológico sim, a gente pode usar as medidas de proteção, luva, avental a gente sempre usa... e ao químico não tem, ou ficar 100% de máscara dentro do ambiente, o que também não é confortável... Nesse ponto, eu me vejo vulnerável. Que a medida de proteção seria a máscara, mas de que forma você vai estar usando 100% do tempo também, complicado[...] (TE08 – hemato-oncologia)

Apesar de mencionar o uso da máscara para proteção quanto ao risco químico, e não biológico, percebe-se que o desconforto percebido no uso do EPI é um fator que interfere diretamente na adoção de práticas de segurança. De maneira semelhante, os relatos seguintes falam sobre o desconforto de utilizar os equipamentos de proteção, sinalizando que essa seria a causa para o não uso mesmo diante da disponibilidade do EPI.

Ahh desconforto de usar. (TE14 – unidade psiquiátrica)

[...] óculos com a proteção do risco radiológico, a gente não usa, a gente tem e não usa. É desconfortável? É, mas ele existe, então, é uma escolha minha não usar. Daí, por exemplo, avental a gente sempre usa, porque está ali e é uma coisa bem necessária, não tenho problema com esse risco, mas um pouco de dificuldade eu tenho quando vou lavar material do óculos. Eu não uso porque eu tenho o meu. Então, ali, eu estou de certa forma protegida, o protetor auricular que eu não uso, mas eu tenho, mas não uso porque a gente tem que ter o trabalho de ir lá e botar, e, às vezes, tu abre mão daquilo justamente por isso, comodidade, mas ele é necessário. Se eu for levar em conta ele é necessário porem.... o óculos de proteção, a gente relata que ele é pesado, desconfortável, mas como ele é uma medida de proteção, ele não vai ser confortável, ele não foi feito para ser confortável, ele foi feito para te proteger e para te proteger ele tem que ter aquela lente pesada, então não é um óculos que tem uma estética razoável. (TE18 – serviços de apoio)

Aliado ao desconforto mencionado pelo uso dos EPIs, fatores ambientais podem intensificar essa percepção, representando um obstáculo adicional para seguir às PP. Na fala, a seguir, a participante relata que o calor e o ambiente fechado interferem no uso de EPI negativamente.

O calor, que tem dias que não funciona aquele ar e não sei se tu conhece ali, é tudo fechado, não tem uma janela, uma ventilação, é bem fechado o ambiente. (TE06 – unidade de recuperação pós-anestésica)

O trabalho na enfermagem possui como uma das principais características a realização do cuidado direto ao ser humano. Esse cuidado ocorre de diferentes maneiras, mas no ambiente hospitalar, especificamente, inúmeras situações exigem um atendimento rápido e eficaz. A necessidade de atender o paciente é, muitas vezes, uma prioridade para o profissional, sobrepondo-se até mesmo as suas próprias necessidades individuais, incluindo as

questões relacionadas à segurança ocupacional. Os depoimentos a seguir ilustram essa realidade.

[...] no óculos e no avental, na manga [referindo-se a respingos de sangue], que quando eu fiz assim [demonstrou que passou a manga perto da boca como se fosse coçar] ficou aqui próximo, não sei se ficou na boca... na hora tu está atendendo o paciente, não dá para parar tudo que estava fazendo, estava no meio do procedimento cirúrgico[...] (E03 – ambulatório)

[...] uma emergência... ontem teve uma desconexão dum cateter... de uma criança e quando se vai, se vai para tentar minimizar os efeitos, mas aí foi sem luva, sem máscara, as gurias estavam de avental mas... que podia evitar que se contaminasse com a quimio mas... foram sem luva, sem máscara, para depois pedir. Daí a gente socorre entregando máscara, entregando as luvas para as gurias[...] (TE08 – hemato-oncologia)

Na fala de E03 nota-se que, mesmo diante de um acidente envolvendo material biológico, a necessidade de concluir o procedimento e assistir o paciente até o final é, frequentemente, a prioridade do trabalhador da enfermagem. O nível de responsabilidade e comprometimento com o trabalho acaba competindo com a segurança pessoal do trabalhador, especialmente em situações críticas e de emergência, constituindo-se um obstáculo para seguir às PP.

O trabalho da enfermagem é permeado de acontecimentos imprevisíveis, reflexo da complexidade do cuidado ao ser humano. Em alguns setores específicos, como pronto-socorro, as situações de urgência e emergência fazem parte da rotina do profissional, no entanto, em outras unidades assistenciais, onde intercorrências clínicas não são tão frequentes, o trabalhador tende a ficar inseguro, colocando-o em desvantagem quanto à habilidade de prestar esse tipo de atendimento com segurança. Na fala de AE15, o entrevistado descreve a ocorrência de um acidente de trabalho que sofreu nessas condições.

[...] uma vez o paciente se cortou todo, era sangue coisando [jorrando] para tudo que era lado. Isso já faz algum tempo. Naquela época, não tinha precauções como tem agora. Na hora eu acho que, assim, tu não pensa muito em ti. Eu lembro que jorrava sangue longe. Aí, a gente protegeu ali e levou para o PA. (AE15 – unidade psiquiátrica)

Aqui não tem aspiração tão frequente, mas, quando tem, justamente por não ter um hábito de fazer isso, às vezes, a pessoa esquece, deixa... por serem situações que não ocorrem tão frequentemente, quando acontece, o pessoal deixa a desejar por causa disto, pela falta de rotina digamos assim. O pessoal esquece, porque aqui nós lidamos mais com o risco mental, uma coisa assim mais de trabalho mental... por a gente ficar mais preocupado com uma outra forma de trabalho, muitas vezes acabam esquecendo desse outro lado de proteção própria... (E13 – unidade psiquiátrica)

Esses relatos demonstram a dificuldade do trabalhador em agir racionalmente em meio situações não habituais, preocupando-se com a sua segurança ao mesmo tempo que oferece o atendimento necessário. O obstáculo para seguir as precauções padrão pode ser mais elevado em determinados setores, conforme as características do trabalho no local, o que pode levar o trabalhador a uma maior suscetibilidade a exposição a material biológico.

O hábito ou a falta dele também é considerado um fator que interfere no uso de precauções padrão. Nos relatos, a seguir, os depoentes se referem ao hábito e à rotina como fatores positivos, os quais, quando não estão presentes, acabam sendo esquecidos.

Quando existe a rotina, o uso, tu mantém o uso sempre. Justamente por serem pacientes com isolamento protetor, utiliza-se a máscara, então, é hábito. Tu não entra no quarto sem a máscara. Isolamento de contato, tu entra na porta tu já tem ali o teu avental, já tem a máscara, já tem a luva. Então, assim, já existe uma, uma conscientização muito grande de que entrou na porta, tu já sabe, vai acontecer isso, isso e isso[...].tudo na vida da gente se torna um hábito, bom ou ruim é um hábito. E tu mantém ele sempre. Os cuidados tu mantém os mesmos, a mesma forma de abrir uma seringa, de quebrar uma ampola, então, quando aquilo se torna um hábito tu não vai fazer diferente. E geralmente é um hábito bom, porque a gente, aqui pelo menos, se mantém os EPI's todos em uso[...] já virou rotina, virou hábito. (AE09 – hemato-oncologia)

Por esquecimento ou por não ter essa rotina de sempre que tu vai aspirar tu usa o óculos, ou põem a máscara[...] então como não é uma rotina assim de todos os procedimentos, tu acaba esquecendo[...] (E11 – pronto-socorro)

Ainda com relação aos fatores organizacionais, a estrutura física e a organização do trabalho também foram apontadas, por alguns entrevistados, como fator que pode influenciar positiva ou negativamente na adoção de precauções padrão.

[...] como que tu vai lavar as mãos em um corredor que tem 30 pacientes, sem torneira, sem... aqui não tem como. O máximo que tu pode fazer é passar um “alquinho” em cada um que tu chegar. Mas o álcool tu passa 3,4 já tem que lavar a mão. Aí tu estás lá, vai fazer toda a volta. Então, às vezes, dificulta pelo número de pacientes, pela demanda. (TE12 – pronto-socorro)

Eu acho que o maior problema dessa UTI é a estrutura dela. Eu acho que é tudo muito fora de lugar... é pouco prático as coisas aqui dentro. Quem está no salão tem que estar fazendo toda uma volta para buscar material... se tu vai dizer para um médico “ah bota o avental”, o avental estando do lado dele ele vai e coloca... se tu dizer “ah tem que colocar avental”, tu tem que largar tudo que tu faz para ir lá no armário buscar um avental e trazer para o médico... às vezes acontece muito isso. (TE21 – terapia intensiva)

[...] a gente lida com fluido, lida com equipamentos perfuro-cortantes, porque se faz incisões cirúrgicas em gastrostomia, é uma incisãozinha mas é uma incisão.

Trabalha com sangue, temos pacientes com KPC [Klebsiella pneumoniae Carbapenemase]... aí tu imagina nesta pequena sala entra paciente com KPC, a gente não tem pessoal para limpeza disponível... e já vem serviço em cima, e tem os ambulatórios para atender depois e assim vamos indo... Nesse espaço físico tu atender o paciente que vem numa maca, fica outra ali, aí tu tem que pegar o paciente, pega as coisas em cima do balcão “tirou luva não tirou luva”... o serviço em si expõem o profissional aos riscos ocupacionais [...] Se a gente conseguir uma mudança física, quando tu tem uma mudança ampla física tu consegue fazer uma mudança de comportamento junto de uma forma mais fácil do que se tu tiver que mudar um comportamento isolado. Isso é uma das coisas que eu espero que influencie aqui, quando a gente conseguir organizar melhor o setor. (E03 – ambulatório)

Segundo depoimento de E03, as mudanças externas, na estrutura física, poderiam influenciar na promoção de mudanças internas, com relação ao comportamento dos trabalhadores. Nesse sentido, a melhora do ambiente é vista como um facilitador para organização do trabalho e para adoção das práticas seguras preconizadas.

6.1.3.2 Carga de trabalho

Outro fator identificado a partir da análise dos dados, diz respeito à proporção entre quantidade de trabalho a ser realizado e o número de pessoas disponíveis para realizar o mesmo, ou seja, a carga de trabalho. Diversos participantes do estudo referiram-se ao excesso de trabalho como um fator que dificulta a adesão às PP.

[...] esse número de pacientes, que é um número maior de pacientes. Se tu tiver um, dois não tem porque tu não usar e vai ter tempo para fazer bem as coisas. Mas, no pronto socorro, tu tem 30, 40 pacientes, muito mais, só 30 em maca. Hoje nós estamos só com 30 macas, imagina os outros? (TE12 – pronto-socorro)

Eu acho que a questão de ter excesso de pacientes e de ter poucos profissionais... o que dificulta é quantidade excessiva, às vezes, de pacientes para os técnicos cuidarem. (E20 – terapia intensiva)

Para nós, eu acho que é o tempo, o pouco número de funcionários, a grande demanda de pacientes, porque, muitas vezes, tipo uma sala de emergência... comigo aconteceu em uma sala de emergência [referindo-se a um acidente com perfuro-cortante]... nós estávamos com dois acidentados na sala de emergência, um exemplo, aí chegou esse surtado e era só eu como técnica. Então, eu queria fazer, mas queria fazer rápido. Aí que acontece. (TE10 – pronto-socorro)

[...] devido às vezes... não me refiro aqui na pediatria, mas no adulto... ao grande número de pacientes, às vezes tu está naquele corre, corre, corre e tu precisa, tu está ali, tu vai fazer uma volta lá para pegar uma máscara e volta? Rapidinho tu abre ali, faz, tu fecha a porta sabe? Se for para entrar, ver sinais, aí é outra história. Então, eu acho que nem todos usam como deveria ser, por causa da grande demanda. Então, as vezes, pela pressa, por algum motivo ou outro que levam, que é que todo mundo não usa mas também sabe que é errado. “Ah, deveria usar, não

mas eu vou rapidinho, só falta tal coisa... só vou entregar um negócio.” (TE12 – pronto-socorro)

[...] a demanda do serviço é muito grande, então fica uma coisa que robótica... banhar, alternar sabe? Aspirar, banhar, alternar, aspirar.. E acaba que não inclui, parece que se fecha isso para olhar outras coisas. (AE23 – unidade de internação)

A carga de trabalho elevada, em função do grande número de pacientes a serem atendidos, segundo os relatos, leva os trabalhadores a terem tempo insuficiente para adoção adequada das medidas de segurança. Nesse sentido, a participante E07 compara o seu trabalho atual, em uma unidade menor, com menos pacientes, ao trabalho anterior em uma UTI, com número maior de pacientes e afazeres. Segundo ela, o acúmulo de atividades leva o trabalhador a negligenciar o cuidado de si, de forma que o dimensionamento adequado da equipe aumenta a “oportunidade de se cuidar” dos trabalhadores.

[...] o risco que dá mais é na emergência, onde tu tem muito trabalho com pouca gente, aí a gente acaba se cuidando menos, e como aqui a unidade é menor a equipe é menor então... fica mais fácil de tu usar os EPIs e se cuidar. Eu me lembro que quando eu trabalhava lá no CTI, que eu trabalhei anos na CTI do [refere-se a outro hospital da região], eram 21 pacientes... Aí, às vezes, a gente negligencia em função de que tu faz tudo muito rápido, tudo é muito rápido, é muita coisa para pouco tempo. Aí a gente acaba negligenciando e aqui não, aqui a gente tem mais oportunidade de fazer de acordo com o que é correto, de se proteger, de usar o EPI, de saber que tu estás correndo um risco... aí a gente tem mais essa oportunidade de se cuidar. (E07 – hemato-oncologia)

O relato de TE08 também faz um comparativo entre o local de trabalho atual e o trabalho anterior em UTI.

[...] eu diria que a correria, o querer fazer, a pressa em terminar, poderia influenciar... em outros lugares que eu trabalhei [referindo-se a Unidade de Cardiologia Intensiva] a pressa é inimiga da, do uso... dizem que a pressa é inimiga da perfeição. Acontecia isso: às vezes, por pressa, por querer fazer, deixava de se proteger... e aí aconteciam os acidentes por isso... mas aqui acho que não, mesmo com muito serviço as meninas [referindo-se as enfermeiras] vão fazendo o que dá, porque tudo tem um tempo também. (TE08 – hemato-oncologia)

A fala da TE21, que atua em terapia intensiva, corrobora esses depoimentos.

[...] tem muita coisa para fazer... agora abriu mais esse leito aqui... tem 10 pacientes, cinco funcionários... é uma correria, e uma enfermeira só, para atender tudo isso. É muita coisa para ti fazer... Ai, no fim, tu te sobrecarrega e tu te torna mais suscetível ainda, porque tu tem menos tempo para estar se paramentando, para estar te lavando adequadamente, porque, as vezes, tu está correndo, alguma coisa... isso aí prejudica bastante. (TE21 – terapia intensiva)

Os relatos acima evidenciam que o trabalho em uma unidade que atende pacientes críticos, como UTI e pronto-socorro, possuem uma carga elevada de trabalho, que compete com a segurança do trabalhador. Esse dado tem extrema relevância, pois, é justamente nesses ambientes que os trabalhadores estão constantemente expostos a materiais biológicos, devido ao grande número de procedimentos realizados.

Além de ter uma influência direta sobre a adesão às precauções padrão, o número inadequado de trabalhadores na assistência ao paciente também influencia na participação dos mesmos em atividades de treinamento e educação continuada, que constituem estratégias importantes de sensibilização e capacitação para promoção das práticas seguras. E07 relata que houve uma melhora nesse sentido, devido ao aumento do número de trabalhadores no seu setor de trabalho, em função da realização de concursos públicos, a partir da adesão da instituição à EBSEH.

[...] aqui teve uma época que tinha três enfermeiros para fechar os três turnos durante toda semana... aí tu esquece, tu fica apagando fogueira e esquece o resto. Só que agora, como a gente tem mais gente, essa coisa está se voltando, para se assumir o conjunto, para se assumir o treinamento, o trabalho, o convívio melhor. As coisas estão voltando a normalidade agora. Eu acho que, agora, a tendência é as coisas melhorarem... não tinha gente, aí o que que tu faz... tu faz o que tu pode, dentro das suas condições e olha que a gente conseguiu ainda fazer um baita dum trabalho... Só que agora não, agora nós estamos com a equipe completa, dá para sair para treinamento. A gente tem um esquema de treinamento mensal agora, que a gente está fazendo todos os meses uma manhã do mês para treinamento, está sendo bem bacana... e a instituição está proporcionando isso para a gente e agora as coisas melhoraram. Então, eu acho que vai ter condições da instituição assumir de novo o seu papel... e tem gente para isso dentro do hospital, só que antes não tinha nem... a gente mal conseguia apagar as fogueiras tomara a gente trabalhar, cuidar dos doentes, não tinha como fazer outras coisas, e agora não... a gente tem condições. (E07 – hemato-oncologia)

Ainda com relação ao fator carga de trabalho, o relato a seguir demonstra que o tempo adequado para executar os procedimentos é algo que facilita a adoção de práticas seguras.

[...] a dinâmica do ambulatório eu acho que facilita, tu tem um tempo maior para executar as coisas. Às vezes, no andar [referindo-se a unidades de internação] é preciso um atendimento imediato, às vezes está sobrecarregado, está cansado. Eu vejo que aqui não existe uma sobrecarga de trabalho como em alguns setores do hospital. Então, aqui tem um ambiente mais tranquilo, a equipe é muito boa, nós trabalhamos realmente como uma equipe, as pessoas não ficam isoladas, tu consegue ter uma visão mais geral, tu percebe quando o colega está tendo uma atividade ou fazendo um procedimento talvez inadequado, que poderia ter uma técnica melhor... A gente conversa sobre isso, tu tem tempo para conversar... às vezes, na unidade tu tem a passagem de plantão muito rápida, a equipe não consegue se enxergar e aqui no ambulatório tu consegue fazer isso... em ambiente que tu tem que dar o atendimento, tem toda uma rotina e o tempo pra fazer aquilo e

tu tem que passar plantão, tu tem que sair... às vezes não permite isso. (E02 – ambulatório)

O serviço é bem organizado de um modo geral. A gente não precisa fazer as atividades de maneira atropelada, a gente tem tempo para pensar, realizar o procedimento, isso facilita bastante, porque tu consegue organizar material, tu consegue fazer coisas com calma. Então, tu não tem a desculpa também de “ ai, fiz correndo, então não deu tempo de fazer isso daqui”. Então, aqui a gente não tem essa desculpa mesmo. Se a gente não usa, ou é por esquecimento ou é por uma negligência em relação a si mesmo, assim, a seu próprio cuidado. Então, a organização da unidade é um fator facilitador. (E11 – pronto-socorro)

A dinâmica de trabalho em um setor ambulatorial, que possui características específicas, favorece a realização dos procedimentos de maneira adequada, inclusive permitindo a comunicação entre a equipe quanto as possíveis falhas e melhorias necessárias no ambiente laboral. Mesmo em unidade de emergência, conforme o relato de E11, o trabalho pode ser bem organizado e favorecer o cuidado em relação a si mesmo. Nesse sentido, a percepção dos trabalhadores quanto a carga de trabalho não é unânime, e certamente é influenciada também por aspectos subjetivos de cada um dos entrevistados.

6.1.4 Fatores organizacionais

Os fatores organizacionais também foram mencionados, por diversos participantes, como elementos importantes e de influência na adoção de medidas de proteção pelos trabalhadores. A percepção quanto a atuação da instituição, com relação às normas de biossegurança, foi presente em algumas falas, mencionadas a seguir.

Eu percebo a instituição tentando cumprir o legal, o que é lei, só. Ou seja, está preocupada de fazer o que a lei manda pra não ser cobrada depois. (E03 – ambulatório)

Eu percebo nos últimos anos, principalmente, a instituição dedicada a trabalhar com essas questões. Um pouco talvez pela exigência legal que recai sobre a instituição também, depois é passada para seus servidores. (E11 – pronto-socorro)

Eu acho que o hospital ele está bem adequado, ele estimula, ele usa, estimula o uso e oferece o material e a gente acompanha os cursos de capacitação. Agora mesmo nessas turmas novas que entraram nos últimos concursos que a gente teve, todas turmas foram recepcionadas pelo serviço de higiene e limpeza, o serviço de hemoterapia também fez curso, no sentido de segurança do paciente e segurança do profissional. Eu acho que a instituição está bem adequada nas normas técnicas nesse sentido. (E16 – serviços de apoio)

[...] à instituição cabe favorecer que as pessoas conheçam o risco, tenham clareza que estão expostas e se cuidem, por exemplo, providenciando uma lixeira adequada, providenciando um ambiente adequado para o trabalho, oferecendo número de profissionais adequado. Não é só a gente, eu usar máscara, luva e avental, sendo que o paciente para [referindo-se a parada cardiorrespiratória] e eu estou sem luva e aí eu não tenho outra pessoa para me ajudar. Acho que essas coisas assim, acho que tanto tem a parte do profissional, que deve usar mas tem que a instituição incentivar o uso e esclarecer, e adequar também os serviços, para a proteção da saúde do trabalhador. (E17 – serviços de apoio)

Segundo esses depoimentos, fica evidente que os trabalhadores percebem que a responsabilidade pela realização das precauções padrão não é exclusiva dos trabalhadores, mas depende também de ações institucionais que favoreçam essas práticas. A seguir serão melhor descritos cada um dos fatores organizacionais identificados nesse estudo.

6.1.4.1 Clima de segurança

Por meio dos depoimentos dos participantes do estudo foi possível conhecer alguns aspectos referentes ao clima de segurança na organização estudada. A forma como as pessoas se relacionam umas com as outras foi um desses aspectos. Nesse sentido, alguns relatos demonstram que o alerta ou a cobrança para o uso adequado das precauções padrão entre os próprios trabalhadores é um fator importante, de influência positiva, na adesão.

[...] a gente mesmo colega cobra um do outro “ôh fulano tem que usar, tem que usar”... nós mesmos cobramos umas das outras... a hora que está todo mundo reunido a gente fala: ‘ôh tu fez isso, não usou luva’. (TE01 – ambulatório)

[...] na verdade, entre nós tem a cobrança. Se alguma não usar, a outra já cobra também, orienta e cobra, porque, na verdade, é um cuidado de si... mas da instituição acho que não, exceto essa última normativa que veio, que parece que agora a medicina do trabalho está um pouco mais presente também, mas antes não havia nada relacionado[...]. (TE08 – hemato-oncologia)

Eu acho que o relacionamento da equipe também facilita de certa forma, porque a gente relembra um ao outro das coisas e isso não é encarado como uma crítica ao trabalho, e sim como uma ajuda. Então, isso é bom, eu me sinto livre para poder cobrar da colega: “ô colega, vamos descartar isso aqui, isso aqui lá, põem a luva, leva um álcool.” E isso não é visto, assim, como uma forma de exercer poder sobre o outro colega e tal. Então, isso facilita bastante também. A questão de é possível cobrar, cobro do outro assim como hoje eu estou cobrando amanhã eu estou esquecendo, e alguém está cobrando de mim, então... acho que isso é um fator facilitador, o relacionamento da equipe. Para o bom funcionamento das normas e rotinas. (E11 – pronto-socorro)

[...] até a gente tem um caderno de recados: “ah pessoal, estão descartando o material errado”, ou “tem que fazer aquilo”... então, a equipe vai lembrando essas coisas mais básicas, que, as vezes vão ficando para trás. (E11 – pronto-socorro)

O participante TE08 menciona o trabalho que vem sendo realizado recentemente pela instituição referente a saúde do trabalhador. Sabe-se que com a adesão do hospital à EBSERH foi criado o serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST), que conta com uma equipe multidisciplinar composta por médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança do trabalho, entre outros, e que começaram a desenvolver atividades de prevenção de acidentes no trabalho na instituição de maneira mais intensa.

A fala a seguir menciona a importância do papel do enfermeiro, como um membro de destaque na equipe, para estimular e chamar a atenção para as medidas de segurança.

[...] acho isso daí importantíssimo... Tanto dos treinamentos quanto supervisão...do enfermeiro nos avisar, chamar atenção “Ó fulano, tu não esquece de usar, tem que usar”. (TE12 – pronto-socorro)

A relação entre os trabalhadores e os usuários do serviço também compõem o clima de segurança organizacional. Na fala seguinte, os pacientes são mencionados como participantes nesse processo, tendo em vista que também são protegidos com o uso adequado das precauções, e também exercem esse papel de cobrança quanto às práticas de segurança.

[...]até mesmo o paciente vai te cobrar se tu entrar sem. Entendeu? A cobrança vem dele também porque ele conhece o que que é um isolamento protetor, o que é um isolamento de contato, isso aí o... a pessoa que está internada ela vai te cobrar. E se ela não for te cobrar, como é enfermária, quem está do lado vai te cobrar, então não tem como tu deixar de usar, entendeu? (AE09 – hemato-oncologia)

Os relatos apontam para necessidade de uma cobrança maior por parte da instituição, representada pelas chefias imediatas. Os trabalhadores percebem que a cobrança existe, mas que ela parte mais de órgãos específicos dentro da instituição, como o Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Higienização e Limpeza, por exemplo. Entretanto, segundo os relatos, seria importante que os líderes dentro dos locais de trabalho também se engajassem nessa fiscalização junto as equipes. Em uma das falas, o participante menciona não apenas a cobrança, mas o exemplo dos líderes como um aspecto de influência relevante.

[...]Jeu acho que a instituição ela se esforça bastante para nos passar a informação que precisa, também com relação a disponibilizar tudo que é necessário, mas acho que de repente precisa cobrar mais. Eu acho que precisa cobrar mais, não sei de que forma, mas teria que ter uma coisa assim mais rigorosa quanto a isso, porque não é só aqui assim. Eu já trabalhei em outros setores no hospital e a gente vê que a coisa é meio geral, de não ter esse cuidado, tipo no pronto socorro, o pessoal calça luva e sai tocando em todos monitores, em todos pacientes... eu não sei de que forma, porque antes davam a desculpa de que não se tinha funcionários, hoje nós temos bastante, então, tem gente, tem mão de obra, tem que cobrar, ser cobrado. (TE22 – unidade de internação)

[...] eu acho que é a chefia cobrar isso mesmo. Porque, por incrível que pareça, parece que só quando é cobrado da gente que isso muda de uma certa forma. A fiscalização, algum outro termo assim... mas cobrar assim “ó fulano, vai desprezar essa diurese, usa o óculos, usa a luvinha”. (AE23 – unidade de internação)

[...]também acho que tem que ter adequações do serviço também... Aqui eu vejo que são adequadas porque tem toda uma regulação, é diferente lá de uma unidade ou ambulatório de quimio que é a gente que se cuida, ninguém regula e nem fiscaliza. Não tem essa fiscalização, tu faz exames periódicos, mas aí nos exames periódicos vai estar: tu adquiriu hepatite? Tu tem HIV? Então, aí já foi. Eu acho que teria que as pessoas se conscientizar e até fiscalizar também. (E17 – serviços de apoio)

[...]cobrança acho que tem que existir. Então, como a gente tem o controle de infecção, também passa de olho e sempre repetindo, por mais que, às vezes, a gente seja um pouco relapsa, mas... eu acho que tem que ser. (TE24 – unidade de internação)

Acho que o que pode influenciar para o uso é os líderes usarem, darem o exemplo... existir uma cobrança, uma cobrança no caso para o lado do bem... a pessoa chega para fazer um procedimento “não esquece de botar luva”... um cobra do outro, um incentivar o outro a isso no dia a dia... que não adianta também vim uma educação continuada a cada três, quatro meses, e os outros dias? Então, eu acho que tem que ter essa coisa de educação que venha de fora, que faça um chamamento, e depois os multiplicadores que ficam com responsabilidade de cobrar uns dos outros, lembrar, incentivar... “olha pessoal, bah olha, não, não, cuida, não vai te expor, quem sabe coloca uma luva, quem sabe coloca uma máscara”... isso aí. (E19 – terapia intensiva)

[...] algo de conhecimento que todo mundo sabe que o que precisa fazer, mas, por vezes, acho que a gente precisa se lembrar e ser cobrado mesmo, porque com o tempo a gente acaba, se não assume aquelas posturas frente ao risco como algo do teu, do teu modo de fazer, de trabalhar, tu acaba esquecendo ou deixando de lado com o tempo. Então, algumas coisas precisam ser lembradas seguidamente... Seguido vem a [cita a pessoa responsável pelo Serviço de Higienização e Limpeza] bater a porta aqui e a gente lembra de alguma coisa (risos) dá um puxão de orelha, e acho que isso faz parte assim da gente mudar essa nossa postura. (E11 – pronto-socorro)

Além da cobrança específica quanto ao uso das precauções padrão, alguns relatos apontam que uma outra forma de estimular a adesão às PP, seria um apoio maior para participação nas capacitações oferecidas pela instituição.

A instituição te dá o material, te dá o treinamento... acho que de repente cobrar um pouco mais a participação, e que é o que eles tão fazendo agora, agora está sendo mais cobrado[...] (E07 – hemato-oncologia)

[...]treinamento tem, mas não é todo mundo que participa. E supervisão zero, não tem supervisão. Infelizmente, não sei se é porque a empresa é nova, porque é todo mundo novo, porque está todo mundo se adequando. Mas, supervisão não tem... não sei se é porque é um hospital escola, mas deveria ser mais cobrado por ser um hospital escola. Mas eu não sei se eles não conseguem acolher o grande número de profissionais, para sentar e explicar. Ou se é a falta de interesse de cada um mesmo. (TE10 – pronto-socorro)

As ações institucionais relacionadas a prevenção dos riscos ocupacionais é percebida, por um dos participantes, como centradas no indivíduo e não no coletivo, como é o trabalho em saúde. A cobrança recai, muitas vezes, nos trabalhadores de enfermagem, que têm contato direto com o paciente com maior frequência. No entanto, a equipe multiprofissional que atua nas diversas áreas não recebe o mesmo tipo de orientação e supervisão, conforme relatos a seguir.

[...]é uma busca individual de cada um. Não existe um trabalho com o grupo, um trabalho coletivo institucionalizado, assim, para fazer acompanhamento e tal. Pelo menos em formato de grupo, em formato de equipe. Existe um suporte individual, tem saúde ocupacional, saúde do trabalhador... é isso. (E11 – pronto-socorro)

[...]é cobrado mais da área da enfermagem porque é a que tem mais contato mas acho que tem que entrar, fazer uma lavagem também em cabeça de residentes, de médico, de fisioterapeuta, de fono, é toda uma equipe que entra aqui, e é muita gente que entra aqui... Então, às vezes, ficam toda hora cobrando nós aqui, que estamos trabalhando o tempo inteiro, e o pessoal que transita por todo o hospital que pode carregar muito mais bactéria que nós aqui dentro são os menos orientados. (TE21 – terapia intensiva)

[...] muitas vezes a gente vê alunos ou pessoas de fora, ou até mesmo residentes, nem tanto pela enfermagem, a gente vê outros profissionais, alunos da fisio ou da TO [Terapia Ocupacional], não tem tanto conhecimento para estar no estágio. Eles, as vezes, não recebem tantas informações... Então, às vezes, eles chegam e se encostam na cama e tu tem que estar avisando “é isolamento de contato”. (E20 – terapia intensiva)

Em um setor fechado, como de uma unidade de terapia intensiva, a falta de uniformidade de conduta entre os profissionais da equipe multiprofissional é um fator considerado muito relevante na fala dos entrevistados. O fato de alguns aderirem às medidas preconizadas, e outros não, tem uma influência negativa, gerando desmotivação para o uso das precauções-padrão.

Eu acho que o que pode influenciar é aquele fator que eu disse que, às vezes, eu sou orientada que sou uma técnica de enfermagem... Às vezes um médico não é orientado... isso aí influencia muito... de tu dizer que a fulana está ali dentro de calça azul, de roupa azul sem brinco, mas o fulano de tal que é médico... isso aí influencia um monte... por que que eles não podem usar uma calça que nem eu? Por que que elas não podem tirar brinco, tirar pulseira... ter todo o cuidado que eu tenho... porque eles têm o ensino superior e eu não tenho? o que é mais cobrado são nós... eu estou mais em contato com o paciente realmente, mas um médico também tem contato... um nutricionista também tem contato com um paciente... vai ali mexe numa bomba de infusão alguma coisa... isso aí influencia bastante... aqui dentro principalmente. (TE21 – terapia intensiva)

O clima organizacional é um estado momentâneo, passível de alteração mesmo em um curto espaço de tempo, a partir de diversas influências. Nesse sentido, os participantes relatam perceber uma mudança na cultura dos profissionais de saúde com relação a sua própria saúde e segurança.

[...] existe uma cultura anterior que nós não precisávamos tanto de proteção, e isso é uma coisa difícil de mudar em todos, inclusive em mim. (E03 – ambulatório)

[...]fazendo uma análise de quando eu me formei, dos cuidados, das informações que a gente tinha e do tipo de material que a gente tinha a mão, a gente melhorou muito nesse aspecto, muito, não tem idéia... Naquela época, por exemplo, a gente vaporizava o ar porque a gente queria ter dentro do bloco cirúrgico em determinadas salas um ar quase que estéril, a gente vaporizava com produtos químicos a sala, fazia toda a limpeza e desinfecção e depois vaporizava o ar. Depois tu vê que não tinha fundamento, nós é que acabávamos nos intoxicando com aquele produto. (E02 – ambulatório)

É que a gente acha, agora até que está mudando, mas eu como sou formada bem mais antiga... ainda se tinha uma aura muito grande no ser enfermeiro, que isso parece que te protegia de muita coisa, mas a gente tem que ser consciente que é uma profissão, a gente é profissional, é ser humano, precisa se cuidar. (E07 – hemato-oncologia)

Eu acho que a instituição agora está orientando bem os funcionários... Estão cobrando mais... porque se tu não é cobrado não é feito... Às vezes, a gente fica 'ai tão cobrando a gente'... mas se eles levassem meio flauteado a coisa ninguém ia usar... se não tivesse alguém na porta te cuidando 'ai eles tão ali, eu vou colocar a luva'... tem muita gente que não colocaria... que não tem essa consciência... e eu acho que essa parte a instituição está tentando reensinar ... porque isso ai a gente já aprendeu... em qualquer curso básico de técnico ou uma faculdade tu já aprende esse tipo de coisa... mas aqui eles estão reensinando... Às vezes tem muita gente antiga, que era acostumado a trabalhar daquele jeito, sempre fizeram aquilo daquele jeito, por que tem que mudar? (TE21 – terapia intensiva)

No relato da TE21, acima, percebe-se que as ações institucionais são relevantes para que essa mudança no clima de segurança aconteça. Nesse sentido, a educação continuada é uma das estratégias mais relevantes que a instituição pode utilizar para mudar os conceitos e atitudes dos trabalhadores, conforme será melhor abordado no tópico a seguir.

6.1.4.2 Treinamento em prevenção da exposição ocupacional

O fator mais mencionado, pelos participantes, como sendo capaz de influenciar, positivamente, a adesão às PP foi o treinamento em prevenção, realizado por meio de campanhas e esclarecimentos que venham a aumentar a consciência dos trabalhadores sobre a importância do tema. Os relatos abaixo ilustram esse pensamento.

Eu acho que cursos, quanto mais cursos der para os funcionários, quanto mais mostrar, não precisa expor o colega, mas quanto mais mostrar registros de acidente, melhor. (TE10 – pronto-socorro)

Acho que a conscientização dos profissionais, esclarecimento, campanhas... acho que o conhecimento e esclarecimento, acho que é campanhas te esclarecendo. São dados dos profissionais que ficaram doentes, sabe? (E17 – serviços de apoio)

Eu acho que a conscientização de todos os profissionais, que pode facilitar... que todo mundo esteja bem ciente, que todo mundo esteja sabendo das consequências, da necessidade, da importância... isso tudo facilita com que seja... com que tenha uma maior adesão, assim... (E20 – terapia intensiva)

Segundo essas falas, é relevante que sejam feitas capacitações específicas com relação à prevenção da exposição ocupacional, trazendo dados epidemiológicos a respeito das doenças ocupacionais e de todas as consequências para a vida do trabalhador que podem ocorrer, a partir de uma exposição.

Nesse sentido, alguns relatos mencionam que a instituição tem se engajado bastante com relação à educação em serviço, especialmente devido ao grande número de trabalhadores contratados recentemente pela EBSEH. Tem sido realizado diversos cursos de capacitação, que são divulgados a todos os trabalhadores, através do meio eletrônico, conforme os relatos abaixo.

Eles estão oferecendo cursos para todos os funcionários. Os novos que estão chegando e os antigos. Eles estão oferecendo curso... colocam na página da universidade aqui. Eu acho que não tem o porquê não fazer. (TE01 – ambulatório)

Além da questão de ter cartazes, a gente é sempre orientado, e sempre tem, sempre é oferecido cursos de capacitação. Mas vai do interesse porque como não é obrigatório, ele é ofertado, vai do interesse de cada um fazer também, da importância que cada um dá para isso. (TE22 – unidade de internação)

Percebe-se que uma questão relevante, levantada pela fala de TE22, é o caráter voluntário com que são oferecidas essas capacitações. Dessa forma, isso pode resultar em um número pequeno de trabalhadores que participam desses encontros.

Além disso, alguns participantes do estudo apontam a falta de divulgação desses encontros e que, apesar de existirem essas capacitações, elas não seriam suficientes para favorecer a motivação para a adesão às PP.

[...]a divulgação talvez seja um pouco falha... existe? Existe... o pessoal costuma participar e vai, mas eu acho que ainda a divulgação, ainda motivação para isso falta um pouquinho mais... Eu vejo que um grande contingente de pessoas não tem essa... se perguntassem para muitas pessoas se tem essa informação... não, provavelmente vão responder que não... A gente acaba sabendo por outros meios, às vezes pelo site, ou porque vê em alguns cartazes no hospital, mas são coisas, às vezes, que as pessoas não param para olhar assim... Eu não sei, teria que se pensar outras estratégias para se fazer essa divulgação mais ampla, só que não me ocorre que formas, não sei dizer mesmo, mas eu acho que ainda essa divulgação está um pouco fraca. (E13 – unidade psiquiátrica)

[...]oferecer de maneira clara o risco que tu corre no não uso, trazer a pessoa para consciência, uma conscientização. (TE18 – serviços de apoio)

Outro ponto levantado, durante as entrevistas, refere-se à necessidade de continuidade nas ações de capacitação. Os relatos a seguir evidenciam essa necessidade.

Eu acho que o que poderia auxiliar mais é um trabalho de conscientização de risco, de risco próprio, de saber se cuidar, de não levar para os seus familiares efeitos daqui. Se eu tiver um problema físico, a consequência vai ser para os teus familiares. Se eu tiver algum bichinho, vai causar infecção, pode ser para ti ou para eles. Se tu não estiveres bem, eles também vão sofrer. Mas tem que ser um trabalho de formiguinha meio contínuo, não adianta alguém vim dar uma palestra sobre isso e sumir, que normalmente as pessoas vem, falam, é feito uma palestra, um trabalho enfim, é apresentado e depois aquilo não é continuado. Então, é só um feixe de luz e depois se vai, tem que ser lembrado, tem que ser trabalhado, tem que ser dado importância e tem que ser feito trabalho não trazendo alguma coisa com uma realidade externa, mas trabalhar nos setores com realidade interna de cada setor, aqui, o que é, como se faz. (E03 – ambulatório)

A responsabilidade, o comprometimento, o entender ... Porque, se tu não entende, tu não tem noção do risco que tu está correndo. As pessoas precisam entender que estão correndo risco e isso só vai acontecer se ficar aqui ó [gesto] no teu ouvidinho dizendo. Senão, as pessoas não entendem, infelizmente o ser humano é assim, tu tem que praticamente repetir, repetir, repetir, para as pessoas entenderem, senão as pessoas não entendem. E isso é do ser humano, não adianta. (E07 – hematologia)

[...] a gente estava conversando com relação ao uso do cabelo preso, de anéis, de pulseiras e tal no trabalho. E acho que foi comentado justamente isso, não, eu acho que o mais difícil disso tudo é que não vai ser de uma hora para outra assim, tipo vai ser dito: “não agora não pode usar” e todo mundo não vai usar. Isso é um trabalho de educação continuada, sempre vai ter que ter alguém lembrando: “não use, não use, não use”. Sempre retomando. E eu acho que um pouco dos riscos ocupacionais também é isso. Hã, é a questão de relembrar, sei lá, mas a maneira de fazer isso, não sei, de tempo em tempo relembrar, fazer um encontro, dizer, retomar algumas coisas que vão sendo esquecidas, reforçar aquilo que vem sendo feito, de forma adequada. Eu acho que não é só cobrar o que não está sendo feito, eu acho que as equipes precisam ser reconhecidas naquilo que conseguem implementar de forma adequada. E, sei lá, mas eu acho que é um serviço de formiguinha assim mesmo. Toda a mudança de postura, de atitude, ela demanda tempo, principalmente para quem estava habituado de uma maneira diferente, a trabalhar de forma diferente, ou de não usar algum equipamento. (E11 – pronto-socorro)

A instituição ela faz, faz, mas não é... como eu te disse, faz hoje, daí passa um tempo. Não é muito batido em cima. Claro eles colocam cartaz, tudo, mas eu acho que isso ainda é pouco. Tem que ter um treinamento direto. (TE12 – pronto-socorro)

[...]a instituição aqui ela é bem preocupada com isso, com essa questão... existe um trabalho também de educação continuada... quem sabe, eu imagino que poderia ser mais frequente, essas reuniões, esses chamamentos...eu acho que educação continuada, e treinamento... tem que ser contínuo, de tempo em tempo tem que reforçar... e as pessoas vão se acomodando, em tudo, e daí quando existe esse chamamento, quando a gente está querendo se acomodar, a gente começa a se dar por conta, tomar consciência da importância. (E19 – terapia intensiva)

Apesar de reconhecer que existe um trabalho na instituição nesse sentido, alguns depoimentos apontam para a importância de que a conscientização do trabalhador, quanto aos riscos ocupacionais, ocorra de forma permanente e adequada a realidade de cada setor de trabalho.

Segundo relato de uma entrevistada, alguns serviços já têm esse trabalho de capacitação e orientação incorporado em sua prática.

[...]no momento que o funcionário novo chega, nós apresentamos os manuais de biossegurança do serviço e ele tem que estudar, dar uma lida naquele manual. Ele é orientado a usar os EPI, nós temos dentro do nosso serviço como há o risco de derramamento de sangue, então, a gente tem os lava olhos, o serviço oferece os óculos, é quase um capacete, agora não estou me lembrando mas é uma viseira, tem uma cabine de segurança biológica também, para manipular uns materiais mas aí é mais para não contaminar o material. Eu acho que o que mais é o treinamento, conversar sobre o assunto, ter os manuais, descritos e bem disponíveis para as pessoas consultarem, e a importância de se falar sobre o assunto dizer o risco que é, o cuidado. Eu sempre passo o cuidado com a separação de lixo, porque a gente gera muito resíduo contaminado dentro do hospital, tem que haver uma separação adequada não só para o funcionário que está aqui dentro atendendo o paciente mas para o funcionário que vai manipular o lixo depois, vai separar esse lixo, vai acondicionar fora do hospital. Então, nosso treinamento básico, o funcionário novo entra com todo esse... a gente tem um manual interno de gerenciamento de resíduos também do serviço de hemoterapia que trabalha o resíduo que esse serviço gera. (E16 – serviços de apoio)

No setor de hemoterapia, cada trabalhador ao ingressar no trabalho recebe todas as orientações relacionadas às questões de segurança, bem como o conhecimento dos manuais disponíveis. Apesar de essa rotina parecer estar mais fortemente arraigada nesse setor específico, a prática de realizar o treinamento no próprio local de trabalho, antes do início da atividade laboral, poderia ser utilizada como modelo para as demais unidades.

Algumas sugestões para realização das atividades de educação foram mencionadas pelo participante E11.

Eu reconheço a grande dificuldade que se tem de conseguir trabalhar em grupos dentro de um hospital, mas acho que é o que precisaria ser tentado. De repente, construindo uma maneira de isso estar até embutido na escala, de encontros, sei lá semestrais, onde todos os trabalhadores estariam ali, de certa maneira cumprindo sua carga horária, mas em atividade de educação, de reflexão e tal. Porque ainda é muito da boa vontade do trabalhador: “ai vamos marcar uma reunião” é marcado fora do turno de trabalho, fora do horário de trabalho, então isso daí é complexo. Ai o trabalhador não se sente responsável de estar lá porque: “ah está além do meu trabalho isso daqui”. (E11 – pronto-socorro)

Nesse relato, percebe-se que a responsabilidade do gestor com relação a capacitação do trabalhador vai além da oferta de palestras. O trabalhador necessita ser estimulado a participar desses encontros e não os perceber como mais uma tarefa a ser cumprida. Além disso, a sugestão para a realização de atividades em grupo dentro das próprias equipes de trabalho pode ser uma estratégia útil, a fim de otimizar a participação dos trabalhadores.

Além do treinamento dos trabalhadores, alguns participantes do estudo falam da importância de se capacitar também os estudantes que estão iniciando suas práticas no hospital universitário. Nos relatos a seguir, os participantes relatam sua preocupação com relação a essa questão.

Eu sempre oriento as bolsistas novas, quando tu vai remover um cateter tu coloca o algodão em cima, puxa devagarinho e depois tu tira o algodão, porque essa coisa de tu tirar com força ou rápido o cateter dá uma “rabanadinha” e a gota salta, usar o óculos de proteção para quem não tem muita prática e o avental ter mais de um no serviço, porque, as vezes, tu suja um e tem que ter outro[...] (E16 – serviços de apoio)

[...]antes dos alunos virem para campo de estágio, deveria se passar algumas noções básicas de lavagem de mãos, de cuidados... eles não têm nenhum tipo de orientação sobre isso daí. Cabe a nós, além do cuidado, além de todas as coisas que a gente tem para fazer, ainda estar cuidando disso e orientando, pedindo para que amarre o cabelo, pedindo para que tirem alianças e adornos... Então, cabe a nós, e na verdade não caberia, mas a gente que tem estar fazendo isso, pensando em prol dos pacientes, das crianças que estão aqui. (E20 – terapia intensiva)

Com relação a capacitação dos estudantes que ingressam no HU para realização de estágios, aulas práticas, vivências, entre outros, ressalta-se que foi instituído uma atividade obrigatória para acesso aos campos de estágio. Essa atividade tem duração de duas horas, é ofertada em diversas datas e é promovida pelo Programa Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, promovida pelo Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa, com o serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador e Serviço de Higiene e Limpeza. O objetivo é fornecer informações e recomendações aos estudantes sobre temas relacionados ao controle de

infecções hospitalares, biossegurança e segregação de resíduos. Essa estratégia, adotada há cerca de 1 ano, ou seja, posteriormente a coleta de dados do presente estudo, representa um avanço da instituição no sentido de subsidiar as ações e condutas para promoção de uma assistência à saúde segura tanto para os pacientes quanto para os estudantes e trabalhadores.

6.1.4.3 Disponibilidade de EPI

A disponibilidade dos equipamentos de proteção também foi mencionada, pelos participantes do estudo, como um facilitador na adesão às precauções-padrão.

Eu acho que só ter as coisas já é uma grande coisa. Ter aventais disponíveis, ter máscaras, luvas, ter todas as coisas já facilita. (E20 – terapia intensiva)

Eu acho que um fator que facilita, no caso, é ter esses materiais disponíveis para usar, porque eu trabalhei em hospitais que não tinham. Então, mesmo tu sabendo que precisa e que tem que usar e não tem, não tem o que fazer... Mas, tem aqui e tem informação, eu acho que falta um detalhe para que essas coisas melhorem sabe. (TE22 – unidade de internação)

De maneira geral, percebe-se nas falas dos trabalhadores que a disponibilidade de EPI é um ponto positivo forte na instituição investigada.

Atualmente, a legislação vigente prevê a disponibilidade de equipamentos com dispositivos de segurança, além dos equipamentos de proteção individual básicos. A disponibilidade destes equipamentos específicos é percebida, pelos trabalhadores, como eficaz para diminuição de acidentes.

[...]Jeu já me feri com agulhas, mas não eram usadas no paciente, eram agulhas de medicamento. Já furei o dedo lá antigamente, ultimamente não acontece mais isso, mas lá nos primórdios eu já fui reencapar agulha de seringa de medicamento, que nem se deve fazer, hoje em dia as agulhas já estão vindo com a capinha[...] (E16 – serviços de apoio)

[...]Joutra coisa também que veio a somar, é que agora as agulhas são retráteis, então diminuiu muito a chance de se picar. Bah, isso daí contribui bastante. (E19 – terapia intensiva)

O avanço tecnológico que tornou os equipamentos utilizados em procedimentos invasivos mais seguros, além de ser uma conquista na prevenção de agravos ao trabalhador de saúde, pode promover a mudança de comportamento dos próprios trabalhadores que ficam mais atentos a essas questões e se sentem mais valorizados na sua prática laboral.

Segundo relato dos participantes, a instituição, de forma geral, fornece os EPI's necessários para proteção dos trabalhadores, como mencionado nesses relatos.

Porque o material tem, a gente tem o EPI, não é falta dele, a gente tem. (E07 – hemato-oncologia)

[...]com relação ao risco biológico, a gente tem o material suficiente para conseguir se proteger... O material que vem para nós também, agora vem agulha com proteção e abocath com proteção. Então, o risco com perfurocortante praticamente não tem existido nos últimos tempos aqui. (E11 – pronto-socorro)

[...]o fornecimento de luvas que o serviço tem, nunca faltou, o uso do avental é estimulado as pessoas a usar, tem a obrigatoriedade também, tu tem que ter o teu avental, o bolsista vem e o HUSM dá para os funcionários, é fornecido o material. Agora teve uma nova leva de aventais, demorou um tempinho para chegar, mas chegou. (E16 – serviços de apoio)

[...]ele está facilitado porque ele está ali a mão, se eu não utilizar é....ele está presente, se eu não usar é só problema meu. (TE18 – serviços de apoio)

[...]porque tem à disposição, o hospital oferece... não é o caso de não oferecer, está ali, está disponível para todo mundo, e nunca, esses materiais nunca faltam... se caso, não é o nosso caso, se os hospitais não oferecem, as precauções padrão, aí dificultaria muito... mas não é a nossa realidade, aqui eu não vejo... a instituição, ela fornece. (E19 – terapia intensiva)

[...]a gente não pode se queixar porque o HU disponibiliza sempre esses EPIS para gente, disponibiliza informação também, então não faz quem não quer. (TE22 – unidade de internação)

No entanto, alguns participantes relataram algumas dificuldades com relação a disponibilidade de EPI's. A falta de alguns EPI's mais específicos e, também, a falta de um número adequado de equipamentos foram alguns dos problemas levantados.

[...] e na limpeza, máscara de carvão com respiro lateral... Agora, nós temos de novo, tivemos uns três ou quatro meses a máscara, aí depois o hospital não tinha dinheiro para compra-las, e elas estavam limitadas só para quimioterapia... aí nós ficamos com a máscara de carvão comum, sem ser PFF2¹, que é o que é recomendado para o tipo de produto que a gente usa. Por isso que eu te disse que a estrutura do hospital dificulta e faz com que a gente se exponha aos riscos ocupacionais. (E03 – ambulatório)

O hospital dar condições é outra coisa que ... por exemplo as luvas de cano longo seriam imprescindíveis, nós não temos por questão de custo, por que isso, porque aquilo. Quando eu consegui uma só tinha tamanho P, aqui só eu e a [cita o nome da colega] temos a mão P, o resto é G e GG. Então, é uma bola de neve assim, são múltiplos fatores que levam a exposição de riscos ocupacionais. (E03 – ambulatório)

Agora consegui tipo uns capacetes, que tem a frente todas de um material transparente... tipo de metalúrgico. Mas consegue um e somos em quatro para fazer uma gastro [gastrostomia], aí um coloca e os outros três se expõem. (E3 – ambulatório)

Tem algumas coisas que a gente até acha falta, tipo assim, a gente lida muito com paciente bem difícil dar banho... tem uma paciente agora, que cada vez que a gente vai dar banho, ela se evacua em grande quantidade, é um relaxamento dos esfíncteres... A gente não tem um avental apropriado, além do jaleco, não tem máscara por ser um cheiro insuportável, poderia ser uma máscara de carvão ativado para a gente poder usar nessa hora, porque, além disso, é uma paciente que não para quieta, tu tem que, as vezes, ficar forçando, segurando ela... Então, acho que essas coisas que fazem falta, tipo máscara, a agente tem máscara normal, luvas a gente sempre tem, acho que se a gente tivesse um jaleco diferente para hora do banho, para proteger um pouco nossa roupa e aí tu fica lá te cuidando para não te sujar tudo. (AE15 – unidade psiquiátrica)

[...]às vezes aqui no HU não tem avental suficiente, as vezes está em falta, não tem aquela da lavanderia, toda uma função assim. (E20 – terapia intensiva)

[...]às vezes falta material, agora por último até luva estava faltando... tinha que estar saindo nas unidades para estar pedindo luva... avental, às vezes tu tem que estar usando um descartável ou um estéril que é muito mais caro... em vez de tu estar usando um de pano que, as vezes, não tem. (TE21 – terapia intensiva)

O equipamento de proteção individual protege o profissional do risco biológico e, também, do risco químico. Para limpeza de materiais são utilizados produtos que exigem uma proteção do trabalhador com utilização de material específico. Assim, de acordo com as falas acima apresentadas, apesar de os equipamentos de proteção básicos estarem disponíveis na instituição, a falta de equipamentos diferenciados de acordo com necessidades específicas de alguns setores é percebida como uma barreira importante para segurança no trabalho.

Com relação a disponibilidade de EPI, os trabalhadores também relatam a importância de estes equipamentos estarem acessíveis nos locais de atendimento direto ao paciente, e que esse fator pode facilitar a utilização dos mesmos.

[...]tudo perto, a gente pode se contaminar menos... porque lá no andar [referindo-se à unidade de internação] não tem ali perto, daí tu tinha que sair correndo buscar, ou ia atender o paciente e não ia deixar sem atender por causa do material, ou até vomitando, se não tivesse uma luva ali, tinha que pegar e dar um jeito. Aqui o material é bem perto, não tem problema. (AE05 – unidade de recuperação pós-anestésica)

¹ A máscara PFF2 com carvão ativado age como um respirador purificador de ar oferecendo proteção respiratória eficaz contra poeiras, névoas e fumos metálicos. Pode ser utilizado em indústrias metalúrgicas, química, farmacêutica, moveleira, têxtil, alimentícia, fundições, laboratórios, hospitais, mineração, construção naval, soldas, pinturas, serralherias, fibra de vidro, construção civil, frigoríficos, agricultura, entre outros

O óculos não está bem visto, dificulta um pouco para nós... a maioria, assim é a luva que está à disposição, o óculos e a máscara fica por aí e não é tão bem visto. O óculos menos ainda... nem sei se temos aqui o óculos de proteção, para aspirar paciente... quando trabalhava na unidade de internação tinha, mas... cada funcionário tinha lá. Eles davam para o funcionário um óculos. Quando ia trabalhar cada um tinha o seu, aqui não tem muito. E aqui também acho que é porque é pouco paciente, como é recuperação intermediária dos pacientes eles não vem, de alto risco fica lá na outra recuperação. (AE05 – unidade de recuperação pós-anestésica)

{...}às vezes a gente não tem nem se quer máscara, que é o isolamento protetor para o paciente. Se tu for olhar, hoje quem sabe tenha, esses dias nós não tínhamos nem uma caixa de máscara, que a gente teve que sair nos andares a procura. Eu tenho no meu armário. Eu tenho ó [mostrou a máscara no bolso] esse aqui é meu. Eu comprei, para evitar esse tipo de coisa. (AE09 – hemato-oncologia)

[...]uma coisa que facilita é a gente ter o material disponível e perto, tipo luvas, máscaras, mesmo os óculos. A gente tem disponível e está ali a vista, na sala de emergência, está tudo a mão, tudo disponível. Então, é só pegar e usar. Máscara, óculos, luva, os aventais aqui no isolamento. Então, isso é algo que facilita. Os resíduos também, o descarte, o material fica bem a mão em um local bem visível, bem identificado, então, facilita também o descarte, tu não ter contato com o material infecto contagioso. (E11 – pronto-socorro)

Que dificulte... eu acho que, às vezes, o acesso. Digamos, às vezes tu precisa de um avental, tu tem que percorrer quase todo o hospital para conseguir uma coisa que tinha que estar aqui em mãos. (TE24 – unidade de internação)

Nesses relatos, é evidente que os fatores que influenciam a adesão às PP atuam de maneira sinérgica influenciando as atitudes dos trabalhadores no cotidiano do trabalho. A disponibilidade do EPI precisa vir acompanhada de uma boa organização dos locais de trabalho. Uma boa organização do trabalho pode ser alcançada aliando a percepção dos membros da equipe sobre as dificuldades encontradas na prática, com a atuação de uma gestão atenta e preocupada com a saúde e segurança dos pacientes e trabalhadores. Nesse ponto, o comprometimento de cada um dentro da sua esfera de atuação é o diferencial capaz de promover as mudanças necessárias para a adoção universal das melhores práticas de segurança no ambiente hospitalar.

7 DISCUSSÃO – INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS

No presente estudo, a maioria dos participantes, 519 (87,5%), é do sexo feminino, o que vem ao encontro dos resultados de outras pesquisas que têm mostrado que as mulheres constituem o maior contingente de trabalhadores de enfermagem (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009; MALAGUTI-TOFFANO; SANTOS; CANINI *et al.*, 2012; PIMENTA; FERREIRA; GIR, *et al.*, 2013; PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, *et al.*, 2013). Segundo pesquisa realizada recentemente para identificar o perfil da enfermagem no Brasil, o setor da saúde é historicamente feminino, com forte contribuição da enfermagem para tal. Apesar do avanço crescente dos homens, a equipe de enfermagem brasileira ainda é predominantemente feminina, com 85,1% dos trabalhadores da área (MACHADO *et al.*, 2015).

A idade variou de 20 a 69 anos, com idade média de 41 (\pm 9,46) anos, e a maioria concentrou-se na faixa etária de 31 a 40 anos. Assim, verifica-se uma população relativamente jovem, semelhante a outros estudos (MALAGUTI-TOFFANO; SANTOS; CANINI *et al.*, 2012; PIMENTA; FERREIRA; GIR, *et al.*, 2013; PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, *et al.*, 2013). O perfil da enfermagem brasileira confirma esse achado, tendo em vista que a enfermagem está em pleno rejuvenescimento, com 1/4 do seu contingente com idade entre até 30 anos e 61,7% até 40 anos (MACHADO *et al.*, 2015).

Quanto à categoria profissional, 186 (31,3%) são enfermeiros; 324 (54,4%) técnicos de enfermagem e, 85 (14,3%), auxiliares de enfermagem. Esse dado difere de outros estudos que apontaram um número maior de auxiliares de enfermagem nas equipes (MALAGUTI-TOFFANO; SANTOS; CANINI *et al.*, 2012; PIMENTA; FERREIRA; GIR, *et al.*, 2013; PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, *et al.*, 2013). No cenário nacional, verifica-se que a enfermagem é majoritariamente constituída por técnicos e auxiliares de enfermagem (77%), entretanto existe um forte crescimento no número de enfermeiros com tendência a expansão (MACHADO *et al.*, 2015).

Quanto ao tempo de formação profissional, observou-se uma variação de 6 meses a 40 anos, com média de 15 anos, sendo que, a população do estudo, se concentrou em sua maioria entre 11 e 20 anos de formação. Resultado semelhante foi encontrado por Pimenta, Ferreira, Gir, *et al.* (2013)

Quanto ao número de empregos fixos, a maioria 538 (90,9%) possuíam apenas um vínculo empregatício. Estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com 1215 trabalhadores de enfermagem, também constatou que a maioria possuía apenas um vínculo de trabalho (83,5%) (PIMENTA; FERREIRA; GIR, *et al.*, 2013).

No item referente ao treinamento acerca das precauções padrão, a maior parte dos trabalhadores (70,3%) responderam que receberam treinamento em PP no hospital, achado semelhante ao de outros estudos (PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, *et al.*, 2013). Em estudo com 1215 trabalhadores de enfermagem que sofreram acidente com material biológico e que procuraram por atendimento especializado, 84,1% afirmaram ter recebido treinamento sobre prevenção de acidentes com material biológico e utilização de PP, achado semelhante na população da presente investigação (PIMENTA; FERREIRA; GIR, *et al.*, 2013). Brevidelli e Cianciarullo (2009) também verificaram que 81% dos profissionais de enfermagem, que compuseram a amostra de um estudo em um hospital universitário, afirmaram que receberam treinamento em PP no hospital.

Os resultados obtidos no presente estudo apontaram que a adesão às PP pelos trabalhadores de enfermagem da instituição investigada está associada a fatores individuais, fatores relacionados ao trabalho e fatores organizacionais. Os dados quantitativos apresentaram correlação linear positiva e significativa entre a adesão às PP e esses fatores, o que foi corroborado com os dados qualitativos produzidos com as entrevistas. Brevidelli e Cianciarullo (2009) encontraram achados semelhantes em estudo que mostrou a influência simultânea desses três conjuntos de fatores na adesão às PP.

Nos itens a seguir, a discussão dos resultados será apresentada de acordo com cada um desses fatores.

7.1 ADESÃO ÀS PP

Com relação a adesão às PP, o escore médio encontrado foi intermediário ($M=4,30 \pm 1,03$), indicando que os profissionais não aderem totalmente às PP como recomendado. Nessa escala, algumas ações importantes obtiveram adesão muito abaixo do esperado, como o uso de EPI, entre eles avental protetor, óculos e máscara descartável; também apresentaram valores insatisfatórios o uso de luvas para realizar punção venosa e o reencape de agulhas, que ainda é realizado apesar da recomendação contrária.

Ressalta-se que a legislação nacional e internacional define que o uso de EPI frente aos riscos biológicos é um dever do trabalhador e uma medida de grande relevância para proteção tanto do próprio trabalhador quanto do paciente (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2006).

A literatura corrobora os achados encontrados com diversos outros estudos que verificaram que a adesão às PP, por parte dos trabalhadores, não é realizada em sua totalidade como é previsto. Estudo quantitativo realizado com profissionais da saúde de três municípios do estado do Rio de Janeiro, concluiu que a maioria dos trabalhadores reconhecia e adotava as medidas de precaução padrão, entretanto uma parcela pequena, mas significativa, adotava as medidas de forma insuficiente ou não adotavam tais medidas (SILVA; ALMEIDA; PAULA *et al*, 2012).

Em um estudo realizado em um serviço de endoscopia, verificou-se que luvas e avental foram os EPIs mais utilizados, obtendo adesão em 97,7% e 86,6% das vezes, durante a realização do exame de endoscopia. No entanto, o uso de óculos protetor obteve uma adesão muito abaixo do recomendado, cerca de 5% (NEVES; SOUZA; BARBOSA, *et al*, 2010). Piai-Morais (2015) também verificou uma maior adesão dos trabalhadores ao uso de luvas, com 97,1% de afirmações para “sempre usar luvas descartáveis quando há possibilidade de contato com sangue ou secreções”.

Outro estudo realizado em UTI também verificou uma baixa adesão dos trabalhadores ao uso de óculos protetor, avental protetor, máscara descartável, e a persistência da prática de reencapar agulhas usadas. Nesse estudo, o uso de luvas para punccionar veia de pacientes também foi insatisfatório, com 77% dos trabalhadores afirmando que sempre realizam esse cuidado (PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA *et al*, 2013). Em um hospital de ensino de grande porte, a partir da análise da adesão às PP em diversas unidades clínicas e cirúrgicas, também foi constatada baixa adesão ao uso de óculos protetor, avental, e máscara descartável, bem como um número elevado de trabalhadores que reencapam agulhas usadas (MALAGUTI-TOFFANO; SANTOS; CANINI *et al*, 2012). Em estudo com técnicos de enfermagem em hospital de médio porte na região sul do Brasil, os participantes também expressaram que o reencepe de agulhas usadas ainda é uma prática usada por alguns profissionais (GALLAS; FONTANA, 2010). Já, em investigação que buscou avaliar especificamente a adesão às PP no procedimento de acesso vascular periférico de um hospital geral, identificou-se, por meio de observação, que 84,4% dos procedimentos de punção endovenosa foram realizados sem luvas (CIRELLI; FIGUEIREDO; ZEM-MASCARENHAS, 2007).

O resultado encontrado com relação ao uso de luvas para puncionar veias é preocupante, pois, cerca de 43% dos trabalhadores afirmaram que sempre utilizam, evidenciando que esse cuidado é negligenciado por muitos trabalhadores de enfermagem. Nos depoimentos coletados, alguns participantes mencionaram o aumento da dificuldade técnica para realizar a punção venosa com o uso de luvas, o que indica que esse pode ser o principal obstáculo referente a utilização do EPI na realização desse procedimento. No entanto, a realização de punção venosa é considerada um dos procedimentos com maior risco de expor a equipe de enfermagem ao sangue dos pacientes, durante a assistência (PHILLIPS, 2001). Assim, essa questão específica precisa ser revista pelos trabalhadores da instituição para superação dessa barreira e promoção da segurança do trabalhador na prática assistencial.

Outro ponto preocupante diz respeito ao reencape de agulhas, que, apesar de largamente discutida como uma prática insegura e vedada pela NR 32, ainda se faz presente no exercício dos trabalhadores de enfermagem, sendo que cerca de 11% afirmaram que sempre ou muitas vezes reencapam agulhas usadas. Vale ressaltar que a instituição onde foi realizado o estudo fornece agulhas com dispositivo de segurança, que elimina a necessidade do trabalhador reencapar a agulha após o seu uso.

Em revisão de literatura sobre publicações brasileiras com a temática risco biológico, foi evidenciado que o reencape das agulhas foi um dos comportamentos de risco mais referidos nas publicações e associado aos acidentes percutâneos. Esse achado corrobora, mais uma vez, a persistência dessa prática entre a equipe de enfermagem, a despeito das recomendações oficiais que contraindicam o reencape (ALMEIDA; TIPPLE; SOUZA, *et al*, 2009).

Cerca de 86% dos participantes responderam que sempre realizam a higienização das mãos após retirar as luvas, dado aquém do esperado, tendo em vista que a NR 32 prevê que o uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas. Dado semelhante foi verificado por Piai-Morais et al. (2015) que demonstrou que cerca de 83% dos trabalhadores afirmaram realizar esse cuidado.

Por meio da observação, uma investigação qualitativa com técnicos de enfermagem verificou que a higienização das mãos não ocorria com a frequência recomendada, ou seja, antes e após o uso de luvas. Conforme os autores, dado este que demonstra a negligência do trabalhador com relação a uma medida considerada de extrema importância na prevenção de infecções, bem como na promoção da segurança do paciente e do trabalhador (GALLAS; FONTANA, 2010).

A higienização das mãos é uma prioridade nos programas e ações de saúde destinados à segurança do paciente, sendo que, a adesão dos trabalhadores a essa prática e os recursos institucionais para tal são tidos como essenciais para propiciar assistência segura e de qualidade (ROSSETTI e TRONCHIN, 2014). Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, esse é o procedimento de maior importância e menos dispendioso para evitar transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (BRASIL, 2005b).

A análise dos dados qualitativos corroborou os achados com relação a adesão às PP. Durante as entrevistas, os participantes evidenciaram que a adesão às precauções padrão frequentemente é realizada parcialmente.

Estudo qualitativo realizado em duas UTI's encontrou dados semelhantes, tendo em vista que, ao serem questionados sobre a rotina de uso de EPI e condutas seguras no trabalho, os trabalhadores afirmaram que ainda não há adesão total dos funcionários a estas medidas (BRAND; FONTANA, 2014). Ao serem questionados sobre esta prática, muitos técnicos de enfermagem responderam que o EPI mais usado é a luva de procedimento e o avental, sendo que é mais difícil a adesão ao uso de óculos, máscara e protetor auricular, entre outros. A prática de reencape de agulhas também foi mencionada e observada diversas vezes, assim como a realização de punção, retirada de acesso e administração de medicação sem uso de luvas (BRAND; FONTANA, 2014).

Apesar de não ter sido um objetivo específico deste estudo investigar o conhecimento dos trabalhadores a respeito do conhecimento sobre a finalidade das PP, foi observado que os trabalhadores não têm a clareza suficiente a respeito dos princípios básicos que norteiam as precauções padrão. Cerca de 40% responderam que sempre tratam os pacientes como se estivessem contaminados pelo HIV, e 46% responderam que seguem as PP com todos os pacientes seja qual for o seu diagnóstico. Além disso, nos depoimentos analisados foi evidenciado que, muitas vezes, o trabalhador seleciona o paciente que julga apresentar maior risco de transmissão ocupacional, e que as medidas preventivas passam a ser utilizadas com mais afinco após a confirmação de um diagnóstico de doença infecto contagiosa. É evidente que o princípio básico de que as precauções padrão devem ser utilizadas em todos os pacientes, seja qual for o seu diagnóstico, ainda é pouco compreendido por uma parte dos trabalhadores participantes do estudo.

Esse tipo de achado também foi verificado em um estudo com 25 trabalhadores de enfermagem de um hospital geral, em que apenas nove identificaram o conceito correto de precaução padrão, e em 16 respostas foi mencionado o conceito equivocado de “paciente de

risco” (CIRELLI; FIGUEIREDO; ZEM-MASCARENHAS, 2007). Para Melo *et al* (2006), a adoção das PP apenas sob esse tipo de critério torna vulnerável a segurança dos sujeitos, trabalhadores e pacientes e, por isso, é preocupante. Esse tipo de percepção, reducionista e distorcida, traz aspectos relacionados às crenças dos trabalhadores, que percebem a existência dos riscos, mas em situações concretas (MELO *et al*, 2006).

Em um estudo que buscou analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as normas de precaução padrão, verificou-se que um número elevado de trabalhadores possuía conhecimentos insuficientes sobre as medidas de precaução padrão. Nesse estudo, nenhum enfermeiro reconheceu o descarte de perfuro-cortantes como medida de precaução padrão, e nenhum profissional foi capaz de descrever todas as medidas que incluem as PP. Além disso, cerca de 67% dos participantes do estudo responderam incorretamente sobre a finalidade das PP, ou seja, condutas a serem adotadas no atendimento de todo e qualquer paciente, independentemente de seu diagnóstico (COSTA; FARIAS; GURGEL *et al*, 2012).

Apesar de acreditar-se que apenas o conhecimento das PP e da sua finalidade não é suficiente para garantir a sua adoção, é fundamental que esse conhecimento faça parte da formação dos trabalhadores e, também, de programas de educação em serviço, com vistas a diminuição das lacunas observadas nessas investigações.

7.2 FATORES INDIVIDUAIS

Com relação aos fatores individuais, os escores médios alcançados pelos participantes foram intermediários ($M = 4,25 \pm 0,99$). Apesar de indicar que esses fatores chegaram próximos ao valor desejado ($>4,5$), esse achado evidenciou que alguns aspectos ainda precisam ser aprimorados no que diz respeito a questões individuais dos trabalhadores, como a percepção de risco, por exemplo, que obteve o escore mais baixo ($M = 3,99 \pm 1,12$).

Além disso, esse resultado sugere que os fatores individuais, a partir da análise dos dados quantitativos, não foram tão problemáticos quando comparados aos demais fatores, do trabalho e organizacionais, indicando que esses últimos têm questões que merecem atenção especial para compreensão do problema no cenário em questão. Além disso, apesar de ter sido verificada correlação linear positiva e significativa entre a adesão às PP e os fatores individuais, essa correlação foi fraca ($r = 0,165$; $p < 0,0001$), diferente dos demais fatores analisados que obtiveram correlações mais intensas.

Piai-Morais *et al.* (2015) realizaram estudo em um hospital psiquiátrico com as escalas psicométricas de adesão às PP e encontraram achados semelhantes, com escores

intermediários para os fatores individuais e relativos ao trabalho, e escores baixos para os fatores organizacionais.

Contudo, a análise dos dados qualitativos indicou, por meio dos depoimentos dos participantes que os fatores individuais são muito relevantes para analisar a adesão às medidas de proteção, tendo em vista que foram bastante mencionados, durante as entrevistas com os trabalhadores.

A análise aprofundada desse aparente conflito entre os resultados qualitativos e quantitativos levou a reflexão de que essa divergência pode ser resultado de uma cultura que ainda predomina entre trabalhadores e gestores da área de saúde, que tende a culpabilizar predominantemente o comportamento do trabalhador pela dificuldade em aderir as recomendações normatizadas, com pouca ênfase para os obstáculos relacionadas ao próprio trabalho e a questões institucionais.

Em editorial publicado pela Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, autores (FILHO; VILELA; GARCIA; et al, 2013) apontaram para a necessidade de analisar os acidentes de trabalho, por meio da realização de pesquisas e estudos que se baseiem em abordagens sistêmicas e/ou organizacionais. Apesar de os autores referirem-se a problemática dos acidentes de trabalho, considera-se válida a analogia para a questão da adesão às precauções padrão. Os autores destacaram que, apesar dos avanços da ciência, os métodos tradicionais de análise dos acidentes e dos riscos, ainda são baseados na ideia de “ato inseguro” ou “erro humano”, o que leva à culpabilização dos trabalhadores, vítimas dos acidentes. A partir de uma análise antropológica, proposta por Mary Douglas (1985), os autores apontam para a necessidade de mudar o foco, que, em geral, é voltado para os indivíduos, para as instituições.

Cada cultura, cada Estado se organiza para enfrentar os riscos e os problemas definindo suas regras, valores e mecanismos institucionais. Um desses mecanismos, ainda bastante utilizado, é a “atribuição pública de culpa”, que permite à maioria das organizações resolver seus próprios problemas institucionais. Esse mecanismo explica, em parte, a aceitabilidade social para a ideia de “ato inseguro” que vai de encontro ao conceito “condição insegura”. Nossa cultura, valores e instituições ainda estão impregnadas por essas concepções, justificando, assim, esse instrumento social de produção de injustiça (FILHO; VILELA; GARCIA; et al, 2013).

Estudo que analisou laudos de acidentes de trabalho em que, a despeito da existência de condições de extremo risco, 80% dos laudos emitidos foram concluídos como sendo “ato

inseguro” a causa principal do acidente, deixando claro que a culpabilização do trabalhador ainda está muito presente nas instituições de saúde (VILELA, IGUTI, ALMEIDA, 2004). Para que se tenha efetiva segurança nos ambientes de trabalho, com melhorias de condições e com o desenvolvimento de políticas de prevenção e minimização dos riscos, a cultura de culpabilização do trabalhador precisa ser superada, tanto pelos gestores como pelos próprios trabalhadores. Para isso, é fundamental uma abordagem abrangente dos fatores que levam ou não a adoção de práticas de segurança e, conseqüentemente, a prevenção dos acidentes de trabalho.

Quanto as características individuais dos trabalhadores, constatou-se que a idade e o treinamento em PP tiveram associação significativamente com a adesão às PP. O grupo com idade entre 41 e 50 anos foi o que apresentou níveis de adesão às PP mais elevado quando comparado aos demais grupos de idade. Esse dado diverge de outras investigações realizadas sobre o tema. Estudo que buscou avaliar a adoção às PP com equipe multiprofissional de um serviço de emergência pré-hospitalar, o qual observou que profissionais com mais idade estiveram estatisticamente associados com a não adoção às medidas de precaução, sendo a probabilidade estimada de não adotar às medidas 3,76 (IC95%: 1,48-9,53) vezes maior entre profissionais com idade superior a 31 anos, em comparação aos respondentes com idade inferior (PAIVA; OLIVEIRA, 2011). Silva (2011) ao investigar a adesão às PP em uma instituição privada identificou que a chance de usar as PP na assistência a todos os pacientes entre os profissionais de enfermagem com até 35 anos é 3 vezes a mesma chance entre os profissionais com idade maior que 35 anos (Razão de chances 3,35 (1,38; 8,14) – IC95%). Dessa forma, evidencia-se a necessidade de que outras investigações sejam desenvolvidas para compreensão dessa variável como fator associado com a prática das PP.

O grupo de trabalhadores que respondeu ter recebido o treinamento no hospital apresentou níveis de adesão às PP significativamente mais elevados quando comparado ao grupo que respondeu que não recebeu o treinamento. Esse achado é semelhante ao encontrado por Brevidelli e Cianciarullo (2009) que, ao propor um modelo explicativo da adesão às PP, verificaram que os profissionais mais aderentes pertenciam ao grupo profissional que havia recebido treinamento em PP no hospital, sendo que essa variável foi uma das que mostrou grande importância explicativa nesse modelo. Silva (2011) também verificou que a chance de usar as PP na assistência a todos os pacientes entre os profissionais de enfermagem que receberam treinamento sobre PP na instituição é estimada em 34,63 vezes a mesma chance para um profissional que não recebeu treinamento na instituição do estudo (IC95%: 11,74;

102,12). Com isso, é evidente a importância do treinamento oferecido pela instituição no comportamento preventivo adotado pelos trabalhadores.

Com relação a personalidade dos trabalhadores, a escala de Personalidade de Risco, que engloba itens como “assumir riscos” e “estar exposto a situações perigosas só por emoção”, demonstrou que 12% dos trabalhadores apresentaram escores que indicam traços de personalidade de risco elevados. Verificou-se correlação fraca, porém significativa entre a escala de Adesão às PP e a escalas Personalidade de Risco ($r= 0,136$; $p= 0,000$), indicando que assumir uma personalidade de risco está associado a adesão às PP. Estudo realizado em UTI, também verificou correlação estatisticamente significativa entre a Escala de Personalidade de Risco com a escala de Adesão às PP ($r=0,169$; $p=0,024$) (PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA *et al*, 2013).

Em seus depoimentos, alguns participantes mencionam a resistência ao uso de EPI, como uma característica própria de alguns indivíduos e que resultam em atitudes que os expõem ao risco. Por outro lado, trabalhadores relataram que manter uma postura “tranquila” perante o risco é necessário para a efetiva realização dos cuidados. Percebe-se a complexidade dessa questão, o que evidencia a necessidade de outras investigações que busquem compreender em profundidade as relações entre a personalidade de risco adotada por indivíduos em suas práticas laborais, especialmente nas questões relacionadas ao risco biológico.

Com relação a percepção dos trabalhadores quanto à eficiência das precauções padrão, medida pela escala Eficácia da Prevenção, observou-se que os trabalhadores de enfermagem desse estudo em sua maioria percebem as medidas de prevenção como eficazes perante o risco biológico, pois 73,9% apresentaram escores altos para esse item. Verificou-se correlação fraca, porém significativa entre a escala de Adesão às PP e a escala Eficácia da Prevenção ($r = 0,109$; $p = 0,000$), indicando a associação da percepção de eficácia com a adesão às PP. Os dados qualitativos corroboram essa associação, pois os trabalhadores afirmaram acreditar que o uso adequado de medidas de proteção diminui a exposição aos riscos. No entanto, os depoimentos coletados também evidenciaram que os trabalhadores consideram que essa eficácia é limitada, pois não elimina o risco por completo.

Em um hospital de grande porte, os trabalhadores de enfermagem que participaram de grupos focais também mencionaram que, apesar da sensação de bem-estar e tranquilidade que o uso do EPI traz, eles reconhecem que a utilização do EPI não elimina completamente o risco da exposição, o que demonstra a percepção que os mesmos têm com relação à eficácia

dos meios de proteção. Nesse estudo, os autores apontam para a importância das crenças pessoais relativas à eficácia das alternativas conhecidas e disponíveis para diminuir a ameaça da doença ocupacional, ou a percepção dos benefícios de se tomar determinada atitude. Assim, o comportamento do trabalhador depende de quanto benefício ele acredita ter nas várias alternativas em relação ao seu caso (NEVES; SOUZA; MEDEIROS *et al*, 2011).

Dornelles *et al* (2016) apontam para a questão da eficácia da proteção proporcionada pelos EPI, ao mencionar o uso de luvas, que evidentemente protege a pele do contato com sangue e outros líquidos corporais, mas que pode ser facilmente penetrada por objetos perfuro cortantes, como agulhas, muito utilizadas pela equipe de enfermagem. Nesse caso, medidas adicionais precisam ser adotadas pela instituição para prevenção do acidente de trabalho, como por exemplo a substituição de cateteres venosos convencionais por aqueles que possuem dispositivo de segurança com agulhas retráteis, oferecendo maior eficácia na proteção ao trabalhador.

A percepção que os trabalhadores têm quanto ao risco a que estão expostos foi mensurada pela escala de Percepção de Risco. A análise demonstrou que 26% dos trabalhadores de enfermagem do estudo tem uma percepção de risco baixa. Na análise qualitativa, identificou-se que apesar de os trabalhadores relatarem o risco como algo presente constantemente, o consideram como inerente a atividade profissional, sendo que, na tentativa de conviver melhor com a noção de estar sempre em risco, acabam por minimizá-lo ou até mesmo negá-lo.

A falta do medo de se contaminar e a crença de que nada irá acontecer reforça o sentimento de autoconfiança no trabalhador e propicia a (des)proteção, pois leva ao descaso no uso de EPI, que tem a sua função de proteção subestimada (NEVES; SOUZA; MEDEIROS *et al*, 2011). A subestimação do risco foi identificada como um dos principais motivos para a não adoção das precauções padrão, conforme um estudo de revisão bibliográfica realizado em publicações nacionais (ALMEIDA; TIPPLE; SOUZA *et al*, 2009).

Perceber o risco nas atividades executadas, durante o trabalho, significa adotar uma postura correta, fazendo uso das medidas necessárias de acordo com a situação. Conforme o trabalhador ganha experiência em seu trabalho com o aumento do seu tempo de serviço e de sua autoconfiança, pode ocorrer uma naturalização das práticas que o leva a negligenciar os cuidados com sua própria segurança (BRAND, FONTANA, 2014). A prática da técnica, advinda da experiência profissional, não deve substituir a utilização de EPI e dos cuidados de segurança na execução dos procedimentos, pois a experiência não isenta o trabalhador de acidentes e do adoecimento pela exposição aos patógenos (BRAND, FONTANA, 2014).

Essa percepção dos trabalhadores pode ser entendida à luz das ciências sociais a partir do conceito de “imunidade subjetiva”, utilizado pela antropóloga Mary Douglas (DOUGLAS, 1996 apud SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012). Segundo a autora, a imunidade subjetiva ocorre quando as pessoas realizam atividades muito familiares e tendem a minimizar a probabilidade de maus resultados, subestimando os riscos e considerando que os mesmos estão controlados. Nesse caso, a pessoa subestima os riscos por eles serem inerentes aos acontecimentos que ocorrem raramente, acreditando que “o grave não é frequente e o comum não é grave”.

Assim, é evidente que a percepção de risco dos trabalhadores é fortemente relacionada aos aspectos subjetivos e culturais. Nos depoimentos analisados, percebe-se que os trabalhadores utilizam estratégias defensivas, minimizando ou até negando o risco, para poder lidar com ele no exercício das atividades laborais.

Quanto ao conhecimento do trabalhador sobre a transmissão ocupacional do HIV, a Escala de Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV traz situações em que o vírus pode ser transmitido ao trabalhador na execução de suas atividades, sendo que os participantes do estudo, em sua maioria (61,5%), apresentaram nível de conhecimento intermediário. Já, os dados qualitativos, revelam que os participantes atribuem importância ao conhecimento na adoção das práticas de segurança. Esse conhecimento, adquirido já durante a formação, precisa ser aprofundado ao longo da carreira profissional, sendo que a própria instituição de trabalho deve oferecer essas oportunidades e o trabalhador também precisa se comprometer com esta questão.

Achados semelhantes foram verificados quanto ao conhecimento de trabalhadores de UTI, em que 97,2% dos participantes concordaram que a transmissão ocupacional do HIV pode ocorrer em acidente com material perfuro cortante proveniente de pacientes com HIV e 92,1% concordaram que pode ocorrer em casos de respingos de sangue e secreções (PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, et al, 2013).

Ainda com relação a importância do conhecimento para promoção da adoção das práticas de segurança, um estudo realizado com a equipe multiprofissional de serviços de emergência pré-hospitalar verificou que as categorias profissionais que demonstraram maior conhecimento tiveram também maior chance de adotar os princípios de biossegurança. Nesse estudo, médicos e enfermeiros apresentaram os maiores índices de respostas corretas em relação a noções básicas de controle de infecção e precauções padrão, e também tiveram mais

chance em relação aos outros membros da equipe de adotar as precauções padrão (PAIVA; OLIVEIRA, 2011).

7.3 FATORES DO TRABALHO

Os escores médios dos fatores relativos ao trabalho na população estudada foram classificados como intermediários ($M=3,86, \pm 1,01$), sendo que a Escala de Obstáculos para seguir as PP apresentou o valor mais baixo ($M=3,77, \pm 1,10$). Além disso, houve correlação forte e significativa entre os fatores do trabalho e a adesão às PP ($p = 0,390$; $p = < 0,0001$), indicando que esses fatores têm associação com a adoção dos comportamentos de segurança analisados. Outras investigações também obtiveram escores intermediários nas escalas referentes aos fatores do trabalho (PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, *et al*, 2013; PIAI-MORAIS, 2015).

A percepção dos trabalhadores quanto a existência de obstáculos para seguir às PP foi bastante elevada. Na escala que verificou essa percepção, 29,7% dos participantes obtiveram escores baixos, o que significa uma elevada percepção de obstáculos. Esse achado é relevante tendo em vista que a Escala de Obstáculos para seguir as PP aponta para aspectos como: desconforto na utilização dos EPI, informação insuficiente, falta de tempo e crenças gerais de dificuldade para seguir as PP.

Além disso, constatou-se correlação moderada e significativa entre a escala de Adesão às PP e a escala de Obstáculos para seguir as PP ($r = 0,394$; $p = 0,000$). Quanto menor percepção de obstáculos para seguir às PP, melhor foi a adesão às PP.

Brevidelli e Cianciarullo (2009) desenvolveram um modelo explicativo de adesão às PP, o qual previu que os trabalhadores mais aderentes percebiam menos intensamente os obstáculos para seguir às PP. Segundo as autoras, a “percepção de obstáculos”, que também pode ser denominada “conflito de interesses”, tem demonstrado significativa importância no estudo da adesão às PP. Nesse sentido, Gershon et al (2000) também verificaram que a “adesão rigorosa às precauções universais” foi correlacionada à ausência de “obstáculos do trabalho”.

Estudo realizado em UTI, também verificou correlação estatisticamente significativa entre a Escala de Obstáculos para Seguir as PP e a escala de Adesão às PP ($r=0,359$; $p=0,000$) (PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, *et al*, 2013).

Em suas falas, os trabalhadores corroboram esses achados, pois apesar de reconhecerem a relevância da adoção das PP, relataram algumas dificuldades que acabam por

impedir a realização dessas práticas em determinadas circunstâncias. Uma das dificuldades apontadas foi a perda de destreza manual, durante a realização de procedimentos como punção venosa.

Esse achado também foi encontrado em outros estudos. Pesquisa qualitativa realizada com técnicos de enfermagem evidenciou que muitos acreditam que alguns EPIs atrapalham o desenvolvimento das técnicas (GALLAS; FONTANA, 2010). De forma semelhante, em investigação que teve como objetivo avaliar os fatores associados ao uso de EPI realizado com 297 cirurgiões-dentistas, 11,5% afirmaram não utilizar luvas em 100% do tempo, sendo a principal justificativa apontada o fato de considerarem que elas dificultam o trabalho (FERREIRA; MARTINS; MOTA, et al, 2010).

O desconforto que os equipamentos podem causar durante o uso, especialmente em locais mais insalubres, como em ambientes fechados e/ou quentes também foi relatado pelos participantes do presente estudo como um fator que dificulta a utilização do EPI. Esse achado também foi identificado em outras investigações (NEVES; SOUZA; BARBOSA, *et al.*, 2010; TIPPLE; AGULIARI; SOUZA, *et al.*, 2007).

Uma outra questão que está relacionada ao trabalho da enfermagem diz respeito às necessidades dos pacientes, que em determinadas circunstâncias se sobrepõem a necessidade de segurança do trabalhador. Essa percepção parece estar bastante arraigada na prática da enfermagem, uma profissão reconhecida socialmente pela abnegação no exercício de suas funções. Ribeiro et al. (2010) identificaram o conflito existente entre salvar a vida do paciente e cuidar da própria proteção em um grupo de trabalhadores de enfermagem de diversas unidades de um hospital-escola de grande porte. Especialmente em situações de emergência, os trabalhadores consideram os cuidados ao paciente como prioridade e, depois, a sua própria segurança, situação também verificada em instituições psiquiátricas (PIAI-MORAIS *et al.*, 2015).

A pressa para execução dos procedimentos também foi apontada pela maioria dos entrevistados de um estudo qualitativo, realizado com técnicos de enfermagem de um hospital de médio porte (GALLAS; FONTANA, 2010). Em UTI, essa realidade é bastante presente, pois os trabalhadores desse local dominam o conhecimento da técnica executada e, muitas vezes, pela pressa ou falta de tempo, optam pela não utilização do EPI, apesar de os mesmos se encontrarem disponíveis (BRAND; FONTANA, 2014).

A estrutura física e a organização dos locais de trabalho também foram apontados como fatores que podem tanto facilitar como dificultar a adoção às PP. Pesquisadores

corroboram esses achados ao afirmar que a estrutura física com ventilação e iluminação inadequadas torna incômodo o uso dos EPIs, o que contribui para baixa adesão devido ao aumento do calor. Além disso, esses autores ressaltam que a padronização e socialização de rotinas, quanto ao uso e manuseio dos EPIs, são fundamentais para que os trabalhadores tenham subsídios necessários para promover a segurança no local de trabalho (NEVES; SOUZA; MEDEIROS, et al, 2011).

A Escala de Carga de Trabalho, que aborda questões referentes a exigência de agilidade e demanda de trabalho, demonstrou que 62% dos participantes tem uma percepção de carga de trabalho nem alta, nem baixa, mas intermediária.

Os dados qualitativos corroboram essas percepções, pois, nas falas, os participantes relatam que a carga de trabalho é variável nos diversos setores no hospital. Segundo os relatos, os setores que apresentam maior carga de trabalho são aqueles que atendem pacientes em estado crítico, com grande instabilidade dos sistemas orgânicos e que, por isso, precisam de uma demanda elevada de cuidados pela equipe de enfermagem. Esse dado é relevante, pois, justamente nesses locais, os trabalhadores estão mais expostos à procedimentos invasivos, que aumentam a possibilidade de exposição a materiais biológicos (FROTA; FERREIRA; LOUREIRO; et al, 2012). Os trabalhadores consideram que uma carga de trabalho muito elevada pode interferir na segurança dos trabalhadores, dificultando a adesão às PP.

Estudos demonstraram que os trabalhadores de enfermagem estão expostos ao risco biológico, em todas as áreas da instituição, onde existe contato com os pacientes e seus resíduos biológicos. No entanto, esse risco é potencializado quando relacionado aos cuidados diretos aos pacientes e com elevado número de procedimentos como: higiene, punções, sondagens, aspiração, curativos, administração de medicamentos, entre outras atividades, somando-se a isto, o grau de dependência dos pacientes que exige esforço físico dos trabalhadores (ALMEIDA; TIPPLE; SOUZA, et al, 2009).

Investigação realizada em UTI, apontou uma elevada carga de trabalho nessa unidade, evidenciando que, nesse setor, situações que exigem agilidade e demanda de trabalho elevada acontecem com frequência na execução do trabalho (PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, et al, 2013)

Alguns estudos apontam que a sobrecarga de trabalho é um fator importante, que se constitui em barreira para a adesão a um comportamento seguro pelo trabalhador (GALLAS; FONTANA, 2010; NEVES; SOUZA; MEDEIROS, et al, 2011). No entanto, autoras verificaram que a percepção de elevada carga de trabalho influenciou, positivamente, a adesão

às PP (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009). A explicação para esse achado seria considerar que a alta demanda de trabalho percebida pode estar associada à grande responsabilidade e concentração que, por sua vez, favoreceram a adesão às PP.

7.4 FATORES ORGANIZACIONAIS

O escore médio dos fatores organizacionais foi classificado como baixo ($M=3,37$, $\pm 1,07$), assim como cada um dos três fatores que pertencem a esse item, ou seja, treinamento em prevenção da exposição ocupacional, clima de segurança e disponibilidade de EPI.

Resultado semelhante foi encontrado por Piai-Morais (2015), em um hospital psiquiátrico, onde os fatores organizacionais apresentaram escore baixo com média de 2,61, e também todas as escalas dos fatores organizacionais apresentaram um escore médio baixo.

As práticas gerenciais e organizacionais determinam o ambiente de trabalho, e nesse sentido, autores apontam que essas práticas podem se constituir em barreiras que impedem e dificultam a adesão dos trabalhadores aos equipamentos de proteção. A percepção dessas barreiras, pelos trabalhadores, age como impedimento para a adoção dos comportamentos recomendados, gerando conflitos na tomada de decisão. A estrutura da organização deve colaborar e estimular a tomada de decisão para a adoção das medidas de proteção, minimizando e anulando as barreiras inerentes ao seu uso e às crenças dos trabalhadores. Isso se faz possível a partir da melhoria das condições de trabalho, e do envolvimento dos trabalhadores nos processos de decisão, elaboração e divulgação dos programas de prevenção e controle de infecção (NEVES; SOUZA; MEDEIROS, et al, 2011).

Ainda sobre a relevância dos fatores organizacionais, também verificada por Brevidelli e Cianciarullo (2009) em seus estudos, é fundamental que haja todo suporte estrutural na instituição para favorecer a adoção às PP, seja no suprimento e disponibilidade do EPI, seja na supervisão e feedback das práticas seguras, e especialmente nas políticas institucionais que apoiem a segurança.

No presente estudo, verificou-se a baixa percepção dos trabalhadores de enfermagem a respeito do incentivo e apoio organizacional para adoção das PP, incluindo o comprometimento da gerência com a segurança do trabalhador como valor da organização. Tanto os escores da Escala de Clima de Segurança quanto os relatos obtidos na etapa qualitativa apontaram essa problemática.

A correlação moderada e significativa entre a escala de Adesão às PP e Clima de segurança ($r = 0,325$; $p = 0,000$) indica a influência dessa percepção na adoção às PP, ou seja, quanto melhor a percepção do clima de segurança, melhor a adesão às PP.

O clima de segurança é considerado o componente mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de serem avaliados (CARVALHO et al, 2015). A percepção do clima de segurança está associada ao comportamento do trabalhador quanto a adesão às medidas de segurança, sendo quanto melhor o clima de segurança percebido, menor o número de notificações de lesões inerentes ao processo de trabalho (GERSHON *et al.*, 2000).

Verificou-se que algumas ações importantes na prevenção da exposição ocupacional como: envolvimento da alta gerência nas atividades de segurança; correção de práticas inseguras pelos supervisores; aplicação de medidas possíveis para reduzir tarefas e procedimentos perigosos, entre outras ações relevantes para o cuidado à saúde do trabalhador, obtiveram uma percepção não satisfatória pelos trabalhadores de enfermagem.

Nos depoimentos, os participantes também apontaram para necessidade de mais cobrança por parte da instituição, tanto pelas chefias imediatas quanto pela alta gerência. Esse foi um dos aspectos considerado de grande influência para estimular a adesão. Outro aspecto importante foi apontado com relação à necessidade de maior apoio para participação de todos os trabalhadores nas capacitações que já são oferecidas pela instituição. Além disso, a falta de uniformidade nas condutas com relação às PP, dentro das equipes multiprofissionais, também merece atenção, tendo em vista que a cobrança específica para apenas alguns membros da equipe, como para a equipe de enfermagem, gera insatisfação do trabalhador e desmotivação para o uso das precauções-padrão, segundo o relato dos participantes.

Investigação realizada com técnicos de enfermagem em hospital de médio porte trouxe relatos acerca da necessidade de atitudes da gerência de enfermagem, principalmente do enfermeiro responsável da unidade, no sentido de realizar mais atividades de orientação, educação, exemplo e também regulação e fiscalização para com os trabalhadores. Entretanto, os autores fazem a ressalva de que o enfermeiro é um profissional que também é passível de desatenção, assim como os outros membros da equipe, também está exposto aos riscos biológicos, e a condições inadequadas de trabalho. Essas proposições merecem ser refletidas em profundidade em investigações futuras (GALLAS; FONTANA, 2010).

A influência das relações e da comunicação entre as categorias profissionais, e dessas com a gerência, no que diz respeito às medidas de segurança dos trabalhadores foi um ponto marcante em estudo qualitativo realizado com trabalhadores de enfermagem. Os participantes

expressaram desmotivação para o uso dos EPIs em ambientes de trabalho onde as relações interpessoais não eram saudáveis. Além disso, relataram que o ambiente de trabalho, muitas vezes, impulsiona para o comportamento de risco, em função da falta de supervisão ou, até mesmo, pelo desejo de pertencer ao grupo, que leva o trabalhador a repetir os comportamentos equivocados predominantes dentro da equipe (NEVES; SOUZA; MEDEIROS, et al, 2011).

Autores apontam que, a partir do momento que a organização evidencia para os trabalhadores a preocupação quanto à aderência às práticas de segurança no trabalho, esses trabalhadores serão mais propensos a aderir a essas práticas. Nas organizações que possuem um forte clima de segurança, os trabalhadores sofrem menos acidentes, pois, além da influência positiva dos programas de segurança implantados, a existência desses programas por si só demonstra para os trabalhadores o compromisso da administração para com a segurança deles (GERSHON; STONE; ZELTER, et al.; 2007).

Ressalta-se que os resultados do presente estudo se limitaram a avaliação do clima de segurança em relação à adoção das PP percebida pelos trabalhadores de enfermagem, e não teve como objetivo analisar a percepção do clima de segurança pelos trabalhadores com cargos de gerência e, também, não foram gerados dados relativos às ações realizadas no serviço e às medidas preventivas adotadas pela instituição com relação a exposição ocupacional. Apesar disso, os dados evidenciados geram preocupação na medida em que podem denotar certa fragilidade de estrutura de apoio, suporte e incentivo, situação que influencia a adesão dos trabalhadores de enfermagem às PP, conforme os resultados apresentados.

Neves et al (2011) destaca que, a gerência do serviço tem a responsabilidade de manter o ambiente laboral de maneira que ele contribua para elevar a percepção individual e coletiva dos riscos. A diminuição de barreiras encontradas na prática vem como resultado de uma dinâmica de trabalho respeitosa e ética, e com o apoio gerencial que incentiva o trabalhador em direção à tomada de decisão para a proteção, dando respaldo moral e legal para isso. Dessa forma, não se pode pensar em intervenções voltadas somente para o indivíduo, sem considerar o contexto que interfere nesses comportamentos, que podem apoiar e direcionar os trabalhadores para uma perspectiva de maior autoproteção (NEVES; SOUZA; MEDEIROS, et al, 2011).

Outros estudos também evidenciaram um clima de segurança insatisfatório, onde a percepção do trabalhador sobre a segurança de seu ambiente de trabalho foi deficiente,

demonstrando ações gerenciais de apoio à segurança enfraquecidas (RIBEIRO; BREVIDELLI; TIPPLE, et al, 2013; PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, et al, 2013).

Autores apontam para a importância da participação dos trabalhadores no processo de treinamento e o desenvolvimento de um sentimento de responsabilidade com a segurança, não como um mecanismo de culpabilização e sim como um processo de reconhecimento de pertencimento de um determinado ambiente de trabalho em que todos são responsáveis pela segurança (SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012).

Com relação a disponibilidade de EPI, cerca de 30% dos participantes consideraram como adequada, e a maioria, cerca de 47%, consideraram a disponibilidade intermediária. Verificou-se correlação fraca, porém significativa, entre a escala de Adesão às PP e Disponibilidade de EPI ($r = 0,189$; $p = 0,000$), demonstrando, assim, que quanto maior percepção de disponibilidade de EPI, melhor a adesão às PP.

Outros estudos também verificaram escore intermediário para Disponibilidade de EPI, indicando que há falta de EPI ou que eles não estão facilmente acessíveis nas unidades (RIBEIRO; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, et al, 2013). Em estudo realizado em hospital psiquiátrico, verificou-se correlação de forte magnitude ($r=0,643$; $p=0,000$) entre a adesão às PP e disponibilidade de EPI, indicando que esse fator é relevante para promover a adoção das práticas de segurança (PIAI-MORAIS, 2015).

Na análise dos depoimentos foi possível entender com maior clareza essa questão, pois os participantes afirmaram que os equipamentos de uso mais rotineiro como luvas e aventais estão sempre disponíveis. Entretanto, alguns equipamentos mais específicos para necessidades de alguns locais diferenciados são mais escassos, o que pode comprometer a segurança em alguns procedimentos especiais. Além disso, os depoimentos trouxeram como de extrema relevância a organização dos EPI nos locais de trabalho, tendo em vista a necessidade de os mesmos estarem facilmente acessíveis ao trabalhador, no momento da execução dos procedimentos.

A legislação nacional prevê que o EPI, seja descartável ou não, deve estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma a garantir o imediato fornecimento ou reposição (BRASIL, 2005a). Gallas e Fontana (2010) ressaltam a importância de os EPIs estarem disponíveis no *locus* do trabalho para favorecer a adesão, gerando economia de tempo e prevenção efetiva. Os autores verificaram que, em um hospital de médio porte no sul do Brasil, os EPIs necessários eram fornecidos pela instituição, porém nem todos estavam disponíveis nas unidades, mas sim armazenados na farmácia hospitalar, o

que dificulta o seu uso frente a ocorrência da possível exposição (GALLAS; FONTANA, 2010).

A acessibilidade e disponibilidade dos EPIs foram relatadas por trabalhadores em estudo com realização de grupos focais, quando os participantes explicitaram que os EPI's dispostos em vários locais estratégicos das unidades facilitam e favorecem o seu uso. Por outro lado, quando existem dificuldades em relação à disponibilidade e ao acesso aos equipamentos de segurança, os trabalhadores relataram se sentirem desmotivados para utilização. Nesse sentido, destaca-se o papel da gerência na realização do controle e provisão desses equipamentos (NEVES; SOUZA; MEDEIROS, et al, 2011).

Como ponto positivo, as falas dos trabalhadores do presente estudo mencionam a presença de equipamentos com dispositivos de segurança para uso na instituição, o que contribuiu para a diminuição do número de acidentes de trabalho, segundo a percepção desses trabalhadores. Esse relato demonstra o esforço da instituição para se adequar ao que prevê a legislação, tendo em vista que a NR 32 determina que o empregador deve assegurar a implantação do uso de materiais perfuro-cortantes com dispositivo de segurança, da mesma forma que as empresas que produzem ou comercializam esses materiais devem disponibilizar a capacitação para o correto uso dos mesmos (BRASIL, 2005a).

O treinamento em prevenção da exposição ocupacional do HIV foi avaliado negativamente pelos trabalhadores de enfermagem do estudo. Apesar de 70% terem afirmado no questionário sócio demográfico e profissional que receberam treinamento no hospital, a análise da Escala de Treinamento em Prevenção demonstrou escores baixos, indicando que esse treinamento pode não ter suprido a necessidade de capacitar os trabalhadores quanto a esse assunto de maneira específica. Cerca de 11% dos participantes afirmaram que tiveram oportunidade de ser treinado adequadamente no uso de EPI para prevenção da exposição ao HIV e 15,9% afirmaram que são incentivados pelos chefes a assistir palestras sobre segurança.

Além disso, ter recebido treinamento sobre PP no hospital demonstrou correlação linear positiva e significativa com a adesão às PP, evidenciado a importância dessa estratégia para favorecer a adoção universal às PP. O grupo de trabalhadores que afirmou ter recebido treinamento no hospital apresentou escores de adesão às PP mais elevados quando comparado ao grupo que não recebeu o treinamento.

Também se verificou correlação moderada e significativa entre a escala de Adesão às PP e a Escala Treinamento em Prevenção da Exposição Ocupacional ($r = 0,308$; $p = 0,000$),

apontando para a associação dessa percepção com a adoção às PP, ou seja, quanto melhor a percepção quanto a treinamento recebido, melhor a adesão às PP.

Esses dados são corroborados pelas entrevistas realizadas, uma vez que os depoimentos evidenciaram que, apesar da instituição estar engajada em proporcionar educação aos trabalhadores de forma continuada, algumas questões ainda precisam ser aperfeiçoadas para que haja uma melhor adesão às práticas de segurança.

Em um estudo realizado em UTI, o item referente ao treinamento obteve escore intermediário, indicando também deficiência no que diz respeito a treinamentos específicos sobre infecções por via sanguínea e utilização de EPI (PEREIRA; MALAGUTI-TOFFANO; SILVA, et al, 2013).

Estudo experimental randomizado demonstrou diferenças significativas na adesão ao uso de EPI, durante os procedimentos de aspiração endotraqueal, realizados por enfermeiros de UTI. Enquanto o grupo experimental, que recebeu atividades educativas, aderiu ao uso de avental e óculos em 100% das atividades, o grupo controle (que não recebeu as atividades de educação) aderiu ao uso do óculos em 25% e ao avental em 87,5% das vezes (DAY; WAINWRIGHT; WILSON-BARNETT, 2001).

Com relação a capacidade que o treinamento tem para aumentar o nível de adesão às PP, destaca-se que essa questão está diretamente vinculada aos aspectos subjetivos do indivíduo. A subjetividade de cada um irá determinar como cada pessoa vai aplicar, no seu cotidiano, os conhecimentos adquiridos nos cursos de treinamento e capacitação. Dessa forma, as estratégias a serem utilizadas para compreensão e minimização do risco pelos trabalhadores devem envolver tanto o âmbito subjetivo como o coletivo, por meio da criação de instrumentos educacionais que contribuam, efetivamente, para a capacitação cotidiana dos trabalhadores. A criação de processos contínuos de aprendizagem podem ser mecanismos fundamentais para consolidação da conscientização desses trabalhadores (SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012).

Os achados da presente investigação, somando ao de tantas outras, aponta para necessidade de que as estratégias de educação permanente e continuada tenham como foco ampliado a compreensão dos trabalhadores sobre as PP, remetendo aos aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais dos indivíduos (MELO et al, 2006). A percepção reduzida de risco, bem como a percepção equivocada quanto a finalidade das PP são barreiras que precisam ser ultrapassadas para a promoção da adoção de todos os trabalhadores às medidas de segurança. Nesse sentido, a educação do trabalhador é o caminho capaz de interferir na

formação e na manutenção de atitudes coerentes com a prevenção e o controle das infecções nos serviços de saúde (MELLO et al, 2006).

A capacitação para o uso de EPI e EPC, bem como para o descarte adequado de materiais potencialmente infectados, deve ser periódica, com a intenção de melhorar a utilização desses equipamentos, reduzindo a exposição dos trabalhadores enquanto manuseiam fluídos sanguíneos e corporais (DORNELLES et al, 2016).

A abordagem utilizada nos programas de educação continuada também é um aspecto relevante para o sucesso que se pretende, ou seja, uma mudança na prática profissional. Autores destacam que um maior impacto pode ser alcançado quando as situações de risco são discutidas e explicadas, ao invés da simples transmissão de informações, nos moldes da pedagogia tradicional (ALMEIDA; TIPPLE; SOUZA, et al, 2009). A construção do conhecimento precisa ser baseada na vivência de experiências significativas, numa abordagem dialógica (ALMEIDA; TIPPLE; SOUZA, et al, 2009).

Brevidelli e Cianciarullo (2009), ao concluir um modelo explicativo de adesão às PP, verificaram que a percepção de obstáculos para seguir às PP foi um fator de influência para adesão e, por isso, sugerem que esses aspectos devam ser discutidos no treinamento realizado com os trabalhadores. Esse achado também foi verificado no presente estudo, sendo relevante considerar, como as autoras propõem, que durante a realização do treinamento, sejam desenvolvidas habilidades cognitivas, psicomotoras e comportamentais que venham a ajudar os trabalhadores a ultrapassar os obstáculos percebidos. Dessa forma, durante o treinamento, poderiam ser recriadas situações da prática clínica que, apesar das dificuldades, exigem a adoção das PP (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009)

Uma possibilidade para viabilizar que as estratégias educativas alcancem todos os trabalhadores, bastante utilizada pelas instituições públicas na área da saúde, é a utilização cada vez maior de mecanismos de educação à distância, que possibilita que os trabalhadores reciclem seus conhecimentos sobre segurança, promovendo o desenvolvimento de novas redes de solidariedade no ambiente laboral (SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, a adesão às PP esteve associada a fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais. Pode-se inferir que a adesão às PP é parcial entre os trabalhadores de enfermagem participantes do estudo, indicando que a mesma não ocorre em sua totalidade conforme o recomendado. Algumas ações importantes obtiveram escores de adesão muito abaixo do esperado, como uso de EPI, que inclui avental protetor, óculos e máscara descartável, além do uso de luvas para realizar punção venosa. Também foi verificado que o reencape de agulhas usadas ainda é realizado, apesar de não ser indicado.

Vários fatores que podem interferir na adesão às precauções padrão foram apresentados nesta investigação. Com relação aos fatores individuais, verificou-se que alguns aspectos necessitam ser aprimorados para promover a adesão às medidas preventivas. Dentre esses fatores, destaca-se a necessidade de aumentar a percepção de risco do trabalhador, rompendo com a naturalização/negação do risco, tendo em vista a relevância dessa percepção para promover a adoção de comportamentos seguros no trabalho.

Ainda com relação aos fatores individuais, constatou-se que a idade e ter recebido treinamento em PP no hospital relacionaram-se significativamente a adesão às precauções padrão. Esses achados podem balizar as ações educativas na instituição, direcionando as atividades para o aumento da adesão dentre os grupos que obtiveram piores resultados.

Com relação aos fatores relativos ao trabalho, alguns obstáculos para seguir as PP foram identificados e, por estarem relacionados à adesão às práticas de segurança, precisam ser superados com esforços conjuntos de trabalhadores e gestores. Entre os principais obstáculos apontados pelos trabalhadores estão a perda de destreza manual com a utilização de EPI, o desconforto em utilizar esses equipamentos, a priorização das necessidades do paciente em detrimento da segurança profissional, a pressa, entre outras questões.

Por fim, os fatores organizacionais também indicaram relação com a adesão dos trabalhadores. Nesse sentido, algumas ações institucionais podem ser aprimoradas para promoção das práticas de segurança como o envolvimento da gerência nas atividades de segurança; a correção das práticas inseguras pelos supervisores e a aplicação de medidas possíveis para redução de tarefas e procedimentos perigosos. Além disso, a disponibilidade e acessibilidade dos EPI's demonstraram ser relevantes para facilitar e promover o seu uso. Esses aspectos são relevantes para buscar promover um ambiente laboral onde a segurança seja uma prioridade de todos os atores envolvidos no processo de cuidado, ou seja, trabalhadores, gestores e pacientes.

A mudança de comportamento dos profissionais de saúde representa um grande desafio para os órgãos governamentais, os gestores e para os próprios trabalhadores. Sendo assim, algumas metas podem ser estipuladas para superação das dificuldades ora verificadas na presente investigação, entre elas: ampliar a percepção de risco dos profissionais da enfermagem; reduzir os obstáculos no uso das PP, seja por meio do adequado dimensionamento de pessoal e da melhoria das condições de trabalho; promover a capacitação permanente da equipe de enfermagem, com estratégias eficazes que levem a reflexão profunda e mudança de comportamento do trabalhador; ampliar a percepção dos trabalhadores com relação ao clima de segurança, por meio da consolidação de políticas institucionais voltadas para a segurança dos trabalhadores. No Quadro 4, a seguir, são apresentadas algumas sugestões de ações gerenciais para estimular a segurança como um valor organizacional.

Quadro 4 – Ações gerenciais sugeridas para promoção da adoção às PP

Ações Gerenciais	Detalhamento
Realizar treinamento contínuo Incentivar capacitação	Objetivo: aumentar percepção de risco e diminuir obstáculos Estabelecer periodicidade do treinamento (ex. cada 6 meses ou cada ano) Estabelecer horários para capacitação e revezamento de profissionais nas unidades Estratégias de ensino problematizadoras para estimular mudança de comportamento (p.ex. simulações realísticas)
Restruturação de ambientes	Adequar pias próximas a realização do cuidado ou introduzir álcool gel em unidades sem condição Disponibilizar todos EPIs necessários em todas as unidades (especialmente máscaras especiais e óculos) Disponibilizar dispositivos seguros, principalmente em unidades com maior uso de perfurocortantes
Instituir protocolos multiprofissionais de uso das PP durante atendimentos	Definir como os EPIs serão disponibilizados e usados durante atendimentos de emergência (p.ex. todos devem usar máscara especial caso paciente apresente tosse frequente) Incluir outros profissionais de saúde nesse processo (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas etc)

A Escala de Adesão às PP, por tratar-se de um instrumento autoaplicável, apresenta limitações para verificar a real adesão dos trabalhadores às precauções padrão. Buscou-se

aliar esse instrumento a outro método de investigação, a entrevista semiestruturada, acreditando-se que a combinação dessas técnicas contribuiu para identificar outros aspectos referentes aos fatores que interferem na adesão às PP na prática laboral dos profissionais de enfermagem.

Apesar das possíveis limitações, a Escala de Adesão às PP apresentou boa confiabilidade para a população estudada, e trata-se de um instrumento de fácil compreensão e aplicação. Dessa forma, sugere-se que ela possa ser utilizada rotineiramente no serviço de saúde para identificar os níveis de adesão às PP, especialmente nos itens mais problemáticos e que necessitam de maior aperfeiçoamento dentro da instituição, como o uso de alguns EPIs.

Sugere-se a realização de outras investigações de seguimento para avaliar a evolução da adoção às práticas de segurança, possivelmente com outras técnicas de coleta de dados, como por exemplo a observação, e com aprofundamento em aspectos específicos que demonstraram grande potencial para explicar o fenômeno estudado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. M.; CANINI, S. R. M. S.; REIS, R. K.; *et al.* Seguimento clínico de profissionais e estudantes da área da saúde expostos a material biológico potencialmente contaminado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 261-266, 2015.

ALMEIDA, A. N. G.; TIPPLE, A. F. V.; SOUZA, A. C. S., et al. Risco biológico entre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 595-600, out/dez 2009.

ANTUNES, R. (org.). **A dialética do trabalho**. Escritos de Marx e Engels. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

Anuário Brasileiro de Proteção. Seção Estatísticas. 2010. Disponível em: <<http://www.segurancaotrabalho.eng.br/estatisticas/estacidmundo.pdf>>. Acesso em: 09/04/2015.

ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Prefácio da Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BOTTARO, B. B.; PEREIRA, F. M. V.; REINATO, L. A. F.; et al. Adesão às precauções padrão pelos profissionais de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 3, p. 1137-1142, 2016.

BRAND, C.I.; FONTANA, R.T. Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 1, p. 78-84, Fev. 2014 .

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 1-59.

_____, MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. NR32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. **Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005**. 2005a Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentado_ras/nr_32.pdf

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Biossegurança. Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saude Publica**. v.39, p.989-991, 2005b.

_____, MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. NR6 – Equipamentos de Proteção Individual. **Portaria nº 194 de 22 de dezembro de 2006**. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_06.pdf

_____, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de

Serviços Hospitalares (EBSERH). Ministério da Educação, Brasília – DF, 15 de dezembro de 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico: Hepatite e HIV**. Brasília; 2000.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. **Rev Saúde Pública**. v.43, n.6, p.907-916, 2009.

CARVALHO, P. A.; GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M., et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015.

CAVALCANTE, C. A. A.; CAVALCANTE, E. F. O.; MACÊDO, M. L. A. F. *et. al.* Acidentes com material biológico em trabalhadores. **Rev Rene**. v.14, n.5, p.971-979, 2013.

CDC. Center for Disease Control. **Isolation Techniques for use in hospital**. Washignton DC, 1986.

CIRELLI, M. A.; FIGUEIREDO, R. M.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Adesão às precauções padrão no acesso vascular periférico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, [03 telas], 2007.

COSTA, I. K. F.; FARIAS, G. M.; GURGEL, A. K. C.; et al. Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre precaução padrão. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 85-90, jan/mar 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução: Magda Lopes. 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

DAY, T.; WAINWRIGHT, S.P.; WILSON-BARNETT, J. An evaluation of a teaching intervention to improve the practice of endotracheal suctioning in intensive care units. **J ClinNurs**, v. 10, p. 682-96, 2001.

DEJOY, D. M.; MURPHY, L. R.; GERSHON, R. R. M. The influence of employee, job/task, and organizational factors on adherence to universal precautions among nurses. **Intern J Ind Ergon**, v. 16, n. 1, p. 43-55, 1995.

DORNELLES, C.; CARVALHO, L. A.; THOFEHRN, M. B.; et al. Exposição de profissionais de saúde ao material biológico: estudo no ambiente hospitalar. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 64-75, 2016.

EFSTATHIOU, G.; PAPASTAVROU, E.; RAFTOPOULOS, V.; et al. Compliance of Cypriot nurses with Standard Precautions to avoid exposure to pathogens. **Nursing and Health Sciences**, v. 13, p. 53-59, 2011.

FERREIRA, R. C.; MARTINS, A. M. E. B. L.; MOTA, D. L.; et al. Uso de equipamentos de proteção individual entre cirurgiões dentistas de Montes Claros, Brasil. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 2, p. 88-97, abr/jun 2010.

FERREIRA, M. D.; PIMENTA, F. R.; FACCHIN, L. T.; et al. Subnotificação de acidentes biológicos pela enfermagem de um hospital universitário. **Ciencia Y Enfermeria**, v. XXI, n. 2, p. 21-29, 2015.

FILHO, J. M. J.; VILELA, R. A. G.; GARCIA, E. G.; et al. Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito de ato inseguro. Editorial. **Rev. Bras. Saúde ocup.**, v. 38, n. 127, São Paulo, jan./jun. 2013.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FROTA, O. P.; FERREIRA, A. M.; LOUREIRO, M. D. R.; et al. O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. esp. 1, p. 624-630, dez. 2012.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a equipe de enfermagem na unidade de cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 5, p. 786-792, set/out 2010.

GALON, T.; MARZIALE, M. H.P.; SOUZA, W. L. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes biológicos. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.1, p. 160-167, jan-fev 2011.

GARCEZ, R. M. (tradução). **As melhores práticas de enfermagem – procedimentos baseados em evidências**. 2ed. Artmed: São Paulo. 2010. 640p.

GERSHON, R. R. M.; KARKASHIAN, C. D.; GROSCHE, J. W.; et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. **Am J Infect Control**, v. 28, n. 3, p. 211-221, 2000.

GERSHON, R.R.; STONE, P.W.; ZELTSER, M.; FAUCETT, J.; MACDAVITT, K.; CHOU S.S. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. **Ind Health**, v. 45, n. 5, 2007.

GOMES, F. P.; ARAUJO, R. M. Pesquisa Quanti-Qualitativa em Administração: uma visão holística do objeto em estudo. In: Seminário em Administração FEA-USP, 8, 2005, São Paulo. **Anais eletrônicos**. São Paulo: USP, 2005. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/152.pdf>> Acesso em: 12/04/2015.

GUIMARÃES, A. L. O.; FELLI, V. E. A. Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 3, p. 507-514, 2016.

KOERICH, M. S.; SOUSA, F. G. M. de; SILVA, C. R. L. D. da; et al. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.5, n.3, 2006.

LEE, R. Occupational transmission of bloodborne diseases to healthcare workers in developing countries: meeting the challenges. **J Hosp Infect**, v. 72, n. 4, p. 285-291, 2009.

LUCENA, N. O.; PEREIRA, F. R.; BARROS, F. S.; et al. Infecção pelo HIV-1 após acidente ocupacional, no Estado do Amazonas: primeiro caso documentado. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 5, p. 646-647, Set/Out 2011.

LUIZ, O. C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2339-2348, 2006.

LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L.; SCHWENGBER, A. I.; et al. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em foco**, v. 1, n.2, p. 73-76, 2010.

MACHADO, M. H.; FILHO, W. A.; LACERDA, W. F.; et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1, p. 11-17, 2015.

MALAGUTI-TOFFANO, S. E.; SANTOS, C. B. dos; CANINI, S. R. M. S.; et al. Adesão as precauções-padrão de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.3, p.401-407, 2012.

MELO, D. S.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; et al. Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia – GO. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5, [08 telas], set/out 2006.

MENDONÇA, K. M.; TIPPLE, A. F. V.; SOUSA, A. C. S.; PEREIRA, M. S.; RAPPARINI, C. Acidentes com material biológico em serviços de urgência e emergência. **Ciencia y enfermeria**, v. XX, n. 2, p. 65-71, 2014.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo (RESENHA). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1953-1957, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, É. J. P. de; STANCATO, K. Riscos à Saúde de Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Proposta de Abordagem Integral da Saúde. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.20, n.1, p.68-76, 2008.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 10 ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2013.

MOZAEHI, N. **O Hospital: Manual do ambiente hospitalar**. 2. Ed. Curitiba: Os Autores, 2005.

NAVARRO, M. B. M.; CARDOSO, T. A. O. Biossegurança e a dimensão subjetiva do trabalho e do risco. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 941-952, 2009.

NEVES, H. C. C.; SOUZA, A. C. S.; MEDEIROS, M.; et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, [08 telas], 2011.

NEVES, H. C. C.; SOUZA, A. C. S.; BARBOSA, J. M.; et al. O uso de equipamentos de proteção individual por profissionais em unidades de endoscopia. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.61-66, jan-mar 2010.

OLIVEIRA, J. D. S.; FERREIRA, A. A. A.; COSTA FEITOSA, M. S.; et al. Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1. p. 99-105, mar 2009.

PAIVA, M. H. R. S.; OLIVEIRA, A. C. Conhecimento e atitudes de trabalhadores de um serviço público de emergência sobre adoção de precaução padrão. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 4, p. 704-710, jul/ago 2011.

PENTEADO, M.S.; OLIVEIRA, T.C. Infraestrutura de biossegurança para agentes biológicos em hospitais do sul do Estado da Bahia, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 5, p. 699-705, 2010.

PEREIRA, F. M. V.; MALAGUTI-TOFFANO, S. E.; SILVA, A. M.; et al. Adesão às precauções –padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. **Rev. Esc Enferm. USP**, v. 47, n. 3, p. 686-693, 2013.

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. **Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS**, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, p. 527-528, 2008.

PIAI-MORAIS, T. H.; ORLAND, F. S.; FIGUEIREDO, R. M. Fatores que influenciam a adesão às precauções-padrão entre profissionais de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 3, p. 478-485, 2015.

PIMENTA, F. R.; FERREIRA, M. D.; GIR, E., et al. Atendimento e seguimento clínico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 198-204, 2013.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **R. Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

PHILLIPS, L.D. **Manual de terapia intravenosa**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2001

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, M. F. S. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. **Cad Saúde Trab** [periódico na internet]. 2000 [acesso em 25 set 2015] Disponível em: <http://normasregulamentadoras.files.wordpress.com/2008/06/riscos_trabalho.pdf>

RIBEIRO, F. M. V.; MALAGUTI-TOFFANO, S. E.; SILVA, A. M.; et al. Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 686-693, 2013.

RIBEIRO, P. H. V.; BREVIDELLI, M. M.; TIPPLE, A. F.V.; et al. Clima de segurança organizacional e a adesão às precauções padrão entre dentistas. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 192-197, 2013.

RIBEIRO, L. C. M.; SOUZA, A. C. S.; NEVES, H. C. C.; et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. **Cienc Cuid Saude**, v.9, n.2, p.325-332, abr-jun 2010.

ROSETTI, K. A. G.; TRONCHIN, D. M. R. Avaliação da conformidade da prática assistencial de manutenção do cateter temporário duplo lúmen para hemodiálise. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 129-135, 2014.

SANTANA, L. L.; SARQUIS, L. M. M.; MIRANDA, F. M. A.; et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 30-39, fev. 2016.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online]., v. 61, n.4, p. 441-446, 2008.

SANTOS, T. S.; **Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social.** Sociologias, Porto Alegre, n. 22, dez. 2009.

SANTOS, N. J. S.; MONTEIRO, A. L. C.; RUIZ, E. A. C. The first case of AIDS due to occupational exposure in Brazil. **Braz J Infec Diz**, v. 6, n. 3, p. 140-141, Jun 2002.

SIEGEL, J. D.; RHINEHART, E.; JACKSON, M.; et al. **The Healthcare Infection Control Practices Advisor y Committee**, 2007. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>> Acesso em: 08/04/2015.

SILVA, G. S.; ALMEIDA, A. J.; PAULA, V. S.; et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução-padrão por profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 103-110, Mar. 2012.

SILVA, A. M. **Fatores individuais, laborais e organizacionais associados à adesão às precauções-padrão de profissionais de enfermagem em uma instituição privada.** Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2011.

SILVA, E. J.; LIMA, M. G.; MARZIALE, M. H. P. O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.65, n.5, p.809-814, set-out 2012.

SILVA, G. S.; ALMEIDA, A. J.; PAULA, V. S.; et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução-padrão por profissionais de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 103-110, jan/mar 2012.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (organizadores). **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.

TIPPLE, A. F. V.; AGULIARI, H. T.; SOUZA, A. C. S.; et al. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 4, p. 441-448, Out/Dez 2007.

VALLE, A.; MOURA, M. E. B.; NUNES, B. M. V. T.; et al. A Biossegurança sob o olhar de Enfermeiros. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.361-367, 2012.

VALIM, M.D.; MARZIALE, M.H.P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Texto & contexto enferm**, v. 20, n. esp, 2011. [acesso em 2016 OUT 2]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nsp e/v20nspea18.pdf>

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P.; HAYASHIDA, M.; RICHART-MARTÍNEZ, M. Ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros. **Acta Paul Enferm**. v. 27, n. 3, p. 280-286, 2014.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. Analysis of acidentes with organic material in health workers. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 332-339, 2011.

VILELA, R. A. G.; IGUTI, A. M.; ALMEIDA, I. M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 570-579, 2004.

VOIDE, C.; DARLING, K. E. A.; KENFAK-FOGUENA, A.; et al. Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss University Hospital. **Swiss Med Wkly**, v. 42, n. 13523, p. 1-7, 2012.

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergência. **Rev. Bras. Enferm**, v.59, n.1, p.41-46, jan-fev 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –
PESQUISA QUALITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra Silviamar Camponogara

Título do Projeto: Adesão as precauções padrão por trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário

Eu, _____ RG _____,

confirmando que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo realizado. Compreendi que:

- seu objetivo consiste em: Analisar os riscos ocupacionais e relacioná-los à adesão as precauções padrão de trabalhadores de enfermagem do [REDACTED].
- não sou obrigado (a) a participar da pesquisa. Depois de minha autorização, se quiser desistir a minha vontade (liberdade) será respeitada, em qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer represálias atuais ou futuras. A minha decisão em não participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento será respeitada sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- será realizada uma entrevista, a qual será gravada em um gravador digital e, posteriormente digitada (transcrita), sendo guardada por cinco anos em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, após este período, os dados serão destruídos. Caso eu não deseje que seja gravada a entrevista, a minha vontade será respeitada;

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria -7o andar -Sala 702
Cidade Universitária -Bairro Camobi, Cep: 97105-900 -Santa Maria -RS
Tel.: (55)32209362 -Fax:(55)32208009 -E-mail:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

-a pesquisa não apresenta nenhum risco físico, porém as questões da entrevista podem mobilizar sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos, os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários;

- os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhorias no processo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem, já que serão identificados os fatores relacionados à adesão as medidas de proteção dos trabalhadores de enfermagem que servirão para orientar os gestores quanto às facilidades e/ou dificuldades para aderir a tais medidas.

- ao fim desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados. Terei acesso a essas informações, mas sei que na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá, pois receberei um código (por exemplo, E1, T2, A3...). Assim, ninguém poderá descobrir quem eu sou, o que protege a minha identidade e privacidade;

- este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos à adesão as medidas de proteção relacionadas à assistência de saúde prestada ao paciente.

- compreendi que a pesquisa não acarretará em custo adicional ou benefício financeiro;

- caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei;

- se eu tiver dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar para a pesquisadora responsável, professora Silviamar Camponogara (55) 32208263.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando a autora principal do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria -7o andar -Sala 702

Cidade Universitária -Bairro Camobi, Cep: 97105-900 -Santa Maria -RS

Tel.: (55)32209362 -Fax:(55)32208009 -E-mail:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria/RS ____, _____ de 2015.

Nome do participante: _____.

Assinatura: _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____.

Também se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria -7o andar -Sala 702
Cidade Universitária -Bairro Camobi, Cep: 97105-900 -Santa Maria -RS
Tel.: (55)32209362 -Fax:(55)32208009 -E-mail:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –
PESQUISA QUANTITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra Silviamar Camponogara

Título do Projeto: Adesão as precauções padrão por trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário

Eu, _____ RG _____,

confirmando que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo realizado. Compreendi que:

- seu objetivo consiste em: Analisar os riscos ocupacionais e relacioná-los à adesão as precauções padrão de trabalhadores de enfermagem do [REDACTED].
- não sou obrigado (a) a participar da pesquisa. Depois de minha autorização, se quiser desistir a minha vontade (liberdade) será respeitada, em qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer represálias atuais ou futuras. A minha decisão em não participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento será respeitada sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- será aplicado um questionário contendo dois instrumentos de avaliação, que serão guardados por cinco anos em um armário de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, após este período, os dados serão destruídos;

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria -7o andar -Sala 702

Cidade Universitária -Bairro Camobi, Cep: 97105-900 -Santa Maria -RS

Tel.: (55)32209362 -Fax:(55)32208009 -E-mail:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

- a pesquisa não apresenta nenhum risco físico, porém as questões do questionário podem mobilizar sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos. Os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários;
- os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhorias no processo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem, já que serão identificados os fatores relacionados à adesão as medidas de proteção dos trabalhadores de enfermagem que servirão para orientar os gestores quanto às facilidades e/ou dificuldades para aderir a tais medidas.
- ao fim desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados. Terei acesso a essas informações, mas sei que na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá, pois receberei um código (por exemplo, E1, T2, A3...). Assim, ninguém poderá descobrir quem eu sou, o que protege a minha identidade e privacidade;
- este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos à adesão as medidas de proteção relacionadas à assistência de saúde prestada ao paciente.
- compreendi que a pesquisa não acarretará em custo adicional ou benefício financeiro;
- caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei;
- se eu tiver dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar para a pesquisadora responsável, professora Silviamar Camponogara (55) 32208263.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando a autora principal do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria -7o andar -Sala 702
Cidade Universitária -Bairro Camobi, Cep: 97105-900 -Santa Maria -RS
Tel.: (55)32209362 -Fax:(55)32208009 -E-mail:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria/RS ____, _____ de 2015.

Nome do participante: _____.

Assinatura: _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____.

Também se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria -7o andar -Sala 702
Cidade Universitária -Bairro Camobi, Cep: 97105-900 -Santa Maria -RS
Tel.: (55)32209362 -Fax:(55)32208009 -E-mail:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

APÊNDICE C - IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS E ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Título do projeto de pesquisa: Adesão as precauções padrão por trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário

Data: ____/____/____

Número da entrevista: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Iniciais do nome: _____ **Idade:** _____ anos **Procedência:** _____

Sexo: () Feminino () Masculino **Filhos:** () sim () não

Estado civil: () Casado/com companheiro () Solteiro/sem companheiro () viúvo/divorciado

Profissional: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Auxiliar de enfermagem

Ano de formação: _____ anos _____ meses **Unidade de trabalho:** _____

Vínculo: () CLT () estatutário **Carga horária na instituição:** ____ horas

Tempo de serviço na instituição: _____

Tempo de serviço na unidade: _____

Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado

Possui outro emprego: () sim () não

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- O que você entende por risco ocupacional?
- Você acredita que seu trabalho oferece riscos ao trabalhador de enfermagem? Se sim, o que você pensa sobre esses riscos? ou Manifeste sua opinião sobre isso. Se não, por quê?
- Com base no seu trabalho a quais riscos você se considera mais exposto?
- Em sua opinião, qual desses riscos você considera mais presente no seu cotidiano de trabalho?
- Como você se percebe em relação a esses riscos? Que medidas podem ser utilizadas para evitá-lo?
- Como você percebe o uso dessas medidas no seu ambiente de trabalho?
- Você identifica algum fator que facilite e/ou dificulte a utilização dessas medidas?
- Que fatores individuais, relacionados aos trabalhadores, você acredita que pode influenciar no uso ou não de medidas de proteção?

- Que fatores relacionados ao seu setor de trabalho você acredita que pode influenciar no uso ou não de medidas de proteção?

- Como você percebe a atuação da instituição em relação as medidas de proteção?

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E
PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

A. Dados de Identificação	Codificação
1 N° de identificação do trabalhador	A1:
2 Nome _____	A2:
B. Dados Sociodemográficos	
1 Idade:	B1:
2 Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	B2:
3 Estado Civil: (1) Casado/com companheiro (2) Solteiro/sem companheiro (3) viúvo/divorciado	B3:
4 Tem filho: (1)sim (2)não	B4:
5 Procedência: (cidade de origem):	B5:
C. Dados profissionais	
1 Categoria profissional: (1) enfermeiro (2)técnico (3) auxiliar	C1:
2 Ano de formação:	C2:
3 Tempo de atuação na enfermagem:	C3:
3 Unidade de trabalho:	C4:
4 Vínculo: (1) CLT (2) estatutário	C5:
5 Carga horária na instituição:	C6:
6 Tempo de serviço na instituição:	C7:
7 Tempo de serviço na unidade:	C8:
8 Pós-graduação: (1) especialização (2) mestrado (3) doutorado	C9:
9 Possui outro emprego: (1) sim (2) não	C10:
10 Recebeu treinamento em PP no [REDACTED]? (1) sim (2) não	C11:
11 Se sim: (1) admissional (2) periodicamente (3) ambos	C12:

APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: Adesão as precauções padrão por trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem – Universidade federal de Santa Maria (UFSM) – Programa de Pós-Graduação em enfermagem (PPGEnf).

Telefone para contato: 3220-8263

Local da coleta de dados: Hospital Universitário [REDACTED]/RS.

A pesquisadora do presente projeto se compromete em preservar a privacidade dos participantes envolvidos, cujos dados serão coletados por meio de gravação das entrevistas, em local seguro e previamente agendado, e aplicação de questionários, durante os meses de julho de 2015 a março de 2016. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgadas de forma anônima, sendo mantidas em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos.

XXXXXXXX,de..... de 2015.

.....

Silviamar Camponogara

CI 8043999096

COREN 58899

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE VARIÁVEIS RELATIVAS AS PRECAUÇÕES PADRÃO (PP)

Secção II

Indique com que frequência você realiza as seguintes ações em seu trabalho. Por favor, circule sua resposta.

	1	2	3	4	5
	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Descarta objetos perfurocortantes em recipientes próprios	1	2	3	4	5
2. Trata todos os pacientes como se estivessem contaminados pelo HIV	1	2	3	4	5
3. Segue as precauções-padrão (PP) com todos os pacientes seja qual for seu diagnóstico	1	2	3	4	5
4. Lava as mãos após retirar luvas descartáveis	1	2	3	4	5
5. Usa avental protetor quando há possibilidade de sujar as roupas com sangue ou outras secreções	1	2	3	4	5
6. Usa luvas descartáveis quando há possibilidade de contato com sangue ou outras secreções	1	2	3	4	5
7. Usa óculos protetor quando há possibilidade de respingar os olhos com sangue ou outras secreções	1	2	3	4	5
8. Usa máscara descartável quando há possibilidade de respingar a boca com sangue ou outras secreções	1	2	3	4	5
9. Limpa imediatamente com desinfetante todo derramamento de sangue ou de outras secreções	1	2	3	4	5
10. Manipula com cuidado bisturis ou outros objetos perfurocortantes	1	2	3	4	5
11. Reencapa agulhas usadas	1	2	3	4	5
12. Usa luvas para puncionar veia de pacientes	1	2	3	4	5
13. Considera contaminados todos os materiais que estiveram em contato com saliva de pacientes	1	2	3	4	5

Por favor, indique o grau com que você concorda ou discorda das afirmações seguintes. Circule sua resposta

	1	2	3	4	5
	Concordo totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo totalmente
1. Eu prefiro uma vida excitante, imprevisível	1	2	3	4	5
2. Eu gosto de assumir riscos em minha vida	1	2	3	4	5
3. Às vezes, faço coisas perigosas só por emoção	1	2	3	4	5
4. Eu prefiro experiências novas e excitantes, mesmo que elas sejam perigosas	1	2	3	4	5

Secção III

Por favor, responda as seguintes questões sobre precauções-padrão (PP) no seu local de trabalho. Circule sua resposta

	1	2	3	4	5
	Concordo totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo totalmente
1. Não consigo me acostumar com o uso de equipamento de proteção na realização de algumas tarefas	1	2	3	4	5
2. Se eu usar luvas descartáveis, estarei me protegendo da contaminação pelo HIV	1	2	3	4	5
3. Existe alto risco de me picar com uma agulha contaminada no trabalho	1	2	3	4	5
4. As PP não permitem que eu faça meu trabalho da melhor forma	1	2	3	4	5
5. Com frequência, o acúmulo de atividades diárias interfere na minha capacidade de seguir as PP	1	2	3	4	5
6. Na minha unidade de trabalho, a adesão de funcionários às recomendações das PP faz parte da avaliação de desempenho	1	2	3	4	5
7. Eu posso diminuir o risco de me contaminar com o HIV no trabalho se eu seguir as PP	1	2	3	4	5
8. Nem sempre posso seguir as PP, pois as necessidades de meus pacientes vêm em primeiro lugar	1	2	3	4	5
9. O risco de me contaminar com o HIV no trabalho é baixo	1	2	3	4	5
10. Às vezes, não há tempo suficiente para usar as PP	1	2	3	4	5
11. Os funcionários são comunicados quando não seguem as PP	1	2	3	4	5
12. Seguir as recomendações das PP torna meu trabalho mais difícil	1	2	3	4	5
13. No meu trabalho, estou exposto à contaminação pelo HIV	1	2	3	4	5
14. Meu supervisor me apóia no uso das PP	1	2	3	4	5
15. Se as PP forem seguidas com todos os pacientes, meu risco de contrair HIV/AIDS é muito baixo	1	2	3	4	5

Secção IV

Por favor, responda as seguintes questões sobre seu local de trabalho. Circule sua resposta

	1	2	3	4	5
	Concordo totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo totalmente
1. Neste hospital, funcionários, supervisores e gerentes agem em conjunto para garantir condições mais seguras de trabalho	1	2	3	4	5
2. A prevenção da exposição ocupacional ao HIV é prioridade da gerência neste hospital	1	2	3	4	5
3. Meu hospital oferece treinamento específico sobre infecções transmitidas por via sanguínea	1	2	3	4	5
4. Todos os equipamentos e materiais necessários para evitar meu contato com o HIV estão disponíveis e facilmente acessíveis	1	2	3	4	5
5. Neste hospital, todas as medidas possíveis são tomadas para reduzir tarefas e procedimentos perigosos	1	2	3	4	5
6. Eu tive oportunidade de ser treinado adequadamente no uso de equipamentos de proteção individual para me proteger da exposição ao HIV	1	2	3	4	5
7. Neste hospital, práticas inseguras de trabalho são corrigidas pelos supervisores	1	2	3	4	5
8. Neste hospital, a alta gerência se envolve pessoalmente nas atividades de segurança	1	2	3	4	5
9. Neste hospital, existe um comitê de segurança	1	2	3	4	5
10. Sinto-me à vontade para notificar violações das normas de segurança neste hospital	1	2	3	4	5
11. Meu supervisor preocupa-se com minha segurança no trabalho	1	2	3	4	5
123. Na minha unidade, os chefes incentivam os funcionários a assistir palestras sobre segurança	1	2	3	4	5
13. Neste hospital, práticas inseguras são corrigidas pelos colegas	1	2	3	4	5
14. Minha unidade de trabalho possui todos os equipamentos e materiais necessários para eu me proteger da exposição ao HIV	1	2	3	4	5
15. Os funcionários são ensinados a estarem alertas e reconhecerem riscos potenciais à saúde no trabalho	1	2	3	4	5

Secção V

O HIV pode ser transmitido a profissionais de saúde ao....

	1	2	3	4	5
	Concordo totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo totalmente
1. Fazer curativos em pessoa portadora do HIV sem utilizar luvas	1	2	3	4	5
2. Puncionar veia de pessoa portadora do HIV sem usar luvas	1	2	3	4	5
3. Ter a boca ou os olhos respingados com sangue ou outras secreções de paciente portador do HIV	1	2	3	4	5
4. Ter contato com sangue HIV positivo em mãos ressecadas ou rachadas	1	2	3	4	5
5. Ter se espetado ou se cortado com objetos perfurocortantes contaminados com sangue ou outras secreções	1	2	3	4	5
6. Fazer respiração boca-a-boca em paciente portador do HIV sem usar dispositivo protetor	1	2	3	4	5
7. Pressionar local de sangramento de paciente portador do HIV sem usar luvas	1	2	3	4	5

Por favor, indique com que frequência os seguintes aspectos são exigidos no seu trabalho

	1	2	3	4	5
	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Com que frequência seu trabalho exige que você seja rápido?	1	2	3	4	5
2. Com que frequência é exigido que você trabalhe duro?	1	2	3	4	5
3. Com que frequência existe muito trabalho a ser feito?	1	2	3	4	5

ANEXO B – Parecer do comitê de ética em pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Adesão as precauções padrão por trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário

Pesquisador: SILVIAMAR

CAMPONOGARA **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 45318815.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.106.936

Data da Relatoria: 29/06/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado ao Departamento de Enfermagem.

Apresenta como objeto de estudo os fatores individuais, os relativos ao trabalho e os organizacionais, relacionados à adesão as precauções padrão de trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário [REDACTED]. Caracteriza-se como um estudo observacional, analítico, transversal, com abordagem metodológica quali-quantitativa. A presente investigação será realizada no Hospital Universitário [REDACTED] no período de agosto de 2015 a março de 2016. A população da pesquisa serão os 873 trabalhadores de enfermagem deste cenário - enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar em enfermagem - que atuam em unidades de atendimento ao paciente.

Para a coleta de dados serão utilizados a entrevista semiestruturada e um questionário de pesquisa contendo dois instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos e profissionais dos trabalhadores de enfermagem e Instrumento de variáveis relativas as precauções padrão.

A análise dos dados qualitativos será por meio da análise de conteúdo proposto por Bardin, e a

análise dos dados quantitativos será realizada no programa PASW Statistics versão 18.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: analisar os fatores individuais, os relativos ao trabalho e os organizacionais, relacionados à adesão as precauções padrão de trabalhadores de enfermagem do [REDACTED].

Objetivos Específicos:

- Caracterizar os trabalhadores de enfermagem do [REDACTED] quanto às características sociodemográficas e profissionais;
- Conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem do [REDACTED] sobre riscos ocupacionais, bem como sobre a adesão as precauções padrão;
- Descrever os fatores individuais, os relativos ao trabalho e os organizacionais que interferem na adesão as precauções padrão;
- Relacionar os fatores individuais, os relativos ao trabalho e os organizacionais com a adesão as precauções padrão dos trabalhadores de Enfermagem do [REDACTED].

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: poderá ocorrer algum desconforto. Caso ocorra, a coleta de dados será interrompida e o pesquisador, em um primeiro momento, oferecerá apoio emocional. Entretanto, persistindo o abalo, este será encaminhado para o Serviço de Psicologia da instituição conforme acordado durante o contato para autorização do estudo.

Benefícios: referem melhorias no processo de trabalho da enfermagem no local do estudo relacionado às precauções padrão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 15 de Junho de 2015

**Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)**