



Online Brazilian Journal of Nursing

E-ISSN: 1676-4285

objn@enf.uff.br

Universidade Federal Fluminense
Brasil

Meimei Brevidegli, Maria; Iwanow Cianciarullo, Tamara
Níveis de adesão às precauções-padrão entre profissionais médicos e de enfermagem
de um hospital universitário
Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 5, núm. 1, 2006, pp. 106-115
Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361454001014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA**



Artigos Originais

Níveis de adesão às precauções-padrão entre profissionais médicos e de enfermagem de um hospital universitário

Maria Meimei Brevideili,
Tamara Iwanow Cianciarullo

RESUMO

Como medida de prevenção primária da exposição ocupacional a material biológico, a adesão às precauções-padrão (PP) é de extrema importância para o controle dos riscos ocupacionais. O objetivo deste estudo foi analisar os índices de adesão relatados por profissionais médicos e de enfermagem. Uma amostra de profissionais médicos e de enfermagem, de um hospital universitário, foi questionada quanto à frequência com que utilizava as PP. Foi utilizado um questionário com escala do tipo Likert. Para análise dos dados, foram calculados os escores médios dos itens da escala. As recomendações relacionadas à “manipulação e descarte de OPC”, “lavagem de mãos após retirar luvas” e “uso de luvas quando houver possibilidade de contato com sangue” atingiram altos níveis de adesão. Os profissionais de enfermagem relataram níveis de adesão significativamente maiores do que os médicos a quatro recomendações das PP. Os resultados evidenciaram a necessidade de inclusão dos médicos no treinamento institucional sobre precauções-padrão.

Descritores: precauções-padrão; exposição ocupacional; prevenção e controle; riscos biológicos.

INTRODUÇÃO

A exposição ocupacional a material biológico é uma das questões mais proeminentes na área de Segurança Ocupacional, pois coloca o profissional de saúde em risco de adquirir infecções transmitidas por via sanguínea. Dentre essas infecções, as mais preocupantes são a AIDS, a hepatite B e a hepatite C.

A magnitude desse problema pode ser avaliada ao se observar dados estatísticos. Desde a implantação do sistema de vigilância de acidentes ocupacionais com materiais biológicos, a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro registrou a ocorrência de 10.000 acidentes com material biológico em 270 serviços de saúde, no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2001⁽¹⁾. A “Rede de Informações para Prevenção de Exposições Ocupacionais” [EPINet – Exposure Prevention Information Network], uma base de dados eletrônica que coleta informações em 64 hospitais nos Estados Unidos e em outros países desde 1992, registrou a ocorrência de mais de 7000 exposições percutâneas e 3000 exposições mucocutâneas em apenas dois anos⁽²⁾.

Diversos estudos apontam a majoritária incidência de exposições percutâneas. O Serviço de Controle e Prevenção de Infecções do Hospital São Paulo registrou, em um período de seis anos, a ocorrência de 1300 acidentes com material biológico, 90% ferimentos com agulhas⁽³⁾. Anualmente, estima-se que ocorram cerca de 385.000 acidentes percutâneos em instituições hospitalares nos Estados Unidos, a maioria delas causadas por agulhas utilizadas para administrar medicação, retirar sangue e para obter um acesso vascular⁽⁴⁻⁶⁾.

Na década de 80, os primeiros relatos de contaminação de profissionais de saúde com o HIV tornou mais preocupante a questão dos riscos ocupacionais associados a material biológico. Após um acidente percutâneo, contendo sangue

contaminado com o HIV, o risco de contaminação é de 0,3%, isto é, um para cada 300 lesões⁽⁷⁾. Em todo o mundo já existem 99 casos confirmados de contaminação ocupacional pelo HIV, segundo dados recentes divulgados pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças [CDC, USA]. Até junho de 2000, profissionais americanos constituíam 66% deste total, com 56 casos confirmados, 46 deles após um acidente percutâneo⁽⁷⁾. No Brasil, órgãos governamentais de saúde apontam, até setembro de 2001, um caso confirmado e três possíveis de contaminação ocupacional do HIV após acidente percutâneo⁽⁸⁾.

É difícil explicar a despreocupação com as exposições ocupacionais a sangue e outros fluidos orgânicos antes do surgimento da AIDS, uma vez que o risco de contaminação com vírus da Hepatite B (HBV) sempre esteve presente. Ainda hoje, a transmissão ocupacional do HBV é um problema de grande magnitude. Após um acidente percutâneo, o risco de contaminação pode chegar a 100 vezes o risco estimado para o HIV (6% a 40%)^(5,7).

Na década de 90, a exposição ocupacional ao vírus da hepatite C (HCV) constituiu-se em nova ameaça para os profissionais de saúde. Com risco médio de transmissão estimado entre 1,8% a 10%, estão previstos de 200 a 500 novos casos por ano de contaminação com o HCV entre profissionais de saúde nos Estados Unidos^(5,7).

Em face do conhecimento dos riscos ocupacionais discutidos acima, a prevenção da exposição a material biológico tornou-se medida prioritária. Em resposta aos primeiros casos documentados de transmissão ocupacional do HIV, em 1985 o CDC divulgou um conjunto de recomendações com objetivo de impedir a exposição ocupacional a sangue e outros fluidos orgânicos, as **precauções universais** (PU)⁽⁹⁾.

O guia “Precauções de Isolamento em Hospitais”⁽¹⁰⁾ reformulou o conceito de precauções universais para **precauções-padrão** (PP). As pre-

cauções-padrão constituíram-se em medidas mais práticas, pois, diferentemente das PU, sua utilização é recomendada para a possibilidade de contato com **todos os fluidos, secreções e excreções orgânicas**, exceto suor, pele não íntegra e membranas mucosas.

O uso das PP constitui-se, portanto, em prevenção primária da exposição ocupacional a material biológico, sendo considerada uma maneira segura e necessária para reduzir a exposição ocupacional a sangue e outros fluidos orgânicos. Devido a essa importância e a crescente preocupação com a prevenção e controle dos riscos ocupacionais, este estudo teve como objetivo analisar os índices de adesão relatados por profissionais médicos e de enfermagem, de um hospital universitário.

MÉTODOS

Caracterização do Local de Estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Trata-se de um hospital regionalizado, da rede pública estadual, de atenção secundária. Em 1992, as precauções universais foram as primeiras medidas de prevenção das exposições ocupacionais a sangue e outros fluidos orgânicos implantadas no HU-USP. Essa implantação ocorreu na forma de um treinamento. O grupo alvo desse treinamento foi a equipe de enfermagem. Os profissionais médicos, os estudantes de medicina e de enfermagem não receberam nenhum tipo de treinamento formal no âmbito do HU-USP.

Seguindo padrões internacionais de segurança ocupacional, a CCIH do HU-USP reformulou as recomendações para práticas de isolamento em hospitais. Entre fevereiro de 1998 e junho de 1999, foi oferecido um treinamento aos

profissionais de enfermagem, que orientou as novas práticas, dentre estas, as precauções-padrão. Para abordar a equipe médica, uma apostila com orientações sobre as novas práticas de isolamentos foi encaminhada a todos os chefes de departamentos. Em uma das clínicas, a chefia de departamento médico solicitou que a CCIH fornecesse informações adicionais sobre as recomendações aos estudantes de medicina alocados periodicamente nesta unidade.

População de Estudo e Procedimento Amostral

A população de estudo foi constituída de profissionais médicos e de enfermagem que prestavam assistência direta ao paciente, uma vez que estes profissionais estavam sob risco de exposição a sangue e outros fluidos orgânicos. Segundo dados fornecidos pelo Departamento Pessoal do Hospital Universitário da USP, em abril de 2002, o quadro de pessoal era composto por 287 médicos, 181 enfermeiros, e 479 auxiliares e técnicos de enfermagem, o que totalizava 947 profissionais. Entretanto, foram excluídos deste quadro os participantes da fase de pré-teste do instrumento e os profissionais não expostos aos riscos mencionados. Os profissionais categorizados como não expostos foram: enfermeiros e médicos detentores de cargo de Diretoria; enfermeiro do Setor de Compra e Avaliação de Material; auxiliares e técnicos de enfermagem alocados na Creche e no Serviço de Eletrocardiografia. Os médicos alocados em unidades universitárias no interior de São Paulo também não foram considerados.

Assim, a população de estudo foi constituída por 264 médicos e 624 profissionais de enfermagem, num total de 888 profissionais. Sendo este número expressivo, para a realização da etapa operacional, foi considerada a necessidade de um plano de amostragem, tendo sido escolhido o procedimento de amostragem casual simples.

No plano amostral, o grupo de médicos foi considerado separadamente do grupo de enfermagem. O tamanho da amostra (*n*) foi definido para: (a) grupo dos médicos = 149; (b) grupo de enfermagem = 221; (c) total de profissionais = 360. Como consideramos a possibilidade de perdas, o *n* total subiu para 416. Para proceder ao sorteio aleatório dos 416 profissionais, foram constituídos subgrupos homogêneos para cada grupo profissional (médicos e enfermeiros), a partir de dados cadastrais obtidos no Departamento de Recursos Humanos da HU-USP. Esses subgrupos homogêneos tinham equivalência de gênero e semelhanças de faixa etária e tempo de trabalho na instituição.

Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário na forma de escala psicométrica, original dos trabalhos de Gershon et al⁽¹¹⁾, DeJoy et al⁽¹²⁾, que se caracteriza como do tipo Likert, com 5 (cinco) opções de respostas. Esse instrumento foi submetido à adaptação transcultural, seguindo as etapas publicadas por Guillemin et al⁽¹³⁾. A versão original em inglês do instrumento foi fornecida, pronta e generosamente, pela pesquisadora PhD Robin Gershon, via e-mail.

Procedimentos para Coleta dos Dados

Antes da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Núcleo de Ensino e Pesquisa e à Comissão de Ética em Pesquisa do HU-USP, tendo sido aprovado em julho de 2001. Uma versão preliminar do instrumento foi submetida a um pré-teste com 10 profissionais do HU-USP (8 da enfermagem e 2 médicos). Os profissionais sorteados receberam um envelope aberto contendo: (a) uma carta do pesquisador que explica os objetivos da pesquisa e garante a ética na utilização das informações forneci-

das; (b) um termo de consentimento a ser assinado pelo participante; (c) o questionário para ser preenchido pelo próprio participante. O participante foi orientado a lacrar o envelope antes de devolvê-lo, ficando assegurados o sigilo e o anonimato dos dados coletados.

Procedimentos para Análise dos Dados

Para analisar os níveis de adesão às precauções-padrão, foram calculados os escores médios simples de cada item da escala para cada grupo profissional. Os itens foram diferenciados quanto ao grau de adesão, classificando os escores em: (1) altos – para escores médios superiores a 4,5; (2) intermediários – para escores médios com valores entre 3,5 a 4,49; e (3) baixos – para escores médios com valores abaixo de 3,5.

Para avaliar possíveis diferenças nos níveis de adesão entre os grupos foram utilizadas duas abordagens. Na primeira, foram comparados os escores médios de cada item da escala, para cada grupo profissional. Na segunda, o conjunto de itens relacionados ao uso das barreiras de proteção (luvas, óculos protetor, máscara, avental) e o conjunto de itens relacionados à manipulação e descarte de objetos perfurocortantes, formaram duas novas variáveis de análise comparativa entre os grupos profissionais. Para comparação entre os escores foi aplicado o teste de Levine para igualdade de variância. Todos os procedimentos de análise foram feitos utilizando o software Social Packdge for Social Science (SPSS), versão 11.0.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

Dos 416 questionários distribuídos, foram respondidos 293 (70,4%). Desses, 213 (72,7%)

foram respondidos pela equipe de enfermagem e 80 (27,3%) por médicos. Contudo, 23 participantes da equipe de médicos revelaram não conhecer as PP. Assim, a amostra válida ficou com 213 profissionais de enfermagem e 57 médicos, constituindo um total de 270 participantes.

A tabela 1 resume o perfil dos dois grupos amostrais. Trata-se de uma amostra com pre-

dominância do sexo feminino, no grupo de enfermagem (93,4%) e de proporções semelhantes nos sexos masculino e feminino, no grupo dos médicos (46,4% e 53,6%, respectivamente). Também são evidentes diferenças entre os dois grupos profissionais em relação ao nível educacional e ao total de horas trabalhadas na semana.

Tabela 1 - Perfil da amostra do estudo, HU-USP, São Paulo, 2002

Variáveis Sócio-demográficas	Amostra Enfermagem	Amostra Médicos	Amostra Total
Sexo - n (%)			
Feminino	197 (93,4)	30 (53,6)	227 (85)
Masculino	14 (6,6)	26 (46,4)	40 (15)
Total	211 (100)	56 (100)	267 (100)
Idade (média em anos)	37,7	37,8	37,7
Mínima	21	27	21
Máxima	60	52	60
Nível Educacional mais Alto- n (%)			
Segundo grau	121 (62,4)	-	121 (48,4)
Superior	53 (27,3)	26 (46,4)	79 (31,6)
Pós-graduação	20 (10,3)	30 (53,6)	50 (20)
Total	194 (100)	56 (100)	250 (100)
Tempo de Trabalho na Profissão (média)	11,1 anos	13,9 anos	11,7 anos
Mínimo	3 meses	4 anos	3 meses
Máximo	28 anos	27 anos	28 anos
Tempo de Trabalho na Instituição (média)	8,6 anos	8,1 anos	8,5 anos
Mínimo	2 meses	4 meses	2 meses
Máximo	20,8 anos	20,5 anos	20,8 anos
Total de Horas Trabalhadas na Semana(média)	40,8hs	56,5hs	44,4hs
Mínimo	12hs	10hs	10hs
Máximo	80hs	91hs	91hs
Forma como Tomou Conhecimento das PP - n (%)			
Na escola ou universidade	82 (39,4)	41 (73,2)	123 (46,6)
Palestra no HU	64 (30,8)	1 (1,8)	65 (24,6)
Nas duas opções anteriores	51 (24,5)	3 (5,4)	54 (20,5)
Outra	11 (5,3)	11 (19,6)	22 (8,3)
Total	208 (100)	56 (100)	264 (100)
Treinamento em PP no HU - n (%)			
Sim	166 (81)	3 (5,4)	169 (64,8)
Não	39 (19)	53 (94,6)	92 (35,2)
Total	205 (100)	56 (100)	261 (100)
Tempo de Treinamento em PP no HU (médio)	2,4 anos	6 meses	2,4 anos
Mínimo	1 mês	6 meses	1 mês
Máximo	15 anos	6 meses	15 anos

Nota: Valores inferiores as amostra finais de profissionais médicos (57) e de enfermagem (213) dizem respeito ao número de questionários válidos para cada questão

Uma das diferenças mais significativas pode ser constatada nos resultados encontrados na questão “*Forma como tomou conhecimento das PP*”. No grupo dos profissionais de enfermagem, proporções semelhantes podem ser observadas nas opções “na escola ou universidade” (39,4%) e “palestra no HU-USP” (30,8%). Isto é, aqueles que não tomaram conhecimento das PP durante a formação profissional tiveram oportunidade de conhecê-las no próprio HU-USP. Por outro lado, entre os profissionais médicos, este fato não ocorreu, pois a maioria (73,2%) disse ter conhecido as PP na universidade, enquanto apenas 1,8% citou o HU-USP como fonte primária de informação sobre as PP.

Esse fato é confirmado nos resultados da questão relacionada ao recebimento de treinamento em PP no HU, nos quais se observa que a maioria dos médicos (94,6%) relatou não ter recebido treinamento, enquanto a maioria dos profissionais de enfermagem (81%) relatou ter recebido. Estes dados estão de acordo com o processo de implantação das PP no HU-USP, no qual o grupo dos médicos não foi incluído.

Nível de Adesão às Precauções-Padrão

A tabela 2 apresenta as médias e erros padrão obtidos na primeira abordagem, na qual cada item da escala foi analisado separadamente.

Tabela 2- Escores médios e erro padrão dos itens da escala de Adesão às PP, segundo o grupo profissional, HU-USP, São Paulo, 2002

Itens	Grupo Profissional	n	Média	Erro Padrão	F	t
Descarta objetos perfurocortantes em recipientes próprios	Enfermagem	213	4,98	± 0,002	18,10	1,223
	Médicos	60	4,88	± 0,15		
Trata todos os pacientes como se estivessem contaminados pelo HIV	Enfermagem	202	3,70	± 0,21	17,73	-0,942
	Médicos	60	3,87	± 0,27		
Segue as PP com todos os pacientes seja qual for seu diagnóstico	Enfermagem	206	4,53	± 0,11	0,51	1,916*
Lava as mãos após retirar luvas descartáveis	Médicos	60	4,30	± 0,22		
	Enfermagem	213	4,86	± 0,06	24,49	
	Médicos	60	4,65	± 0,20		
Usa avental protetor quando há possibilidade de sujar roupas com sangue ou outras secreções	Enfermagem	212	4,40	± 0,14	3,09	
	Médicos	60	3,98	± 0,28		
Usa luvas descartáveis quando há possibilidade de contato com sangue ou outras secreções	Enfermagem	213	4,80	± 0,07	6,52	1,545
	Médicos	60	4,65	± 0,17		
Usa óculos protetor quando há possibilidade de respingar os olhos com sangue ou outras secreções	Enfermagem	209	3,04	± 0,22	4,37	-0,936
	Médicos	60	3,25	± 0,37		
Usa máscara descartável quando há possibilidade de respingar a boca com sangue ou outras secreções	Enfermagem	210	4,24	± 0,14	0,93	-1,091
	Médicos	60	4,40	± 0,24		
Limpa imediatamente com desinfetante todo o derramamento de sangue ou de outras secreções	Enfermagem	206	4,24	± 0,16	0,19	-0,428
	Médicos	60	4,32	± 0,30		
Manipula com cuidado bisturis ou outros objetos perfurocortantes	Enfermagem	213	4,95	± 0,04	1,79	0,448
	Médicos	60	4,92	± 0,13		
Reencapa agulhas usadas	Enfermagem	208	4,26	± 0,15	19,70	
	Médicos	60	3,77	± 0,38		
Usa luvas para punccionar veia de pacientes	Enfermagem	209	4,12	± 0,16	0,05	-0,474
	Médicos	58	4,21	± 0,31		

Considera contaminados todos os materiais que estiveram em contato com saliva de pacientes	Enfermagem	213	4,52	± 0,13	1,71	-0,820
	Médicos	59	4,63	± 0,23		

Nota: os escores estão na direção positiva, isto é, quanto maior o escore, maior a adesão às PP. Erro Padrão para intervalo de confiança de 95%; F= teste de Levine para igualdade de variância. * $p = 0,06$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Podemos constatar níveis elevados de adesão nos itens “Descarta objetos perfurocortantes em recipientes próprios” ($m_{\text{Enf}}=4,98 \pm 0,002$; $m_{\text{Med}}=4,88 \pm 0,15$; IC95%); “Lava mãos após retirar luvas” ($m_{\text{Enf}}=4,86 \pm 0,06$; $m_{\text{Med}}=4,65 \pm 0,20$; IC95%); “Usa luvas descartáveis quando há possibilidade de contato com sangue ou outras secreções” ($m_{\text{Enf}}=4,80 \pm 0,07$; $m_{\text{Med}}=4,65 \pm 0,17$; IC95%); “Manipula com cuidado bisturi e outros objetos perfurocortantes” ($m_{\text{Enf}}=4,95 \pm 0,04$; $m_{\text{Med}}=4,92 \pm 0,13$; IC95%).

A maioria dos itens teve níveis intermediários de adesão, com escores que variaram entre 3,70 e 4,63. Apenas o item “Usa óculos protetor quando há possibilidade de respingar os olhos com sangue ou outras secreções” apresentou baixo nível de adesão ($m_{\text{Enf}}=3,04 \pm 0,22$; $m_{\text{Med}}=3,25 \pm 0,37$; IC95%).

Algumas diferenças foram constatadas entre os dois grupos profissionais. Os profissionais de enfermagem revelaram níveis de adesão significativamente maiores do que os médicos nos itens “Segue as PP com todos os pacientes seja qual for seu diagnóstico” ($m_{\text{Enf}}=4,53$; $m_{\text{Med}}=4,30$; $p=0,06$); “Lava as mãos após retirar lu-

vas” ($m_{\text{Enf}}=4,86$; $m_{\text{Med}}=4,65$; $p \leq 0,05$); “Usa avental protetor quando há possibilidade de sujar roupas com sangue ou outras secreções” ($m_{\text{Enf}}=4,40$; $m_{\text{Med}}=3,98$; $p \leq 0,001$). Os escores mais elevados entre os profissionais de enfermagem no item “Reencapa agulhas usadas” ($m_{\text{Enf}}=4,26$; $m_{\text{Med}}=3,77$; $p \leq 0,05$) também indicam que a adesão à recomendação de não reencapar agulhas foi maior entre estes profissionais, uma vez que os escores foram direcionados positivamente.

A tabela 3 apresenta as diferenças obtidas nos “índice global de adesão”, “uso de EPI” e “manipulação e descarte de OPC”. Podemos observar que não foi constatada diferença significativa entre o grupo de enfermagem e o de médicos nos níveis de adesão global às PP e quanto ao uso de equipamento de proteção individual. Entretanto, os profissionais de enfermagem revelaram níveis significativamente maiores de adesão aos itens correspondentes à manipulação e descarte de objetos perfurocortantes ($m_{\text{Enf}}=4,73$; $m_{\text{Med}}=4,52$; $p \leq 0,05$).

Tabela 3 - Escores médios e erro padrão das Variáveis “Adesão às PP”, “Uso de EPI”, “Manipulação e Descarte de OPC”, segundo o grupo profissional, HU-USP, São Paulo, 2002

Variáveis	n	Escore Médio	Erro Padrão	F	t
Adesão às PP					
Enfermagem	184	4,36	± 0,32		
Médicos	58	4,29	± 0,07	0,019	0,873
Uso de EPI					
Enfermagem	202	4,11	± 0,05		
Médicos	58	4,10	± 0,09	0,0234	0,158
Manipulação e Descarte de OPC					
Enfermagem	208	4,73	± 0,03		
Médicos	60	4,52	± 0,09	18,475	2,267*

Nota: Intervalo de confiança = 95%; F= teste de Levine para igualdade de variância. * $p \leq 0,05$

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nos permitem concluir alguns pontos importantes sobre a adesão às PP. Uma vez que a adesão rigorosa às recomendações das precauções-padrão implica a utilização das medidas preventivas em frequências elevadas, percebemos que a maioria dos itens não obteve adesão satisfatória. Apenas as recomendações relacionadas à manipulação e descarte de OPC, lavagem de mãos após retirar luvas e uso de luvas quando houver possibilidade de contato com sangue atingiram altos níveis de adesão com escores médios superiores a 4,5, o que corresponde a ³90% do escore total. No entanto, destacamos que, apesar da maioria dos itens não ter adesão rigorosa, apenas a recomendação para uso de óculos protetor atingiu níveis insatisfatórios.

Esses resultados são muito semelhantes aos obtidos em estudos precedentes. Em Gershon et al⁽¹¹⁾, o uso de luvas e o descarte de objetos perfurocortantes foi relatado por, respectivamente, 97% e 95% dos profissionais de saúde, enquanto o uso de aventais e de protetores oculares foi relatado por 62% e 63%, respectivamente.

Em estudo realizado com 3000 profissionais de saúde de instituições hospitalares, o descarte apropriado de objetos perfurocortantes obteve o nível mais elevado de adesão com média de 3,90 (desvio padrão = 0,43) em escala de 4 pontos⁽¹⁴⁾. O uso de escudos protetores para os olhos obteve uma das menores médias (2,72; desvio padrão = 1,16), assim como o uso de máscaras e avental protetor com médias de 2,56 (desvio padrão = 1,17 e 1,09, respectivamente).

No estudo de DeJoy et al⁽¹⁵⁾, que analisou os fatores de influência na adesão às PU em uma amostra de 906 enfermeiros, níveis elevados de adesão também foram encontrados nos itens relacionados à manipulação e descarte de objetos perfurocortantes, uso de luvas e lavagem

de mãos. Os menores níveis foram relatados nos itens relacionados ao uso de aventais, escudos protetores de olhos e máscaras faciais.

É interessante notar que níveis mais altos de adesão relacionados à recomendação para o uso de luvas foram relatados por diversos estudos. Segundo Michaelsen et al⁽¹⁶⁾, que também constataram este fato, a maior adesão ao uso de luvas reflete a longa tradição com este tipo específico de equipamento de proteção.

As diferenças observadas em relação ao nível de adesão entre os dois grupos profissionais colocam a enfermagem em melhor posição, pois somente este grupo relatou níveis de adesão significativamente maiores às recomendações para seguir as PP com todos os pacientes, lavar as mãos após retirar luvas, usar avental protetor e não reencapar agulhas. A enfermagem também se destacou em relação à adesão do conjunto de itens relacionados à manipulação e descarte de objetos perfurocortantes.

Se lembrarmos que no treinamento em PP oferecido no HU-USP foi enfatizada a adoção da recomendação de não reencapar agulhas, em qualquer circunstância, percebemos o valor do treinamento sobre o comportamento individual e que este aspecto não pode ser subestimado pelos médicos.

Esses resultados são compatíveis com outros achados. No estudo precedente de DeJoy et al⁽¹⁷⁾, no qual foram comparados os níveis de adesão entre três categorias profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos), os enfermeiros revelaram níveis significativamente maiores do que as demais categorias profissionais, enquanto os médicos revelaram níveis significativamente menores. Os autores concluem que esforços especiais devem ser feitos para incluir os médicos nos programas de treinamento em serviço oferecidos pelos hospitais e centros médicos.

A constatação de que o treinamento teve forte influência sobre o comportamento dos

profissionais aponta para a necessidade de re-elaborar seu foco de atenção para a criação de uma consciência sobre o risco envolvido na prática clínica. Os níveis significativamente baixos de adesão à recomendação para uso de óculos protetor, contrastando com os níveis significativamente maiores de adesão ao uso de luva sugerem uma abordagem educativa associando os riscos ocupacionais aos procedimentos de trabalho, de tal forma que os profissionais sejam capazes de perceber que o uso de todos os equipamentos de proteção individual, e não só a luva, é a melhor prevenção.

O foco do treinamento passa ser a *educação para a consciência* e seu objetivo, o desenvolvimento de competências cognitivas, psicomotoras e atitudinais para vencer os obstáculos para seguir as PP. O documento intitulado "*Acidentes com agulhas: afiando sua consciência*"⁽¹⁸⁾, desenvolvido por membros executivos e consultores de Serviços de Saúde na Escócia [Short Life Working Group on needlestick injuries in the NHS Scotland], preconiza que estas instituições estabeleçam maneiras educativas inovadoras para aumentar a conscientização dos profissionais de saúde sobre os riscos relacionados à manipulação e descarte de agulhas. Sendo as precauções-padrão uma medida de prevenção primária da exposição ocupacional a material biológico é indiscutível a necessidade de buscar estratégias de intervenção capazes de modificar o comportamento dos profissionais de saúde a favor da segurança.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria Municipal de Saúde. Acidentes de trabalho com material biológico. Relatório referente ao período de 1997 a 2001. Rio de Janeiro; 2002 (Superintendência de Saúde Coletiva, Coordenação de Doenças Transmissíveis, Gerência DST/AIDS).
2. Jagger J. Mecanismos para prevenir las exposiciones ocupacionales a patógenos sanguíneos: observaciones del ambiente laboral de los profesionales de salud. [Presentado 5º Congreso Nacional de SIDA; 1995 noviembre 30; México, D.F].
3. Mariano CGG, El-Far F, Wey SB, Medeiros EAS. Cut and puncture accidents involving health care workers exposed to biological materials. *Braz J Infect Dis*; 2001 5 (5):235-42.
4. International Healthcare Worker Safety Center. Annual number of occupational percutaneous injuries and mucocutaneous exposures to blood or potentially infective biological substances. International Healthcare Worker Safety Center. University of Virginia; 1998 jun. Available from: <<http://www.med.virginia.edu/epinet/estimates.html>> (13 oct 2000)
5. Occupational Safety and Health Administration. Safer needles devices: protecting health care workers. Occupational Safety and Health Administration. Directorate of Technical Support. Office of Occupational Health Nursing, october 1997. Available from: <<http://www.osha-slc.gov/SLTC/needlestick/saferneedledevices/saferneedledevices.html>> (18 set 2001)
6. Panlilio AL, Cardo DM, Srivastava PU, Williams I, Jagger J, Orelie J et al. Estimates of the annual number of percutaneous injuries in US health-care-workers. [abstract]. In: Forth Decennial International Conference on Nosocomial & Healthcare-Associated Infectious; 1998. [on line] Available from: <<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/NASH/4thabstracts.htm>> (01 may 2001)
7. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR Recomm Rep* 2001; 50 (RR-11):1- 52.
8. Rapparini C. Riscos biológicos e vigilância ocupacional. In: 1º Simpósio sobre Risco e Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes; 2001 São Paulo. [CD ROM]. Hospital do Câncer, São Paulo [s.n.]; 2001.
9. Center for Disease Control. Recommendations for prevention of HIV transmission in health care settings. *MMWR* 1987; 36 (suppl 2s): 3-18.
10. Garner JS. Guideline for isolation precaution in hospitals. *The Hospital Infection Control Prac-*

- tices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17 (1): 53-80.
11. Gershon RRM, Vlahov D, Felknor SA, Vesley D, Johnson PC, Delclos GL et al. Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *Am J Infect Control* 1995; 23 (4): 225-36.
 12. DeJoy DM, Murphy LR, Gershon RRM (a). The influence of employee, job/task, and organizational factors on adherence to universal precautions among nurses. *Intern J Ind Ergon* 1995; 16: 43-55.
 13. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46 (12): 1417-32.
 14. Murphy LR, Gershon RRM, DeJoy D. Stress and occupational exposure to HIV/AIDS. In: Cooper CL, (editor). *Handbook of stress medicine*. Boca Raton (Flórida): CRC Press; 1996. p.176-90.
 15. DeJoy DM, Searcy CA, Murphy LR, Gershon RR. Behavioral-diagnostic analysis of compliance with universal precautions among nurses. *J Occup Health Psychol* 2000; 5 (1): 127-41.
 16. Michalsen A, Delclos GL, Felknor SA, Davidson AL, Johnson PC, Vesley D et al. Compliance with universal precautions among physicians. *J Occup Environ Med* 1997; 39 (2): 130-7.
 17. DeJoy DM, Murphy LR, Gershon RRM (b). Safety climate in health care settings. In: Bittner AC, Champney PC, editors. *Advances in industrial ergonomics and safety VII*. London: Taylor & Francis; 1995. p.923-9.
 18. Short Life Working Group on needlestick injuries in the NHSScotland. *Needlestick injuries: sharpen your awareness*. National Health Services, Scotland; 2000. Available from: <<http://www.scotland.gov.uk/library3/health/nisa-00.asp>> (22 dez 2002).

Nota: Artigo baseado em tese de doutorado do primeiro autor, apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2003 com o título de "Modelo Explicativo da Adesão às Precauções-Padrão: Construção e Aplicação".