

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem:
análise da prática segura do uso de luvas na punção
venosa periférica**

Amanda dos Santos Zapparoli

Dissertação apresentada à Área de Enfermagem Fundamental do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

RIBEIRÃO PRETO

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Zapparoli, Amanda Santos
Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem:
análise da prática segura do uso de luvas na punção venosa
periférica. Ribeirão Preto, 2005.

87 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem
Fundamental.

Orientadora: Marziale, Maria Helena Palucci.

1. Saúde ocupacional. 2. Promoção da saúde. 3.
Enfermagem. 4. Riscos ocupacionais.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Amanda dos Santos Zapparoli

Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem: análise da prática segura do uso de luvas na punção venosa periférica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental

Data da defesa: ___/___/_____

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Orientadora.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Márcia Maria Fontão Zago

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Vanda Elisa Andres Felli

Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

“O sonho de voltar a cantar no trabalho vale a pena ser sonhado. Talvez não mais através do socialismo utópico de cem anos atrás ou outras utopias. Mas o sonho antecede a realidade, e esta somente pode ser transformada se houver o sonho. E a ação.”

(René Mendes)

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Márcia, minha melhor amiga, por participar de cada detalhe do meu caminho, mesmo longe, a pessoa mais próxima e leal.

Ao meu pai, Elcio, exemplo de honestidade e justiça, pelo carinho e o conforto nos momentos que precisei.

Aos meus irmãos Mário e Marcelo, a atenção, alegria, companheirismo e amor infinito.

Às minhas avós, Nilza e Catarina, as orações.

Aos meus tios e primos, pela torcida, felicidade e união.

Ao Miguel, pela companhia, carinho, incentivo e dedicação.

A Deus, por guiar meus passos, colocando pessoas especiais no momento certo da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale pelo apoio, incentivo, oportunidade e confiança. Por sonhar comigo, buscando sempre algo maior.

À Profª Drª Márcia M. F. Zago pelas valiosas contribuições e dedicação como membro da banca examinadora.

À Profª Drª Vanda Elisa A. Felli pelas relevantes sugestões e prontidão com que me recebeu em São Paulo.

À Profª Drª Maria Lúcia C.C. Robazzi pelas contribuições no exame de qualificação.

Aos membros do REPAT pelo incentivo.

Aos colegas de pós-graduação, o apoio.

Às amigas Cristina e Juliana, por diminuir a distância e a saudade de minha casa.

À Paula e Nina, pela companhia diária.

À enfermeira Karina e aos colegas do Hospital São Francisco, a compreensão.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho, minha estima e consideração.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Resumo | |
| Abstract | |
| Resumen | |
| 1. INTRODUÇÃO | 01 |
| 2. OBJETIVOS | 11 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 13 |
| 3.1 Promoção da saúde | 14 |
| 3.2 Conferências internacionais sobre promoção da saúde | 16 |
| 3.3 Promoção da saúde no ambiente de trabalho | 20 |
| 3.4 Modelo de promoção da saúde | 23 |
| 4. PERCURSO METODOLÓGICO | 34 |
| 4.1 Procedimentos metodológicos da pesquisa | 35 |
| 4.2 Local de coleta de dados | 35 |
| 4.3 Procedimentos operacionais da coleta de dados | 36 |
| 4.4 Procedimentos éticos | 38 |
| 4.5 Apresentação e análise dos dados | 38 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 40 |
| 5.1 Características dos trabalhadores de enfermagem | 41 |
| 5.2 O comportamento do uso de luvas na punção venosa periférica | 44 |
| 6. CONCLUSÕES | 66 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 71 |
| APÊNDICES | 83 |
| ANEXOS | 86 |

RESUMO

ZAPPAROLI, A.S. **Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem: análise da prática segura do uso de luvas na punção venosa periférica.** 2005. 87p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Os trabalhadores da equipe de enfermagem estão amplamente expostos ao risco biológico pelas características peculiares de seu trabalho. Dentre as atividades desenvolvidas por esses trabalhadores, a punção venosa periférica os expõe ao contato com sangue dos pacientes atendidos sendo a inadequação do uso de equipamentos de proteção individual, particularmente as luvas de procedimento, objeto de inquietação. O estudo objetivou identificar o comportamento do uso de luvas de procedimento durante a atividade de punção venosa periférica pelos trabalhadores de enfermagem e os motivos que os levam a não utilizá-las; trata-se de uma pesquisa exploratória, com análise qualitativa e quantitativa dos dados, estudados na perspectiva do referencial teórico de Promoção da Saúde proposto por Pender. O estudo foi realizado com trabalhadores da unidade de internação de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP) em duas etapas que incluíram a observação e a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo, baseados em categorias pré-estabelecidas: conduta prévia, percepção de benefícios para a ação, percepção de barreiras para a ação, percepção de auto-eficácia, influências interpessoais, influências situacionais e satisfação relacionada à atividade. Durante a atividade estudada a maioria dos trabalhadores não usaram luvas, referiram ter o hábito de realizar a atividade de maneira que os expõem a riscos e existe uma baixa adesão às orientações de precaução-padrão; os sujeitos relataram não acreditar na luva como barreira de proteção, apontaram as inadequações relativas ao tamanho e perda de sensibilidade tátil como barreiras; muitos acreditam em suas capacidades para realizar a atividade de punção venosa sem o uso de luvas e sentem-se seguros a partir de sua experiência pela prática de trabalho; mencionaram que a falta de sensibilidade tátil no momento da punção e a dificuldade no manuseio do esparadrapo para a fixação do cateter os levam a retirá-la, além do excesso atividades e escassez de funcionários; relataram que os colegas de trabalho e a chefia influenciam de maneira positiva a conduta promotora de saúde; descreveram a atividade de punção venosa com grande satisfação, porém, quanto ao trabalho de enfermagem encontrou-se relatos de infelicidade e insatisfação na profissão. Conclui-se que há necessidade de implementar estratégias para mudança de comportamento visando a promoção da saúde e a segurança dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde Ocupacional, Promoção da Saúde, Enfermagem, Riscos Ocupacionais

ABSTRACT

ZAPPAROLI, A.S. **Health promotion among nursing workers: safe practices analysis while wearing gloves in peripheral vein puncture activity.** 2005. 87p. Dissertation (Master) – Ribeirao Preto Nursing School, Sao Paulo University, Ribeirao Preto, 2005.

Due to the peculiar work characteristics, the nursing workers, are widely exposed to biological hazards. Among the activities accomplished by this professionals, the peripheral vein puncture activity, expose them to the contact with the patients blood; the inadequacy of the individual protection equipment is worrisome, particularly the procedure with gloves. The objective of the study was to identify the characteristics of the gloves procedure used by nursing workers, during the peripheral vein puncture activity; and, the reasons for not using gloves. This is an exploratory research; the data was analyzed qualitatively and quantitatively; it was studied under the Pender – Health Promotion – theoretical perspective. In the study participated the workers of a clinical admission unit, at the *Hospital das Clinicas*, attached to the Ribeirao Preto Medical School – University of Sao Paulo-Brazil (HC-FMRP-USP); it was done in two stages: observation and semi-structured interviews. A content analysis was performed, based in the followed categories: previous conduct, perceived benefits for the action, perceived barriers for the action, auto-efficiency perception, co-workers influence, circumstantial influences and affection related to the activity. It was found that most of the workers did not use gloves; they referred the habit of performing the puncture activity in a way that they become exposed to the hazards; also, there was a low adherence to the standard precautions orientations; the workers related that they did not believe in the gloves as a protection barrier; as barriers for not using gloves, they pointed out: the inadequate sizes, the lost of tactile sensibility. Many workers believed in the their ability to realize the vein puncture with out gloves, and because of their experience and work practice they feel safe; it was mentioned that the lack of sensitivity in the puncturing action and the difficulties to handle the adhesive material used to fix the catheter made them to take out the gloves; other causes for not using gloves were the excess of activities and the shortage of workers; it was related that the co-workers and the supervisors had a positive influence in disseminating good health promotion conducts; the vein puncture activity was described with satisfaction; however, related to the nursing job, were found histories of unhappiness and dissatisfaction with the profession. With the objective of promoting the workers health and safety, we concluded that it is necessary to implement strategies to change the glove practices in the peripheral vein puncture activity.

Key words: Occupational Health, Health Promotion, Nursing, Occupational Hazards

RESUMEN

ZAPPAROLI, A.S. **Promoción de la salud del trabajador de enfermería: análisis de la práctica segura del uso de guantes en la punción venosa periférica.** 2005. 87p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de San Pablo, Ribeirao Preto, 2005.

Los trabajadores del equipo de enfermería están ampliamente expuestos al riesgo biológico por las características peculiares de su trabajo. Entre las actividades desarrolladas por estos trabajadores, esta la punción venosa periférica. Esta actividad, los expone al contacto con sangre de los pacientes atendidos, siendo el uso inadecuado de equipos de protección individual, particularmente de guantes de procedimiento, objeto de inquietud. Este estudio tenía como objetivo identificar el comportamiento relacionado con el uso de guantes de procedimiento durante la actividad de punción venosa periférica por los trabajadores de enfermería, y los motivos que los llevan a no utilizarlos. Se trata de una investigación exploratoria, con análisis cualitativa y cuantitativa de los datos, estudiados bajo la perspectiva del referencial teórico de Promoción de la Salud propuesto por Pender. El estudio fue realizado con trabajadores de la unidad de internación de la Clínica Médica del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto de la Universidad de São Paulo (HC-FMRP-USP) en dos etapas que incluyeron, la observación y la entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados por medio de análisis de contenido, basados en categorías preestablecidas: conducta previa, percepción de beneficios para la acción, percepción de barreras para la acción, percepción de autoeficacia, influencias interpersonales, influencias circunstanciales y afecto relacionado a la actividad. Durante la actividad estudiada la mayoría de los trabajadores no usaron guantes, refirieron tener el hábito de realizar la actividad de manera que los expone a los riesgos y existe una baja adherencia a las orientaciones de precaución estándar. Los sujetos relataron no acreditar en el guante como una barrera de protección, apuntaron el tamaño inadecuado y la pérdida de sensibilidad táctil como barreras; muchos creen en sus capacidades para realizar la actividad de punción venosa sin el uso de guantes y se sienten seguros a partir de su experiencia y práctica de trabajo; mencionaron que la falta de sensibilidad en el momento de la punción y la dificultad en el manoseo de la cinta adhesiva para fijar el catéter, los llevan a retirarlos. Además del exceso de actividades y la escasez de funcionarios, relataron que los compañeros de trabajo y los supervisores influyen de manera positiva la conducta promotora de salud; describieron la actividad de punción venosa con gran satisfacción, sin embargo, sobre el trabajo de enfermería se encontraron relatos de infelicidad e insatisfacción con la profesión. Concluyese que, hay necesidad de implementar estrategias para cambiar el comportamiento a fin de promover la salud y la seguridad de los trabajadores.

Palabras clave: Salud Ocupacional, Promoción de la Salud, Enfermería, Riesgos Ocupacionales

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade eminentemente social que exerce um papel fundamental nas condições de vida do homem, produzindo efeito positivo, quando satisfaz as necessidades básicas de subsistência, de criação e de colaboração dos trabalhadores. Por outro lado, ao realizá-lo, o homem expõe-se constantemente aos riscos presentes no ambiente laboral, os quais podem interferir diretamente em sua condição de saúde (BULHÕES, 1994) e, conseqüentemente, na produtividade e na qualidade do trabalho executado.

Os trabalhadores de saúde, dentre eles os de enfermagem, desenvolvem suas atividades em um ambiente propício para exposição aos múltiplos e variados riscos ocupacionais, os quais podem acarretar prejuízos a sua saúde, além do desgaste emocional, baixa remuneração e desprestígio social, fatores associados às condições de trabalho.

Segundo Marziale (1995) no setor saúde, os trabalhadores estão expostos aos riscos ocupacionais peculiares às atividades desenvolvidas, como risco biológico (evidenciado pelo contato com microorganismos, principalmente o contato com fluidos corpóreos), físico (condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações), químico (manipulação de desinfetantes, medicamentos), psicossocial (atenção constante, pressão da chefia, estresse e fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados, condição da doença dos pacientes) e fatores relacionados à ergonomia (carregamento e transporte de peso excessivo, adoção de posturas corporais incômodas, atividades de trabalho desvinculadas as capacidades psicofisiológicas dos trabalhadores).

Dentre os riscos ocupacionais, o risco biológico é um dos principais geradores de periculosidade e insalubridade aos trabalhadores de enfermagem, em

decorrência do contato direto e permanente dos profissionais com pacientes e objetos contaminados com patógenos transmissores de infecções (SUAZO, 1999).

A transmissão ocupacional do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tornou-se um grande desafio aos profissionais de Controle de Infecção Hospitalar e Saúde Ocupacional após uma enfermeira, em consequência de picada acidental com uma agulha que continha sangue de um paciente infectado pelo vírus, ter desenvolvido Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em um hospital da Inglaterra (NEEDLESTICKS..., 1984).

Preocupados com a transmissão de infecção, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicou um documento intitulado “Guia para isolamento e precauções nos hospitais” contendo recomendação para o uso de precauções quando houvesse suspeita ou confirmação de infecção com patógenos transmissíveis pelo sangue em pacientes. Com o advento da AIDS, o CDC em 1987 publicou “Recomendações para prevenção da transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em profissionais de saúde” que foi revisto e intitulado “Guia para prevenção da transmissão do HIV, Vírus da Hepatite B nos profissionais de saúde” o qual recomenda precauções em todas as situações onde existe o risco de contato com sangue e fluído corpóreo, independente do diagnóstico do paciente (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1988).

A extensão dessas precauções foi conhecida como “Precauções com sangue e fluídos corpóreos” ou simplesmente “Precauções Universais”, atualmente denominadas “Precauções-padrão”, considerando que todos os pacientes são potencialmente infectados pelo HIV, Hepatite B e outros patógenos passíveis de transmissão. Tal norma inclui apropriada lavagem das mãos e o uso de luvas para o manuseio de todos os fluídos orgânicos, dentre outros (SOUZA; VIANNA, 1993).

As Precauções Universais preconizadas tem como base a utilização de barreiras para prevenção parenteral, de membranas e mucosas e de exposição de pele não íntegra dos profissionais de saúde expostos ao sangue e fluidos corpóreos (líquor, líquido sinovial, pleural, sêmen, secreção vaginal, líquido amniótico) (SOUZA; VIANNA, 1993).

Souza e Vianna (1993) descrevem as barreiras:

- utilização de luvas ao manipular sangue e fluidos orgânicos, mucosa ou pele com lesões, materiais contaminados e sempre que praticar punções venosas ou outros procedimentos vasculares;
- utilização de máscara e óculos protetores, sempre que houver possibilidade do procedimento gerar gotículas de sangue ou outro fluido orgânico, que possa atingir as mucosas da boca, nariz e olhos;
- utilização de aventais, durante os procedimentos que possam gerar borrifamento de sangue e/ou de outros fluídos;
- lavagem das mãos imediata e intensamente sempre que em contato com sangue, ou outros fluidos orgânicos, inclusive após a retirada das luvas;
- precauções para evitar ferimentos com materiais perfurocortantes (agulhas, bisturis, instrumentais): não reencapar agulhas nem dobrá-las; desprezá-los em recipientes de paredes rígidas e o mais próximo possível da área em que estão sendo usados.

Dentre os fluidos corporais, o sangue é reconhecido como o veículo de transmissão ocupacional mais importante do vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV) e do HIV.

Os fatores de risco para aquisição do vírus após exposição dependem do grau de contato com o sangue e a carga viral do paciente fonte. Para o vírus da

hepatite B, o risco pode variar de 6 a 30%, podendo atingir até 40% (BRASIL, 1999); para o vírus da hepatite C pode variar de 1 a 10% (SHAPIRO, 1995).

Estudos estimam que o risco de transmissão do HIV de paciente-fonte diagnosticado positivo após acidente por perfurocortante contendo material biológico é de 0,3 a 0,5%; após exposição de membrana e mucosa é de 0,09%. A exposição de pele tem sido documentada, porém seu risco ainda não foi quantificado (CDC, 1998).

O primeiro caso de AIDS adquirido de maneira ocupacional no Brasil foi reconhecido pelo Ministério do Trabalho em 1999, acometendo uma auxiliar de enfermagem que auxiliava uma colega no procedimento de punção venosa (BRASIL, 1999).

Continuaram as evidências sobre registros de casos de contaminação e soroconversão do HIV, entre profissionais de saúde, em vários países, tendo os EUA registrado 57 casos de soroconversão até dezembro de 2001. No mesmo país, outros 134 profissionais HIV positivo também se contaminaram por meio de acidente, mas como não houve notificação, estes casos não aparecem nas estatísticas (CDC, 2004).

Em todo o mundo, desde o início da epidemia da AIDS em 1981, até 1999, há registros de 100 casos comprovados e estima-se que existam outros 213 casos de provável de contaminação ocupacional pelo HIV (RISCOBIOLOGICO, 2004).

Em relação ao vírus da hepatite, o CDC (2001) estimou que, nos EUA, cerca de 800 trabalhadores de saúde tornavam-se anualmente infectados pelo HBV e que de 2 a 4% das infecções causadas pelo HCV ocorreram no ambiente hospitalar após contato com sangue.

Estatísticas feitas por órgãos governamentais de saúde no Brasil apresentam quatro casos de contaminação de profissional de saúde pelo HIV após acidente com material biológico: um em São Paulo, dois no Rio de Janeiro e um em Santa Catarina (SÃO PAULO, 1999; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2002).

Marziale (2003) refere que embora os riscos de acidentes com exposição a material biológico estejam presentes no ambiente de trabalho, não só a sub notificação desses acidentes é uma realidade como também a inexistência de um diagnóstico real da situação vivenciada no país.

Os trabalhadores da equipe de enfermagem sofrem maior exposição a esse risco por executarem procedimentos que envolvem a manipulação constante de agulhas, escalpes e cateteres, como a administração de medicamentos e a soroterapia (CANINI et al, 2002).

Marziale, Nishimura e Ferreira (2004), em um estudo sobre as atividades causadoras de acidentes com material perfurocortante identificou que o maior número de acidentes foi ocasionado durante as atividades de punção venosa, administração de medicamentos subcutânea e soroterapia, seguidos pelas perfurações provocadas por agulhas descartadas em locais inadequados.

O CDC (1988) registrou 55 casos confirmados de infecção pelo HIV e 136 casos de possíveis contaminações entre trabalhadores de enfermagem e técnicos de laboratórios, nos Estados Unidos, entre 1985 e 1998. Destes, 89% dos acidentes registrados foram percutâneos.

O contato dos trabalhadores com sangue infectado de pacientes na pele ou mucosas tem sido associado com soroconversões documentadas, no entanto, com menor frequência que ferimentos percutâneos (CDC, 1987; SARTORI et al., 1993).

A conseqüência da exposição aos patógenos transmitidos pelo sangue não está somente relacionada à infecção; o trauma psicológico de um trabalhador acidentado perdura durante os meses de espera dos resultados dos exames sorológicos, resultando em mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho, como alterações nas práticas sexuais, os efeitos das drogas profiláticas e a perda do emprego (BRANDÃO JR., 2000; IHWSC, 2001).

Veronesi e Focaccia (1989) citam que a maioria dos portadores do HIV é assintomática (a proporção é de um doente de AIDS para 100 portadores assintomáticos) e salientam a importância das precauções devido à impossibilidade de se realizar testes sorológicos para todos os pacientes que são atendidos pelos profissionais de saúde. Com isso, há necessidade de se considerar todos como possíveis portadores do HIV.

Machado et al. (1992) reforçam a necessidade de se manter rigorosa observância das normas de proteção indicadas no cuidado dos pacientes, principalmente em relação ao uso de luvas e a técnica empregada durante a colheita de material ou o manuseio de suas secreções.

Brevidelli e Cianciarullo (2002) propõem algumas estratégias de intervenção para gerenciamento dos riscos ocupacionais ligados à manipulação de objetos perfurocortantes, dentre elas:

- substituição dos materiais potencialmente perfurantes por aqueles com *design* seguro;
- reorientação do comportamento dos profissionais de saúde para a adoção de medidas preventivas, usando informações quantitativas e qualitativas;
- estruturação e organização do ambiente de trabalho.

As luvas são consideradas como o mais importante equipamento de proteção individual, mas na prática observa-se que os trabalhadores de saúde muitas vezes não as utilizam. Além disso, Lymer, Richt e Isaksson (2004) acrescentam, que o uso depende da qualidade do material para proteção contra perfuração e a característica de manter a sensibilidade tátil do trabalhador durante a punção venosa.

Sabe-se que o uso de luvas de procedimento durante atividades de manipulação de materiais perfurocortantes não impede o acidente, pois o material é capaz de perfurá-las e atingir a pele, porém, elas diminuem o volume de sangue que atinge o profissional de saúde.

Em nossa experiência profissional observamos, empiricamente, que muitos trabalhadores de enfermagem não usam luvas nas atividades de punção venosa periférica para administração de medicamentos e na soroterapia, atividades que apresentam uma ameaça constante para a saúde ocupacional, onde a exposição a patógenos veiculados pelo sangue é significativamente maior em comparação com as demais atividades laborais de enfermagem. Nos intriga a questão se esses trabalhadores não fazem uso das medidas de precauções padrão, por não estarem conscientes do risco à que estão expostos ou por não terem incorporado o hábito de uso dessas medidas.

Sabe-se que a punção venosa periférica representa uma das atividades mais freqüentemente executada pelos profissionais de enfermagem, exigindo conhecimento oriundo de diferentes áreas do saber (anatomia, fisiologia, microbiologia, farmacologia, psicologia, dentre outros) além de competência e habilidade. O processo de punção venosa periférica é um processo técnico que se caracteriza pela colocação de um dispositivo no interior do vaso venoso, podendo ou

não ser fixado à pele, que requer cuidados e controle periódico em caso de sua permanência (TORRES, 2003).

Pearson (1996) evidenciou que mais de 50% dos pacientes hospitalizados, durante o período de internação tem, em algum momento, um cateter intravascular, seja ele periférico, central ou arterial. Habitualmente os cateteres vasculares são instalados com finalidades distintas, tais como: administração de fluidos, eletrólitos, derivados de sangue, medicamentos, suporte nutricional e até fornecer monitorização hemodinâmica.

A punção venosa periférica, segundo CDC (2002) poderá permanecer no paciente por tempo mínimo de 24 horas e máximo de 96 horas, permanecendo heparinizado, salinizado ou em soroterapia, com troca diária do curativo de fixação e observação do local de inserção, podendo permanecer até este prazo caso não haja sinais de inflamação.

Esta atividade representa uma prática de alta ocorrência na rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem o que pode ser caracterizado como um procedimento cotidiano: 81% dos profissionais de enfermagem realizam este procedimento em mais de 75% de seu tempo de trabalho nos serviços de saúde (GRIFFITH; THOMAS; GRIFFITH, 1991; PHILLIPS, 2001).

Assim, esta pesquisa teve por finalidade analisar, a partir do referencial teórico do Modelo de Promoção à Saúde Revisado, proposto por Pender (1996), o comportamento do trabalhador de enfermagem em relação ao uso de luvas de procedimentos como equipamento de segurança no trabalho.

Partindo-se do pressuposto de que todos os trabalhadores conhecem a recomendação do uso de luvas de procedimento na execução de atividades onde é possível a exposição a sangue e fluidos corpóreos, e que os serviços devem

disponibilizar o referido equipamento de proteção individual, considera-se de relevante investigar os fatores intrínsecos e extrínsecos que levam a não utilização das luvas na execução deste procedimento.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar o comportamento do uso de luvas durante a atividade de punção venosa periférica para administração de medicamentos e soroterapia, pelos trabalhadores de enfermagem e os motivos que os levam a utilizá-las ou não.

Objetivos específicos

- Descrever as características dos trabalhadores de enfermagem referente a sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, categoria profissional, tempo de trabalho na profissão e se possuem um segundo emprego;
- Identificar o comportamento do trabalhador de enfermagem em relação ao uso de luvas durante a punção venosa para administração de medicamentos;
- Analisar os motivos que levam os trabalhadores de enfermagem à não utilização de luvas durante a punção venosa para administração de medicamentos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

As condições de vida e saúde têm melhorado na maioria dos países no último século graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como os avanços na saúde pública e na medicina. Na América Latina, por exemplo, a expectativa de vida cresceu de 50 anos para 67 anos até 1990, e para 69 anos em 1995 (BUSS, 2000). No Brasil, em 2004, a esperança de vida ao nascer atingiu 71,7 anos. Entre 1980 e 2004 a expectativa de vida do brasileiro experimentou um acréscimo de 9,1 anos, ao passar de 62,6 anos, para os atuais 71,7 anos (IBGE, 2005).

Por outro lado, verifica-se a permanência de problemas de saúde já solucionados em diversas populações, mas que, ainda atinge a população de algumas localidades (como certas doenças infecto parasitárias) e o crescimento de outros problemas como o surgimento de novos casos da Síndrome Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de doenças crônicas não infecciosas, o uso de drogas e a violência (BUSS, 2000).

Mesmo depois de identificado que a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde, foram ações relevantes para a resolução de muitos dos problemas mencionados e para com a conquista da melhoria das condições de vida em geral, lamentavelmente em nosso país, o principal investimento na prática ainda está centrado na assistência médica curativa e individual, embora as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleçam a prestação da assistência integral, ou seja, em todos os níveis do preventivo a reabilitação.

Para Campos, Barros e Castro (2004) a promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que se delinea como uma política que deve percorrer o

conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde.

Na realidade, o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais ao longo dos últimos anos. Goodstadt, Simpson e Loranger (1987) descrevem que promoção da saúde consiste na manutenção e aumento dos níveis de saúde existentes, mediante a implementação de programas, serviços e políticas eficazes. Segundo O'Donnell (1989) é a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudarem os seus estilos de vida, com vista a um estado de saúde ótimo (o equilíbrio da saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual) e que a alteração do estilo de vida poderá ser facilitada por meio da combinação de esforços para aumentar a conscientização, alterar comportamentos e criar ambientes que favoreçam práticas de boa saúde. Pender (1996) acrescenta que promoção da saúde não é específica de doença nem de problemas de saúde. Consiste em atividades destinadas a aumentar o nível de bem estar e a efetivar o potencial de saúde dos indivíduos, das famílias, das comunidades e da sociedade.

Para Green e Kreuter (1991) as ações têm por objetivo permitir às pessoas adquirirem maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde e que para Organização Mundial da Saúde (OMS, 1988), este processo exige o envolvimento direto de indivíduos e comunidades na realização de mudanças, conjuntamente com medidas políticas que visem à criação de um ambiente que conduza à saúde.

Quatro importantes conferências internacionais sobre promoção da saúde foram realizadas nos últimos anos, quais sejam Ottawa, Adelaide, Sundsväl e Jakarta; nessas conferências foram estabelecidas as bases conceituais e as políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a

Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Bogotá/Colômbia, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região enfrenta a deteriorização das condições de vida da maioria das populações, junto a um aumento de riscos para a saúde e a uma redução de recursos para enfrentá-los. Promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (OPAS, 1992).

Embora as intervenções preventivas tenham resultado em uma melhoria global na saúde da sociedade, as doenças e lesões evitáveis continuam a afligir a sociedade, o que respeita não só a nossa saúde e qualidade de vida, mas também aos custos relacionados com a saúde (ROGERS, 2000).

Segundo estimativa realizada por Pender (1996), para cada dólar gasto em cuidados de saúde, 97% era destinado ao tratamento da doença e apenas 3% para as atividades de promoção e de prevenção da saúde.

3.2 CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A expressão promoção da saúde tem origem na revolução epidemiológica do século XIX, quando as reformas sociais e ambientais, no plano da higiene, da habitação, do saneamento e melhoria das condições de trabalho, provocaram a redução da morbidade e da mortalidade (BURNHAM, 1984). Com isso, maior

ênfase foi dada ao auto-cuidado e a auto-responsabilidade pela saúde, bem como à necessidade de mudança de comportamentos no sentido de controlar as doenças crônicas e contagiosas.

Sigerist (1956) foi um dos primeiros autores a utilizar a expressão “promoção da saúde” definindo quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação do enfermo e a reabilitação.

Ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, Leavell e Clark (1976) incluíram a promoção da saúde na prevenção primária como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral.

O conceito moderno de Promoção à Saúde surgiu e desenvolveu-se de forma mais vigorosa no Canadá com a divulgação do documento “A New Perspective on the Health of Canadians” - conhecido como Informe Lalonde (LALONDE, 1996). O documento questionava a abordagem exclusivamente médica para doenças crônicas e visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica.

Em 1987, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. A conferência colocou como meta um novo enfoque para o campo da saúde com o tema “saúde para todos no ano 2000”. As conclusões e recomendações de Alma-Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa – Canadá, em 1986 (OMS, 1986).

Na conferência foi elaborada uma carta, denominada Carta de Ottawa, que definiu promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior

participação no controle deste processo”. No documento, a saúde é entendida não como um objetivo, mas um recurso fundamental para a vida cotidiana (OMS,1986).

Segundo a Carta de Ottawa, as três estratégias fundamentais da promoção da saúde são: a defesa da saúde, a capacitação (proporcionar meios para) e a mediação. Ainda propõe cinco campos centrais de ação:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação do sistema de saúde.

Realizada em 1988, a Conferência de Adelaide elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo “interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (OMS, 1988).

Nesta conferência também se afirma a visão global e a responsabilidade internacionalista da promoção da saúde em que os países desenvolvidos teriam a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas resultassem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento, devido à grande discrepância do nível de saúde entre os países.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em Sundsvall – Suécia, em 1991, e foi a primeira conferência global a focar diretamente a interdependência entre saúde e ambiente, em todos os seus aspectos (OMS,1991). O tema ambiente refere-se tanto à dimensão física quanto aos

“espaços em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer”, englobando as estruturas econômicas e políticas (BUSS, 2000).

A Conferência de Jacarta, em 1997, foi a primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento. Seu subtítulo (novos atores para uma nova era) pretendeu ser uma atualização da discussão sobre o reforço da ação comunitária (OMS, 1997). Em Jacarta foram definidas cinco prioridades para o campo da promoção da saúde nos próximos anos:

- promover a responsabilidade social com a saúde, através de políticas públicas saudáveis e comprometimento do setor privado;
- aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, através do enfoque multissetorial;
- consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis de governo e da sociedade;
- aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde;
- definir cenários preferenciais para atuação (escolas e ambientes de trabalho, entre outros).

O documento de lançamento da promoção da saúde na América Latina foi a Declaração de Bogotá, que afirma que “a promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento”, reconhecendo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento. Enfrentando a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los, “o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os

interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento” (OPAS,1992).

3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO

A saúde do trabalhador constitui um campo na área da Saúde Coletiva em plena construção, cujo objeto está centrado no processo saúde-doença dos trabalhadores e sua relação com o trabalho. Traz consigo a expectativa da compreensão desta dinâmica, bem como do desenvolvimento de alternativas de intervenção com vistas à apropriação da dimensão humana do trabalho pelos próprios trabalhadores. Busca, portanto, estabelecer causas de agravos à sua saúde, reconhecer seus determinantes, estimar riscos, dar a conhecer os modos de prevenção e promover a saúde (MENDES; DIAS, 1999).

Laurell e Noriega (1989) referem que é necessário compreender que a doença e os acidentes de trabalho não são acontecimentos aleatórios individuais, mas, uma condição da coletividade com influências sociais marcantes. Enfatizam ainda a necessidade do estudo da relação trabalho-saúde para a compreensão de como se articula e expressa a saúde-doença como um processo social, com vistas a intervenções que promovam a saúde dos trabalhadores.

O'Donnell (1989) sugere que os programas de promoção da saúde devem visar três níveis: conhecimento, alteração comportamental do estilo de vida e ambientes de apoio.

Antes da introdução de atividades e programas de promoção da saúde, considerava-se que a responsabilidade da entidade empregadora consistia,

fundamentalmente, em proporcionar a hospitalização de seus trabalhadores, controlar doenças e acidentes relacionados com a saúde e proporcionar tratamento dos acidentes no local de trabalho (MCGOVERN, 1991).

Os programas de promoção da saúde no local de trabalho destinam-se a aumentar o bem-estar do trabalhador e avançar para um estado de saúde ótimo, bem como reduzir os riscos para a saúde (ROGERS, 2000).

Henderson (2001) salienta que a prevenção primária oferece a melhor e mais segura oportunidade para reduzir infecções causadas por patógenos veiculados pelo sangue; porém, acredita que se conhece muito pouco sobre o que leva os profissionais a adotarem comportamentos seguros em seu local de trabalho e que esse deve ser foco primário do interesse científico nos próximos anos.

Nos Estados Unidos, a estratégia inicial usada para a prevenção da exposição a sangue e outros fluidos corpóreos foi a introdução de intervenções de prevenção primária, como: precauções universais, fornecimento de equipamentos de proteção individual, padronização sobre o local e descarte de materiais perfurocortantes, lavagem correta das mãos, treinamento e programas de educação relacionados aos riscos de exposição a material biológico (TWITCHELL, 2003).

Estratégias preventivas – como a mudança de comportamento dos profissionais da área da saúde em relação à não reencapar agulhas e descartá-las em recipientes próprios, o uso de barreiras protetoras, a implementação de dispositivos seguros e políticas de controle administrativo, podem diminuir o risco de acidentes com material perfurocortante. Nessa temática, os fatores organizacionais, comportamentais e epidemiológicos compõem os três domínios que requerem pesquisas urgentes por parte da enfermagem.

Assim, promoção da saúde no ambiente de trabalho envolve esforços da entidade empregadora e dos próprios trabalhadores quando se idealiza estratégias de mudança de comportamento. Para a adoção de medidas mais seguras na execução de atividades no ambiente hospitalar, a reflexão vai além das normas e protocolos; a mudança de comportamento se dá de forma gradual e exige esforço intenso, pois envolve fatores intrínsecos de cada sujeito.

Dentre os referenciais metodológicos utilizados para a promoção da saúde, selecionamos para o estudo ora realizado o “Modelo de Promoção da Saúde (MPS) Revisado” desenvolvido por Pender (1996), que foi estruturado a partir do modelo de crença em saúde (JANZ; BECKER, 1984) e da teoria social de aprendizado (BANDURA, 1986) e tem por finalidade promover mudança de comportamento individual e explicar comportamentos individuais de promoção da saúde diante de diferentes contextos.

O referido referencial tem o foco na mudança de comportamento para a realização de uma ação promotora de saúde. Surge como uma proposta para integrar a enfermagem à análise comportamental, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis.

Este modelo foi desenvolvido por Nola Pender, uma professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan – Estados Unidos, e vem sendo amplamente utilizado por muitos pesquisadores americanos, asiáticos e europeus. No Brasil, sua utilização na prática de enfermagem começa a ser iniciada (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

3.4 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

No início dos anos 80, o modelo apareceu pela primeira vez na literatura de enfermagem internacional e foi proposto como um sistema para integração entre a enfermagem e as perspectivas da ciência comportamental em fatores que influenciam o comportamento em saúde. O modelo foi oferecido como um guia para exploração dos complexos processos biopsicossociais que motivavam as pessoas em envolverem-se em comportamentos em direção à melhoria da saúde; tem a intenção de ilustrar a natureza multidimensional dos indivíduos que interagem com seu meio ambiente em busca da saúde (PENDER, 1996).

Esse modelo identifica fatores cognitivo-perceptivos que são modificados pelas características situacionais, pessoais e interpessoais, que resultam na participação em condutas favorecedoras de saúde, quando existe uma pauta para a ação. Serve para identificar conceitos relevantes sobre as condutas de promoção à saúde para integrar os itens de investigação de tal maneira que facilitem a geração de hipóteses comprováveis.

São os principais conceitos do modelo (PENDER, 1996, pág 66-73):

A) Características individuais e experiências

Cada pessoa tem características pessoais únicas que afetam as suas ações subseqüentes. A importância de seus efeitos dependerá do comportamento a ser considerado. Os aspectos dos comportamentos prévios ou as características individuais selecionadas para mensurar fornecem flexibilidade no MPS para capturar variáveis que possam ter alta relevância para um comportamento particular em

saúde, mas não para todos os comportamentos em saúde, nem em todas as populações, ou seja, as experiências são individuais.

Conduta prévia

Alguns comportamentos são descritos, no MPS, como “conduta prévia”. Estudos empíricos indicam que, freqüentemente, a melhor predição de um comportamento é a sua freqüência ou um comportamento similar desenvolvido no passado. Os comportamentos prévios são aqueles que causam efeitos, tanto diretos como indiretos, na probabilidade de se engajar em comportamentos de promoção da saúde. O efeito direto pode ser devido a hábitos de formação, criando a predisposição de se engajar no comportamento automaticamente, com pouca atenção em detalhes específicos para essa execução. A força do hábito aumenta cada vez que o comportamento ocorre e é facilitada por práticas repetidas e concentradas.

Baseado na teoria social cognitiva, o comportamento prévio também é definido como tendo uma influência indireta em comportamentos de promoção à saúde através das percepções de auto-eficácia, benefícios, barreiras e sentimento relacionado à atividade. Os benefícios projetados ou anteriormente vivenciados pelo envolvimento no comportamento são relatados como expectativas de resultado. Se os benefícios de curto-prazo desejados são obtidos logo no início do comportamento, o mesmo é mais facilmente repetido. Assim, as barreiras para um dado comportamento, que não teve benefícios, são armazenadas na memória como “obstáculos”, e que precisam ser superados para transformar-se em um comportamento de sucesso. Cada incidente de um comportamento é também acompanhado por emoções. Emoções positivas ou negativas antes, durante ou

depois do comportamento, são codificadas na memória como informações que são recuperadas ao se contemplar o comportamento em um momento futuro. Desse modo, a conduta prévia é tida como aquela que dá forma às cognições e emoções específicas do comportamento.

Fatores pessoais

No MPS, os fatores pessoais são categorizados como biológico, psicológico e sociocultural. Fatores pessoais biológicos incluem variáveis como: idade, sexo, índice de massa corporal, capacidade aeróbica, força, agilidade e equilíbrio. Os fatores pessoais psicológicos podem incluir variáveis como auto-estima, auto-motivação, competência pessoal, estado de saúde e definição de saúde. Os fatores pessoais socioculturais incluem variáveis como raça, etnia, cultura, educação e condição socioeconômica. Dado que existem inúmeros fatores pessoais, os que serão incluídos em qualquer estudo devem ser limitados aos que sejam teoricamente relevantes para a explicação ou predição de qualquer dada conduta. Os fatores pessoais podem influenciar diretamente as cognições e as emoções específicas ao comportamento, assim como condutas de promoção à saúde. Embora os fatores pessoais possam ter influência sobre as cognições, as emoções e prever as condutas de promoção à saúde, alguns fatores pessoais não podem ser mudados; assim, esses são raramente incorporados em intervenções de mudanças de conduta.

B) Cognições e emoções específicas relacionadas ao comportamento

Essa categoria de variáveis do MPS é considerada de maior significância motivacional. Além disso, essas variáveis constituem um núcleo crítico para

intervenções, por serem úteis para a modificação, por meio de intervenções de enfermagem.

Percepção dos benefícios da ação

O desempenho de uma conduta particular depende dos benefícios e resultados esperados. Os benefícios esperados são representações mentais das conseqüências positivas de uma conduta. A importância motivacional dos benefícios rememorados é baseada na experiência pessoal ou conseqüente dos resultados da experiência prévia. Assim, a crença nos benefícios ou expectativas de resultados positivos é necessária, mas não é uma condição suficiente para o engajamento em uma conduta de saúde. Os indivíduos tendem a investir tempo e recursos em atividades com alta probabilidade de melhorar sua experiência, pelos resultados positivos. A importância motivacional dos benefícios esperados é corroborada pela maioria dos estudos realizados na abordagem do MPS.

Os benefícios da realização de uma conduta podem ser intrínsecos (maior estado de alerta e menor sensação de fadiga) ou extrínsecos (recompensas monetárias ou interações sociais obtidas como resultado da realização da conduta). No início, os benefícios extrínsecos podem ser de alta importância motivacional, e os intrínsecos podem ter mais influência para motivar a continuação da conduta de saúde.

O MPS propõe que os benefícios percebidos motivam indiretamente pela determinação do compromisso do sujeito com um plano de ação, para a realização de condutas, a partir do qual resultarão os benefícios esperados.

Percepção das barreiras para a ação

Segundo Pender (1996) as barreiras afetam as intenções para se realizar uma conduta particular e a sua execução real, pois, podem ser reais ou imaginárias. Elas consistem em percepções valorativas relacionadas à indisponibilidade, inconveniência, custo, dificuldade e tempo de consumação necessário. Quando há pouca disposição para programar uma ação e as barreiras são altas, a ação tem pouca probabilidade de ocorrer. Quando a disposição para atuar é alta e as barreiras são baixas, a probabilidade de ação é muito maior. O modo como se percebe as barreiras determina a implementação da conduta promotora de saúde; ou seja, elas podem ser diretamente obstáculos para a ação, ou, indiretamente, obstáculos para o compromisso com um plano de ação.

Percepção da auto-eficácia

Auto-eficácia, como definida por Bandura (1986), é o julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar uma ação específica. Não se refere à capacidade que um indivíduo possui, mas ao julgamento do que cada um pode fazer com as habilidades que possui. Porém, os julgamentos de eficácia pessoal se distinguem das expectativas de resultados. A auto-eficácia percebida é o julgamento da capacidade pessoal para alcançar certo nível de desempenho; por outro lado, a expectativa pelo resultado requer o julgamento das conseqüências prováveis que essa conduta produzirá. As percepções de habilidade e competência para uma dada ação motivam os indivíduos a realizar os comportamentos em que se destacam. Sentir-se eficaz e hábil num determinado desempenho leva ao encorajamento para a sua realização com maior freqüência do que se sentir inapto.

O conhecimento pessoal da auto-eficácia se baseia em quatro tipos de informação: (1) avaliação do desempenho na realização real da conduta segundo um critério; (2) experiências conseqüentes da avaliação do desempenho dos outros, sua auto-avaliação e conseqüência; (3) reforço verbal, por parte dos outros, sobre a sua capacidade em cumprir uma determinada ação; (4) estados fisiológicos (por exemplo: ansiedade, medo, calma, tranqüilidade, etc) sob os quais as competências são julgadas.

Sentimento relacionado à atividade

Os sentimentos são estados subjetivos que ocorrem antes, durante e depois de uma conduta, baseados nas propriedades dos estímulos integrados a ela. Estas respostas afetivas podem ser leves, moderadas ou fortes, e são classificadas cognitivamente, armazenadas na memória e associadas aos pensamentos subseqüentes da conduta. As respostas afetivas a uma determinada conduta consistem de três componentes: o despertar emocional do ato em si (relacionado à atividade), a auto-realização (auto-relacionado) e o ambiente no qual a ação ocorre (relacionado ao contexto). O sentimento resultante da ação tem a probabilidade de determinar se um indivíduo a repetirá e se irá mantê-la por um longo prazo. A emoção relacionada a uma conduta reflete uma reação que pode ser positiva ou negativa - divertido, gostoso, agradável, repugnante ou desagradável. As condutas associadas à emoção positiva têm a probabilidade de se repetir, enquanto que as associadas à emoção negativa têm a probabilidade de serem evitadas. Para algumas condutas, os sentimentos positivos ou negativos serão eliciados. Por conseqüência, é importante determinar o equilíbrio relativo entre emoção positiva e negativa antes, durante e depois da conduta.

Num estudo, qualquer conduta deve-se detalhar a completa gama dos sentimentos positivos e negativos, para que ambos possam ser medidos adequadamente. De acordo com Pender (1996), em instrumentos propostos para medir a emoção, os sentimentos negativos são detalhados de maneira mais detalhada que os positivos. Isto não é surpreendente dado que a ansiedade, o temor e a depressão têm sido estudados muito mais que a felicidade e a calma.

Influências interpessoais

De acordo com o MPS, as influências interpessoais são relativas às condutas, crenças ou atitudes de terceiros.

Essas cognições podem ou não corresponder com a realidade. As fontes principais de influências interpessoais para as condutas promotoras de saúde são: família (pais ou irmãos), os amigos e os cuidadores de saúde. As influências interpessoais incluem: as normas (expectativas de pessoas importantes), o apoio social (estímulo instrumental ou emocional) e a modelagem (aprendizado secundário pela observação dos outros realizando uma determinada conduta). Tem-se demonstrado que esses três processos interpessoais afetam a predisposição dos indivíduos para realizar as condutas promotoras de saúde, em vários estudos sobre esse tema.

Os indivíduos variam com relação ao nível de sensibilidade aos desejos, exemplos e elogios de terceiros. Entretanto, quando a motivação é suficiente para comportar-se de uma maneira consistente com as influências interpessoais, os indivíduos tendem a realizar condutas pelas quais serão admirados e reforçados socialmente.

Influências situacionais

As percepções de qualquer situação ou contexto podem facilitar ou impedir uma conduta. As influências situacionais incluem as percepções das opções disponíveis, as características de necessidades e as características do ambiente. Os indivíduos são incentivados a desempenhar ações mais competentemente em situações e contextos ambientais nos quais se sentem compatíveis, protegidos, seguros e tranquilos. Ambientes interessantes também são contextos incentivadores para a realização das condutas de saúde.

O MPS se refere às influências situacionais como reforços diretos e indiretos para a conduta de saúde. As situações podem afetar diretamente a conduta por apresentar um ambiente estimulante que impulsionam a ação. Por exemplo, um ambiente onde é "proibido fumar" cria as características para a conduta de não fumar. Os regulamentos do uso de protetor auditivo em uma companhia criam a característica de que dos regulamentos que devem ser obedecidos. Ambas situações impõem o compromisso com as ações de saúde.

C) Resultado comportamental

O compromisso com um plano de ação inicia um evento de conduta. Esse compromisso impulsionará o indivíduo para a realização do comportamento, a menos que intervenha uma demanda contrária que o indivíduo não possa evitar, ou uma preferência contrária à que o indivíduo não resista.

Compromisso com um plano de ação

Os seres humanos, geralmente, realizam uma conduta organizada no lugar de uma desorganizada. O compromisso com um plano de ação no MPS implica os

seguintes processos cognitivos inerentes: (1) compromisso para realizar uma ação específica em determinado tempo e lugar, e com pessoas específicas ou sozinhas, apesar das preferências contrárias, (2) identificação de estratégias definitivas para apresentar, realizar e reforçar a conduta. O compromisso sem estratégias associadas, freqüentemente, resulta em "boas intenções", mas falha em realizar uma conduta de saúde valiosa (significante).

Preferências e demandas contrárias imediatas

As demandas e preferências contrárias imediatas referem-se às condutas alternativas que invadem a consciência como caminhos possíveis de ação imediatamente antes da ocorrência pretendida de uma conduta de saúde planejada. As demandas contrárias são vistas como aquelas condutas alternativas sobre as quais os indivíduos têm relativamente pouco controle devido a incidentes ambientais tais como responsabilidades de trabalho ou de atenção à família. O fracasso em responder a uma demanda pode ter efeitos inconvenientes para si mesmo ou para outros. As preferências contrárias são vistas como condutas alternativas com propriedades poderosas de reforço sobre as quais os indivíduos exercem relativamente muito controle. Essas podem "descarrilar" uma conduta promotora da saúde em favor da conduta contrária. A extensão com que um indivíduo é capaz de resistir às preferências contrárias depende de sua capacidade de auto-regulação. Exemplos de ceder frente às preferências contrárias são: selecionar um alimento alto em gordura no lugar de um baixo em gorduras devido ao gosto ou às preferências de sabor; passar em frente à academia aonde o indivíduo normalmente vai para se exercitar para ir ao shopping (a preferência de ver vitrines ou comprar no lugar de fazer exercícios). Tanto as demandas como as preferências contrárias podem

"descarrilar" um plano de ação com o qual a pessoa encontra-se comprometida. As demandas contrárias podem ser diferenciadas das barreiras pelo fato de os indivíduos terem que realizar uma conduta não esperada com base em uma demanda externa, ou podem ocorrer resultados adversos.

Os indivíduos variam com relação a sua capacidade para manter a atenção e evitar a interrupção. Alguns indivíduos podem estar predispostos, por desenvolvimento ou biologicamente, a serem mais facilmente separados de um caminho de ação que outros. Inibir as preferências contrárias requer exercício da capacidade de auto-regulação e controle. O forte compromisso com um plano de ação pode manter a dedicação para completar uma conduta à luz das demandas ou preferências contrárias. No MPS, as demandas e preferências contrárias imediatas afetam diretamente a probabilidade da ocorrência da conduta de saúde, assim como moderam os efeitos do compromisso.

Conduta promotora de saúde

A conduta promotora da saúde é o ponto final ou resultado da ação no MPS está basicamente dirigida à aquisição de resultados de saúde positivos. Quando particularmente integradas a um estilo de vida saudável que integra todos os aspectos da vida, as condutas promotoras da saúde dão como resultado uma experiência de saúde positiva durante a vida.

Na Figura 1 é ilustrado de forma esquemática o referido modelo e a inter-relação dos conceitos adotados.

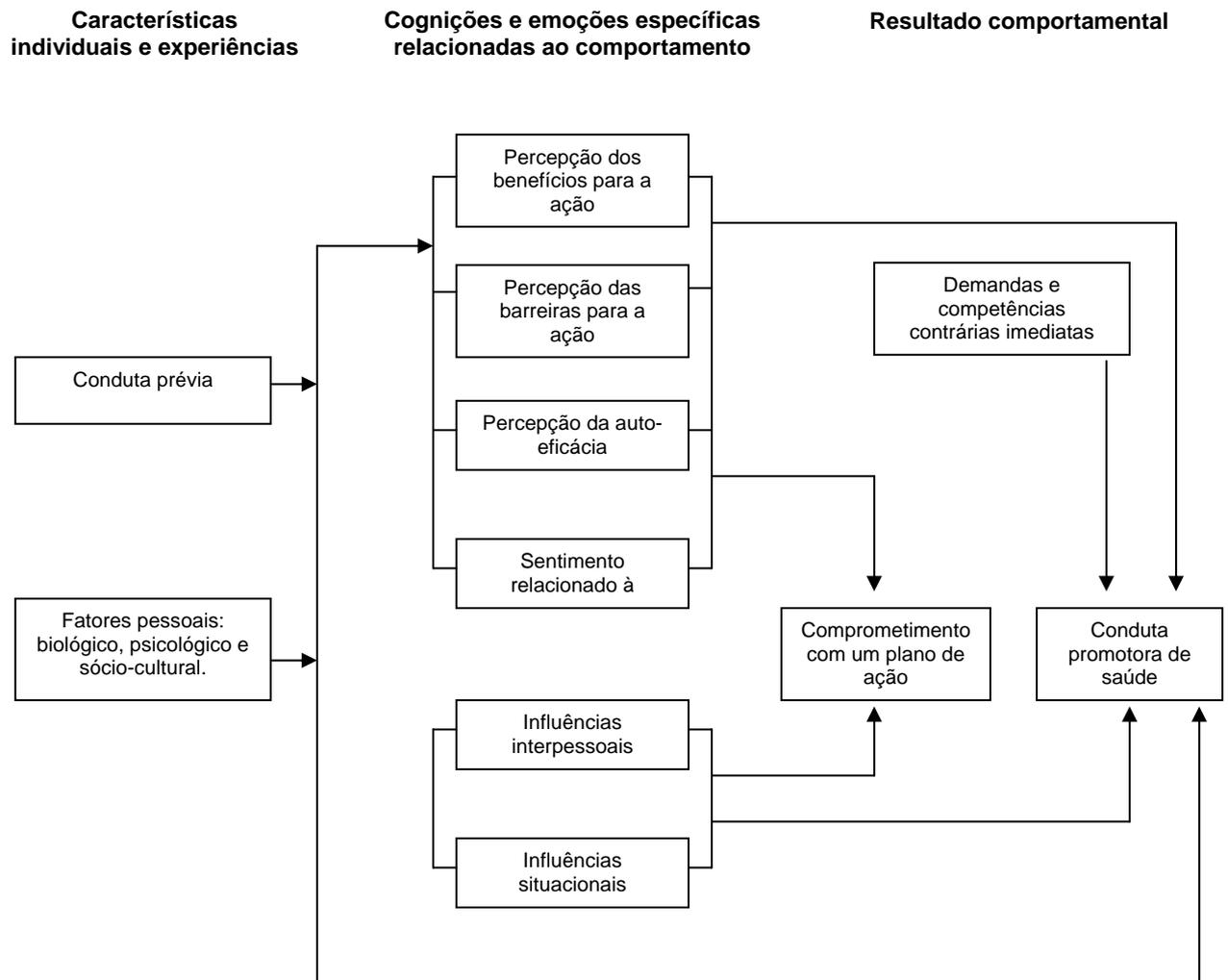


Figura 1: Modelo de Promoção da Saúde Revisado (PENDER, 1996).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória estruturada na perspectiva do referencial teórico do MPS proposto por Pender (1996) e com uso das abordagens qualitativa e quantitativa de análise dos dados.

Interpretou-se os resultados a partir da quantificação das informações obtidas, destacando-se as de maior relevância qualitativa, de modo a dar sentido às práticas cotidianas do uso de luvas na punção venosa.

4.2 LOCAL DE COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Trata-se de um hospital de 604 leitos, que realiza 1320 cirurgias mensais e é considerado um dos maiores hospitais universitários do Brasil. A instituição possui em seu quadro funcional 1452 trabalhadores da equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros), os quais representam 37,4% do total dos trabalhadores atuantes na instituição e exercem suas atividades laborais em unidades relacionadas a todas as especialidades médicas.

O hospital possui um Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) composto por dois médicos, um engenheiro, dois enfermeiros do trabalho, um técnico de enfermagem do trabalho, cinco técnicos de segurança do trabalho e dois professores de educação física. O SESMT é responsável pela execução de ações que visem o controle e manutenção da saúde dos trabalhadores

e a prevenção acidentes do trabalho e possíveis formas de adoecimento pelo trabalho.

Dentre as várias unidades componentes da instituição foi selecionada para este estudo a unidade de internação de Clínica Médica, pelo fato de ser uma clínica onde existe um grande número de procedimentos e técnicas realizadas pela equipe de enfermagem que necessitam do uso de luvas e devido a evidências científicas resultante de pesquisa realizada no mesmo hospital que identificou a unidade como o local de maior ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico (CANINI, 2005).

4.3 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DA COLETA DE DADOS

Primeira etapa

Com a finalidade de conhecer a rotina, condição de trabalho, número de trabalhadores, riscos existentes no ambiente de trabalho e a execução da atividade de punção venosa periférica, utilizou-se como recurso metodológico a observação da dinâmica do trabalho de enfermagem e o registro dos dados coletados em um diário de campo.

A observação foi de suma importância para identificar se os trabalhadores de enfermagem utilizavam luvas durante a atividade de punção venosa, uma vez que apenas a utilização do formulário de coleta de dados poderia mascarar o fato da não utilização do equipamento de proteção individual.

A observação foi realizada durante 20 jornadas de trabalho, sendo efetuadas 5 jornadas no turno de trabalho da manhã, 5 no turno da tarde e 10 no turno da noite, uma vez que o hospital possui duas equipes que trabalham em noites

alternadas. As observações foram realizadas no mês de julho de 2005 pela autora da pesquisa.

Segunda etapa

Nesta etapa utilizou-se um formulário (Apêndice 01) para orientar a entrevista realizada com os sujeitos e cujos depoimentos foram gravados em fita cassete.

O formulário foi composto por duas partes. A primeira focalizou dados sócio-demográficos e a segunda foi composta por questões abertas com a finalidade de oportunizar aos sujeitos, liberdade para a emissão de depoimentos sobre a prática do uso de luvas na execução da atividade de punção venosa periférica para administração de medicamentos e soroterapia.

Dos 40 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) atuantes na unidade de internação de Clínica Médica, no mês de julho, 20 trabalhadores executaram a atividade de punção venosa e participaram desta etapa da pesquisa, onde os critérios estabelecidos para inclusão dos sujeitos foram: ser trabalhador de enfermagem da unidade de Clínica Médica, localizada no 5º andar do hospital, concordar em participar voluntariamente da pesquisa e executar a atividade de punção venosa periférica para administração de medicamentos e soroterapia.

Esses 20 trabalhadores foram entrevistados em período de acordo com a disponibilidade dos envolvidos, no próprio local de trabalho, em uma sala reservada.

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 01).

Durante a fase de observação, para garantir a naturalidade dos sujeitos da pesquisa durante a realização de suas atividades rotineiras de trabalho, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 02) solicitava a aquiescência do trabalhador para ser observado durante a execução de todas as suas atividades de trabalho e não apenas a administração de medicamentos, partindo do pressuposto que se os sujeitos soubessem dos objetivos específicos do trabalho antes da observação, utilizariam luvas durante a punção venosa, mascarando a realidade da prática profissional.

4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Cálculos de frequência numérica e percentual foram efetuados para a análise dos dados quantitativos, já os dados qualitativos foram tratados usando a técnica de análise de conteúdo, seguindo os postulados de Bardin (1977) que define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores (quantitativos e qualitativos) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

As fases da análise de conteúdo são organizadas em três pólos cronológicos:

- Pré-análise

Realizou-se por meio de uma leitura flutuante das respostas emitidas pelos trabalhadores de enfermagem às questões norteadoras, baseadas no MPS revisado e proposto por Pender (1996).

- Exploração do material e tratamento dos resultados

Diante das informações obtidas com os trabalhadores, classificou-se o conteúdo e sua frequência, levando em conta os conteúdos comuns. Posteriormente, agrupados em unidades temáticas.

- Inferência e interpretação

Elaborou-se uma relação das categorias estabelecidas, segundo as unidades mais freqüentemente abordadas pelos sujeitos.

Categoria 1 – Conduta prévia

Unidade Temática: Frequência que realiza conduta promotora de saúde

Categoria 2 – Percepção dos benefícios para a ação

Unidade Temática: Segurança de utilizar luvas

Categoria 3 – Percepção das barreiras para a ação

Unidade Temática: Experiência negativa do uso de luvas

Categoria 4 – Percepção da auto - eficácia

Unidade Temática: Capacidade profissional e conduta promotora de saúde

Categoria 5 – Influências interpessoais

Unidade Temática: Influências sobre a utilização de luvas

Categoria 6 – Influências situacionais

Unidade Temática: Fatores situacionais da não utilização de luvas

Categoria 7 – Sentimento relacionado à atividade

Unidade Temática: Satisfação quanto ao procedimento e a profissão escolhida

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados é feita em duas etapas: a primeira refere-se à apresentação dos dados relacionados à caracterização dos sujeitos e a segunda, refere-se à análise qualitativa das variáveis significativas relacionadas ao comportamento de uso de luvas na atividade de punção venosa, para administração de medicamentos e soroterapia, pelos trabalhadores de enfermagem.

5.1 Características dos trabalhadores de enfermagem

Inicialmente são apresentados os resultados relativos às características pessoais dos trabalhadores da equipe de enfermagem. Na Tabela 1 estão apresentados os dados relativos às variáveis: idade, sexo, estado civil e número de filhos.

Tabela 1 Distribuição do número de trabalhadores, segundo idade, sexo, estado civil e número de filhos. Unidade de Clínica Médica – HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2005.

| Variáveis | nº | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| Idade em anos | | |
| 20 –l 30 | 11 | 55,0 |
| 30 –l 40 | 05 | 25,0 |
| 40 –l 50 | 03 | 15,0 |
| > que 50 | 01 | 05,0 |
| Total | 20 | 100 |
| Sexo | | |
| Masculino | 04 | 20,0 |
| Feminino | 16 | 80,0 |
| Total | 20 | 100 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 14 | 70,0 |
| Casado | 06 | 30,0 |
| Total | 20 | 100 |
| Número de Filhos | | |
| Nenhum | 14 | 70,0 |
| Um | 03 | 15,0 |
| Dois | 01 | 05,0 |
| Três | 02 | 10,0 |
| Total | 20 | 100 |

Observar-se na Tabela 1 que as variáveis que predominantemente caracterizam os sujeitos são: idade entre 20 e 30 anos (55%), sexo feminino (80%), solteiros (70%) e pessoas sem filhos (70%).

A Tabela 2 apresenta informações sobre a categoria profissional, o grau de instrução dos trabalhadores participantes da pesquisa e o tempo de serviço na profissão.

Tabela 2: Distribuição do número de trabalhadores, segundo categoria profissional, grau de instrução e tempo de serviço na profissão. Unidade de Clínica Médica – HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2005.

| Variáveis | nº | % |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| Categoria Profissional | | |
| Auxiliar de enfermagem | 14 | 70,0 |
| Técnico de enfermagem | 02 | 10,0 |
| Enfermeiro | 04 | 20,0 |
| Total | 20 | 100 |
| Grau de Instrução | | |
| Ensino médio incompleto | 01 | 05,0 |
| Ensino médio completo | 08 | 40,0 |
| Ensino superior incompleto | 04 | 20,0 |
| Ensino superior completo | 07 | 35,0 |
| Total | 20 | 100 |
| Tempo de trabalho na profissão | | |
| 0 – 5 anos | 07 | 35,0 |
| 05 – 10 anos | 08 | 40,0 |
| 10 – 15 anos | 01 | 05,0 |
| 15 – 20 anos | 03 | 15,0 |
| 20 – 25 anos | 01 | 05,0 |
| Total | 20 | 100 |

De acordo com a Tabela 2, observa-se que um maior contingente (70%) de trabalhadores pertence à categoria auxiliar de enfermagem; 40% possuem grau de instrução correspondente ao ensino médio e 55% ensino superior completo ou incompleto e atuam a menos de 10 anos na profissão (75%).

Quando questionados se possuíam um segundo emprego, apenas 4 sujeitos (20%) responderam executar outra atividade laboral remunerada.

Um estudo realizado por Chan (1998) demonstrou que a falta de experiência no trabalho foi responsável por 57% dos acidentes com material perfurocortante ocorridos com trabalhadores de enfermagem.

Marziale (2003) evidenciou que 17% dos trabalhadores acidentados em 4 instituições estudadas, tinham menos de 1 ano de serviço no hospital, o que indica que neste caso, o motivo do acidente pode estar associado com a falta de experiência e adaptação às rotinas de trabalho; porém, 43,3% possuía entre 1 e 6 anos de experiência e o restante (39,7%) tinham mais de 6 anos de trabalho na instituição, sendo que o motivo pode estar associado a outros fatores (carga de trabalho, idade, fadiga, estresse)

5.2 O comportamento do uso de luvas na punção venosa periférica

Considerando que a maioria dos trabalhadores são jovens, tiveram sua formação profissional em período recente e que possivelmente tiveram acesso a informações, quer seja durante a educação formal ou educação em serviço, sobre o uso de luvas como equipamento de segurança necessário quando da manipulação de material biológico, a investigação dos fatores intrínsecos e extrínsecos que levam a não utilização das luvas na execução da punção venosa tornou-se relevante para elaboração de possíveis ações de mudança do referido comportamento.

Diante dos depoimentos dos sujeitos, classificou-se os conteúdos quanto à frequência e os agrupou em categoria de conteúdos comuns. Posteriormente, associou-se as categorias em temas referentes aos fatores que influenciam o comportamento, quais sejam: conduta prévia, percepção de benefícios para a ação,

percepção de barreiras para a ação, percepção de auto-eficácia, influências interpessoais, influências situacionais e sentimento relacionado à atividade.

A seguir, são descritas as informações extraídas dos depoimentos emitidos pelos trabalhadores referentes à categoria conduta prévia, relacionada ao tema “freqüência que realiza conduta promotora de saúde”.

Categoria 1 – Conduta prévia

Unidade temática: Freqüência que realiza conduta promotora de saúde

A conduta prévia no MPS é considerada a de maior significância motivacional. O modelo descreve que se o benefício desejado é anteriormente experimentado, este é mais facilmente repetido e a freqüência da execução ou a realização no passado é a melhor predição de execução no futuro (PENDER, 1996).

Durante as observações das atividades de punção venosa para administração de medicamentos e soroterapia, constatou-se que dos 20 trabalhadores observados que realizaram a atividade, 45% utilizaram luvas na execução do referido procedimento e 55% não as usaram. Os resultados encontrados corroboram as constatações empíricas efetuadas pela autora no cotidiano profissional.

A realidade observada na situação estudada também foi constatada nas investigações realizadas por Sarquis e Felli (2000) e Tomazin e Benatti (2001) quando analisaram incidências de acidentes de trabalho com exposição a material biológico e constaram, em ambas investigações, que 50% dos acidentados não faziam uso de luvas durante o procedimento executado na ocasião do acidente .

Constatou-se que o trabalhador de enfermagem, na maioria das vezes, não utiliza luvas para a realização da atividade de punção venosa (55%), mas quando

foram questionados, 70% dos sujeitos emitiram nos depoimentos que as usavam freqüentemente. As falas apresentadas a seguir ilustram a situação vivenciada.

“Sempre que eu vou puncionar eu uso.” (S06)

“Todas as vezes.” (S18)

“Sempre uso.” (S19)

“Sempre. É...depende... para puncionar com abocath eu uso sempre, toda vez. Escalpe às vezes eu uso se paciente tem alguma coisa, tipo hepatite, então eu uso.” (S03)

“Quando é um paciente que eu vou puncionar, por exemplo, com o escalpe, se ele não tem diagnóstico de hepatite, ou outras doenças, eu não uso a luva. Com abocath sim. Porque com escalpe geralmente é mais difícil entrar em contato com sangue do paciente. Então eu não uso. Mas se o paciente tem hepatite, HIV ou outra doença que tenha mais risco de contágio, eu uso a luva, mesmo com escalpe. Com abocath eu uso sempre.”(S02)

“Em todas a gente usa, eu uso para todas, só que às vezes, quando é um acesso difícil, você tenta com a luva e não dá certo, então a segunda vez eu já tiro a luva e vai sem.” (S16)

Os trabalhadores fazem menção aos dispositivos intravenosos, nomeados e identificados nos depoimentos dos sujeitos como “escalpe” e “abocath”. Esses instrumentos são utilizados com freqüência para na punção de acesso venoso para a administração de medicamentos e soroterapia.

Em parte dos depoimentos (35%) evidenciou-se que os sujeitos utilizam luvas apenas quando sabem que o diagnóstico do paciente representa risco de contaminação. Considerando-se que a realização de testes sorológicos de todos os

pacientes hospitalizados não é uma prática rotineira devido a problemas financeiros e operacionais, o referido comportamento adotado pelos trabalhadores pode ser considerado como de risco a sua saúde.

Muitas vezes, diagnóstico de contaminação pelos vírus da Hepatite (HBV e HCV), HIV e de outras patologias é desconhecido até mesmo pelo portador da doença. Os pacientes podem não apresentar sinais e sintomas, ou ainda, podem estar na chamada “janela imunológica”, período que vai da entrada do agente no organismo até a formação de anticorpos, não sendo passível de detecção por exames sorológicos rotineiros (CANINI, 2005).

Trabalhadores de saúde, principalmente os de enfermagem, têm se mostrado resistentes à utilização de EPI, a notificação do acidente de trabalho e subestimam o risco de se infectar quando vitimados por acidentes com material perfurocortante (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

A adesão às precauções-padrão é uma importante medida preventiva para exposição a material biológico e pesquisadores têm reconhecido que a adesão, ainda hoje, está abaixo do ideal (CANINI, 2005). Consideramos que o uso dessas precauções, no entanto, não garante a minimização de acidentes de trabalho com exposição a material biológico; faz-se necessário a associação do uso de agulhas e cateteres intravenosos com dispositivo de segurança, adequada prática de descarte de material perfurocortante, organização adequada do trabalho, principalmente, no que se refere a quantidade de trabalhadores condizente com a demanda de atividades.

Um outro fator que merece atenção é a mudança de comportamento após vivenciar uma experiência negativa conforme mostram os depoimentos descritos a seguir:

“Ultimamente eu tenho usado sempre, porque eu tive um acidente de trabalho e acho que, a partir deste momento, eu me conscientizei melhor disso...” (S04)

“...eu particularmente estou até me policiando mais... eu acho que eu estou usando com mais frequência do que há um tempo atrás, então eu acho que eu to usando até de médio pra cima uma quantidade boa de luvas.” (S07)

O trabalhador muitas vezes não modifica seu comportamento apenas com medidas preventivas, treinamento e educação continuada, ele precisa viver um fato marcante (com ele ou outra pessoa) para se preocupar com sua saúde.

Outros profissionais entrevistados referem ter o “hábito” de realizar a atividade de punção venosa periférica sem o uso de luvas, demonstrando a intensidade e valor do comportamento previamente adotado:

“Quando eu uso é mais por necessidade e precaução mesmo... 99% sem luvas. 1% seria quando tem hepatite C, HIV, ai eu uso, mas a maioria das vezes é sem luvas para realizar a punção venosa. É o hábito, não tem jeito, já é vício.” (S09)

“Nunca, a não ser que o paciente tenha hepatite C, alguma coisa assim, eu posso ate colocar...” (S13)

“Na época que eu comecei, eu não fui obrigado, eu não tive um treinamento assim... que me obrigasse. Na verdade eu entrei aqui no HC e não tive treinamento por várias causas na época, e como não fui treinado e no curso eu tive poucas punções com luvas, com o tempo eu não criei o hábito de usar luvas. To tentando, mas é meio complicado não consigo não, não tenho tato, não tem jeito, já tentei. Paciente que é difícil de acesso venoso é muito difícil, com luva não vai.” (S09)

Observa-se que a conduta promotora de saúde precisa ser anteriormente experimentada e a sua freqüência de execução deve ser elevada para que ocorra mudança de comportamento. Para essa mudança, se faz necessário a construção de uma rotina, hábito e conscientização.

Percebe-se que o uso de luvas na punção venosa periférica não ocorre com a freqüência ideal. Assim, a conduta de promoção da saúde fica cada vez mais distante da realidade destes trabalhadores.

Categoria 2 – Percepção dos benefícios da ação

Unidade temática: Segurança de utilizar luvas na atividade de punção venosa

Os benefícios percebidos pelos sujeitos motivam, indiretamente, por meio da determinação do compromisso a um plano de ação. São representações mentais das experiências positivas em relação a um determinado comportamento. Portanto, é importante que o trabalhador de saúde conheça os riscos existentes no ambiente de trabalho e as medidas de proteção.

Nos depoimentos dos trabalhadores, descritos a seguir, constata-se que há indicativos do reconhecimento da utilização de luvas como uma barreira protetora e como medida de promoção de sua saúde e prevenção de acidentes de trabalho.

“Me sinto segura usando luvas.” (S11)

“Extremamente importante, porque às vezes espirra uma gotinha de sangue. Eu acho de extrema importância.” (S17)

“Ah sim, porque a gente tem muito paciente com diagnóstico indefinido, então é uma forma de proteção.”(S08)

...mas assim se eu me picar, lógico que não é 100% mas acho que alguma barreira vai ter.” (S06)

Florêncio et al. (2003) citam que a adesão ao uso do EPI está relacionada à percepção que os profissionais têm acerca dos riscos a que estão expostos e da susceptibilidade a estes riscos. Muitas vezes, os profissionais banalizam os riscos ocupacionais com material biológico, não sabendo, na sua maioria, identificar as conseqüências decorrentes da inobservância do uso de medidas de prevenção.

Em um estudo sobre a utilização de EPI na manipulação de material biológico humano, Bálsamo (2002), constatou que 66,67% usavam os equipamentos no momento do acidente e os demais justificaram a não-utilização porque acreditavam que o procedimento não os expunha a risco.

Estudo realizado por Sarquis e Felli (2000), identificou que 84% dos trabalhadores julgaram desnecessário o uso de EPI, por desacreditarem na contaminação do material que estavam manipulando.

Nishide, Benatti e Alexandre (2004), pesquisando a adesão dos profissionais ao uso de EPI, constataram que apenas 40% dos trabalhadores faziam uso do equipamento de proteção, evidenciando que estes avaliavam de forma equivocada a utilização dos mesmos durante os procedimentos a serem realizados, por não valorizarem a real importância do seu uso para a prevenção dos acidentes ocupacionais.

Além disso, é possível observar que quando o trabalhador se preocupa e prioriza sua saúde, está atento às atividades que realiza, existe uma sensação de bem estar, onde o profissional termina sua jornada de trabalho sem preocupações. Esse sentimento é relevante nesta categoria onde o benefício da ação promotora de saúde é percebido e vivenciado.

“Em relação a isso, você sai com a cabeça mais leve daqui, sem estar preocupada se eu me contaminei, se não me contaminei.” (S04)

Nos depoimentos dos sujeitos identifica-se que em 50% deles, os trabalhadores desconhecem que as luvas funcionam como uma barreira mecânica para diminuir o risco de aquisição de patógenos veiculados por sangue.

“...segurança total não, você vai garantir a segurança só do sangue não entrar em contato com a sua pele, mas se você tem algum perfurocortante, a luva não vai te proteger com a ponta da agulha. Então não é uma segurança total, tem que ter atenção.” (S02)

“Mesma coisa... eu particularmente não costumo deixar sangrar a punção então, o abocath eu não deixo escorrer, escalpe eu não deixo escorrer, então pode ser que aconteça, mas...é a mesma segurança.” (S07)

“Sim, apesar de que quando tem que furar, fura. Aconteceu algo inédito comigo; fui pegar um paciente que já estava com escalpe heparinizado, no terço médio do antebraço e... eu peguei próximo da punção, onde estava puncionado. Você acredita que ele transfixou a pele, a derme, furou a luva e a minha mão? Quando tem que acontecer... não é luva, não é nada, você tem que prestar atenção.” (S12)

“É só contato mesmo, mas no caso de se perfurar, isso não protege.” (S03)

“É, oferece uma certa segurança em algumas coisas. Sei que não vai me proteger se eu me perfurar com alguma coisa... tem este risco, mas, eu me sinto seguro sim.” (S14)

“Ah, traz segurança, mas no caso de perfuro, ela não protege tanto, mas ajuda sim, é essencial.” (S15)

Evidências científicas mostram que o uso de luva pode reduzir em 70% o volume de sangue injetado quando da ocorrência de perfuração por agulhas de sutura (MAST et al., 1993; BENNETT; HOWARD, 1994) e em casos de perfuração com agulhas ocas, a luva pode reduzir de 35 a 50% a inoculação de sangue, considerando que parte do fluido pode permanecer no lúmen da agulha (ROSE et al., 1994). Assim, além de impedir o contato com sangue e outros fluídos corpóreos com a pele, as luvas são extremamente importantes na proteção dos profissionais durante a realização de procedimentos envolvendo material perfurocortante, partindo-se da ciência que os fatores de risco para aquisição do vírus após exposição ocupacional dependem da quantidade e do grau de contato do trabalhador com o sangue inoculado.

Assim, o uso de luvas é de extrema importância, nas atividades de manipulação de material perfurocortante, pois servem como uma barreira mecânica e muitos trabalhadores não têm essa informação, podendo interferir na adoção de comportamento seguro pois as representações mentais positivas de uma ação, no caso o uso de luvas nesta atividade, reforçam as conseqüências de adotar um comportamento.

Categoria 3 – Percepção das barreiras para a ação

Unidade temática: Experiência negativa do uso de luvas

As barreiras percebidas afetam diretamente a conduta promotora de saúde, atuando como obstáculos para a ação, e indiretamente através da redução do compromisso com um plano de ação. Afetam as intenções para se realizar uma conduta e sua execução real (PENDER,1996).

As luvas de látex, tanto cirúrgicas como de procedimentos, têm demonstrado eficiência na prevenção e transmissão de doenças infecciosas nos trabalhadores da área da saúde. Desta forma são indispensáveis para o trabalho diário, devendo oferecer conforto, barreira e propriedades táteis (SUSSUMAN; BEEZHOLD, 1995). No entanto, nas falas dos sujeitos fica evidente que o tamanho das luvas disponíveis no setor e a conseqüente falta de sensibilidade são barreiras para o adequado uso de luvas.

“Quando a luva é grande. Porque aqui, geralmente a luva é grande, você nunca tem luva pequena. A luva pequena adapta melhor na sua mão, então, para puncionar uma veia é bem melhor. Agora a grande fica lisa...” (S02)

“A luva costuma atrapalhar quando é de um tamanho não adequado. Às vezes sobra um pouquinho, e em algumas punções venosas ela pode atrapalhar na percepção da veia, na palpação... mas geralmente dá para usar, sem problemas.” (S14)

“Quando ela fica saindo da mão.” (S18)

“Muitas vezes o tamanho. Quando é P você ainda consegue, fica bem apertado, você ainda consegue perceber mais, mas a maioria das vezes o tamanho atrapalha.” (S16)

“Às vezes aqui tem luvas G que ficam fica maiores na sua mão. Parece que eu perco a sensibilidade de localizar a veia. Eu não me sinto confortável com a luva, eu não me sinto.” (S08)

“Puncionar... porque a parte de sentir a veia, ela atrapalha um pouco; a sensibilidade que perde pelo tamanho das luvas.”(S15)

As luvas de procedimentos geralmente se apresentam nos tamanhos pequeno, médio e grande, diferentemente das luvas estéreis para procedimentos cirúrgicos que são classificadas por números.

A diminuição da sensação tátil, o hábito, a conveniência, o desconforto, a ignorância, a preguiça e a dificuldade de utilização de fitas adesivas, especialmente esparadrapo são fatores identificados como motivos, descritos na literatura, para a não utilização rotineira de luvas (OLIVEIRA FILHO et al., 2001).

No depoimento descrito a seguir fica evidente que uma barreira para a não utilização de luvas pelos trabalhadores pode ser a sensibilidade ao látex ou ao talco.

“O talco geralmente resseca muito minha mão. Eu acho que é o talco da luva. Quanto ao procedimento, assim, existe a sensibilidade alterada, mas é o talco da luva que deixa minha mão assim, toda alérgica na verdade, chega descamar a mão.” (S17)

No ambiente de trabalho, a exposição aos antígenos do látex pode ocorrer através do contato direto com a pele ou membranas mucosas, ou pela inalação de partículas de proteínas aderidas ao pó das luvas e dispersadas no ar (LOPES, 2002).

As três manifestações clínicas conhecidas relacionadas ao uso de luvas de látex de borracha natural no trabalho são: dermatite irritante de contato, dermatite alérgica de contato e hipersensibilidade do tipo I. O pó presente nas luvas desempenha papel importante nas reações de hipersensibilidade do tipo I específica ao látex, pois além de ser responsável pelas reações respiratórias devido à exposição aos alérgenos dispersados no ar, é também responsável pelas reações dérmicas devido à exposição cutânea (RISCOBIOLOGICO, 2005).

Com o rompimento da integridade da pele provocada pelas lesões, as mãos dos trabalhadores ficam expostas à entrada de patógenos ou outros agentes nocivos, que podem causar risco à sua saúde.

As barreiras identificadas para o não uso de luvas para os sujeitos foram: o tamanho e a conseqüente falta de sensibilidade, e a alergia ao látex ou ao talco.

Categoria 4 – Percepção da auto-eficácia

Unidade temática: Capacidade profissional e conduta promotora de saúde

O conhecimento pessoal acerca da auto-eficácia se baseia em quatro tipos de informação: desempenho comparado a algum padrão; experiências de observar o desempenho dos outros; a opinião verbal por parte dos outros e os estados fisiológicos a partir dos quais são julgadas as competências (PENDER,1996).

O estudo de Florêncio et al. (2003) mostra que a segurança na realização das tarefas pode se tornar um fato traiçoeiro, pois o excesso de confiança na rotina de trabalho leva à banalização dos riscos podendo contribuir para aumentar a exposição dos profissionais a riscos biológicos, uma vez que os acidentes são imprevisíveis e que na rotina de trabalho, nem sempre tudo acontece da mesma forma.

Quanto à influência da capacidade profissional na conduta promotora de saúde, encontrou-se que muitos sujeitos (70% deles) não acreditam na sua capacidade e prática para realizar a atividade de punção venosa sem o uso de luvas.

“Não, eu acho que isso não existe” (S05)

“Não, na prática eu nunca posso garantir que de repente, o cliente que eu estou atendendo não vai mexer, eu errar, me perfurar; eu não posso garantir... Tem assim, uma prática toda, mas não é uma coisa que eu possa falar que nunca vou sofrer um acidente com perfurocortante. Não posso garantir isso. Existem vários fatores que podem te levar a se perfurar. Eu tento na medida do possível, já que eu estou sem luvas, sem uma proteção, tentar ser o mais certo possível e olhar o que eu estou fazendo, mas nada me garante que depois que eu acabar de puncionar e tirar uma luva eu vou pegar a agulha desencapada, sem querer perder o ..., se espetar, se perfurar. Não me garanto não, eu tenho uma experiência boa mas não me garanto não.” (S09)

“Não me deixa tranqüila não. A gente fica com medo, corre, vai lá, lava a mão, procura colocar algodão para não cair na mão, mas não deixa segurança sem a luva não.” (S16)

Também encontramos relatos de 30% dos profissionais que se sentem seguros para fazer a punção venosa sem o uso de luvas devido a habilidade desenvolvida a partir de sua experiência e da prática de trabalho.

“Não devia permitir, mas eu fico seguro puncionando sem...” (S14)

“Deixa seguro. Eu tenho muita segurança em puncionar sem luvas” (S10)

Muitas vezes, os trabalhadores acreditam em sua capacidade para realizar a tarefa não usando luvas, no entanto reconhecem que o comportamento adotado não é o adequado, esse aspecto pode ser abstraído nos depoimentos a seguir:

“Segurança para puncionar sem luva eu tenho, mas é claro que eu tenho consciência que é de extrema importância. Mas eu tenho muita segurança em puncionar sem a luva, é o maior mal.” (S17)

“É, até com a prática..., mas não que seja o correto porque muitas vezes, como te falei, a gente trabalha com paciente com diagnóstico indefinido, então quando você vê, é uma hepatite e você não se protegeu. É a única forma que a gente tem aqui na punção venosa de se proteger. Não me dá não, eu acho que os anos até atrapalham, porque você vai ficando robotizado, sabe, você faz aquilo mecânico, já fica automático. Eu acho que os anos até atrapalham na minha opinião.”
(S08)

Essa constatação também foi feita no estudo realizado por Canini (2005) que considera que à medida que o trabalhador adquire maior tempo de experiência profissional, maior é sua habilidade em manusear material perfurocortante, e isso poderá protegê-lo de sofrer acidente percutâneo. Entretanto o trabalhador mais experiente pode julgar-se mais protegido e então relegar as medidas preventivas, aumentando sua exposição a situações consideradas de risco.

Contudo, o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar a ação merece atenção, pois os trabalhadores acreditam estar imunes de sofrer algum acidente por confiar em sua capacidade profissional e esse fator também pode ser considerado como uma barreira para o adequado uso de luvas durante a punção venosa.

Categoria 5 – Influências situacionais

Unidade temática: Fatores situacionais da não utilização de luvas

As influências situacionais incluem as percepções das opções disponíveis, as características de demanda e as características estéticas do ambiente (PENDER, 1996).

Os trabalhadores alegam que com a falta de sensibilidade no momento da punção com a utilização de luvas os levam a retirá-la quando se deparam com uma rede venosa debilitada:

“Até tem, às vezes eu estou puncionando, eu falo: “deixa eu tirar isso”. Quando a luva é grande, perde a sensibilidade, você não consegue palpar a veia. Às vezes eu tiro de uma mão só, geralmente da esquerda, e a direita ... eu continuo.” (S03)

“Às vezes quando a veia esta difícil... então eu tiro para ver se consigo sentir a veia.” (S06)

“Às vezes você vai puncionar, sente ali com a luva, e na hora q você vai colocar, some a veia. Você coloca a mão de novo, passa o algodão, sumiu. Eu já tiro a luva, principalmente quando é punção mesmo. Para coletar sangue até que não é tanto, qualquer picadinha que você der, só pra tirar...mas quando é punção pra ficar...” (S16)

Outra dificuldade relatada foi a dificuldade em manusear o esparadrapo, utilizado na fixação da punção venosa:

“Na hora de colocar esparadrapo, sempre gruda na luva, então já não dá, é uma coisa que atrapalha também. Às vezes você até perde a punção por isso.” (S11)

“A hora que eu pego a veia eu tiro a luva para colocar o esparadrapo, porque é muito difícil...” (S10)

“Depois que eu coleí o primeiro esparadrapo eu tiro, e depois colo o resto.” (S18)

Durante o período de observação foi possível perceber que os profissionais trabalham em número reduzido frente ao número de pacientes que necessitam da

assistência de enfermagem. Em um dos períodos observados, constatou-se a presença de apenas dois trabalhadores no turno para cuidar de 22 pacientes, indicando sobrecarga de trabalho.

A sobrecarga de trabalho, além de deixar o profissional mais estressado, exige maior rapidez na execução das tarefas e muitas vezes induzem a um fazer repetitivo e sem planejamento (FLORÊNCIO et al., 2003),

A grande demanda de trabalho pode ser considerada um fator predisponente a ocorrência de erro humano e de acidentes, dentre eles o acidente de trabalho.

Segundo Fisman, Harris e Mittleman (2003) a raiva, a distração e a correria no ambiente hospitalar podem ser considerados como fatores de risco aos acidentes perfurocortantes e exposição a material biológico.

Na situação de trabalho estudado pode-se constatar que o ritmo de trabalho pode influenciar no uso das luvas.

“...às vezes alguma intercorrência que aconteça ali, na enfermaria, que primeiro você vai ver o paciente.” (S05)

“Ah, eu não sei, às vezes até a correria. Às vezes você já pega, já vai, pega a veia sabe, é muita correria também.” (S07)

O ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde. Portanto este deve possuir características que vão de encontro com as necessidades dos trabalhadores.

Além disso, é possível observar que os profissionais priorizam a saúde dos pacientes os quais estão prestando cuidados, deixando a própria saúde para segundo plano.

Assim, evidenciou-se que a falta de sensibilidade no momento da punção, a dificuldade para fixação do cateter e a sobrecarga de trabalho exercem influência situacional para a não utilização de luvas na atividade estudada.

Categoria 6 – Influências interpessoais

Unidade temática: Influências sobre a utilização de luvas

Pender (1996) discute que em muitos estudos, as influências interpessoais incluindo as normas, o apoio social e a modelagem afetam a predisposição dos indivíduos para realizar as condutas promotoras de saúde.

55% dos trabalhadores relatam que os colegas de trabalho e a chefia influenciam de maneira positiva a conduta promotora de saúde, no caso o uso de luvas na atividade de punção venosa periférica:

“Aqui é o contrário, porque aqui eles incentivam cada vez mais o uso adequado do material para cada tipo de trabalho que você vai fazer.” (S04)

“Sempre que um chefe meu, um colega me vê não usando luva em alguma situação, em uma ocasião que deveria, falam: ‘olha a luva’, de maneira geral.” (S13)

“Os colegas de trabalho geralmente falam quando a gente não está com a luva; cada um tomando conta do outro.” (S02)

“Não, a gente é sempre bem orientado a usar.” (S14)

Porém, também encontramos em 30% dos relatos evidências de que não existe influência interpessoal no que diz respeito a essa atividade:

Não, nem inibem nem incentivam, porque você pode ver que quem está aqui há um certo tempo, não tem essa de ficar te olhando se está usando luva. É critério seu, mas, as pessoas que estão começando não, no treinamento treina direitinho, mas é critério do funcionário aqui, se ele acha por bem usar... É claro que tem que usar, mas vai muito do critério, não tem isso aqui, se você puncionar sem não tem problema, se puncionar com também não tem, aqui não tem isso.” (S08)

“Não, nunca foi falado nada. Uma vez que eu tive um acidente de trabalho, que eu fui lá no médico do servidor, eles até acharam ruim comigo, que tem que usar, mas foi só nesta ocasião.” (S03)

“Eu uso porque eu tenho conhecimento e sei que se eu me machucar eu posso ter alguma doença, mas ninguém fica em cima, ninguém...” (S06)

“Nunca falam nada, nem prós nem contra. Então vai de cada um mesmo.” (S07)

“Tem o material aí; está na gente mesmo fazer o uso dele.” (S15)

No entanto, os colegas de trabalho podem influenciar de maneira negativa a realização da conduta promotora de saúde.

“Não, a maioria dos colegas não usam, então, o pessoal que trabalha prefere puncionar sem.” (S18)

Foi evidenciado nas respostas emitidas pelos trabalhadores a questão do treinamento como fator que tem influencia positiva para o uso de luvas.

“O serviço faz muita campanha quanto à importância da utilização das luvas, da lavagem das mãos e tudo mais.” (S17)

“Influenciam a usar porque aqui no HC, punccionar sem luvas dá demissão por justa causa. Você fica sabendo lá quando você entra, no seu treinamento.” (S16)

Muitas vezes, o trabalhador quando é admitido, recebe as informações básicas da instituição e um treinamento, às vezes abordando as questões de biossegurança. Infelizmente, na maioria das vezes este diálogo acontece em um momento único, não sendo eficaz.

Considera-se necessário um programa efetivo de educação permanente. A educação em saúde deve ser um processo contínuo e é uma das formas de proporcionar o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos recursos humanos das instituições. É um dos caminhos para uma assistência de qualidade; engloba programas de ensino que proporcionam aos trabalhadores oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades em suas ações profissionais, respeitando as particularidades pessoais (SOUZA; CERIBELLI, 2004).

Ao questionar os sujeitos sobre a pessoas que podem ter influencia na sua conduta de usar ou não luvas como equipamento de proteção na realização da tarefa estudada, nenhum trabalhador considerou a influencia da família. Diante desta constatação pode-se inferir que o ambiente de trabalho está exercendo maior influência imediata nas atitudes dos trabalhadores do que as influências externas.

Categoria 7 – Sentimento relacionado à atividade

Unidade temática: Satisfação quanto ao procedimento e a profissão escolhida

O MPS descreve que as respostas afetivas a uma determinada conduta consistem em três componentes: despertar emocional do ato em si (relacionado à

atividade), a auto-realização (auto-relacionado), ou o ambiente no qual a ação ocorre (relacionado ao contexto).

Fica evidente com as respostas emitidas pelos trabalhadores que a atividade de punção venosa agrada a grande maioria dos sujeitos (90%). Por ser uma atividade que exige destreza, atenção e habilidade e ser de suma importância na assistência de enfermagem, é notória a satisfação na realização da atividade.

“Gosto, o que eu mais gosto é puncionar veia.” (S06)

“Adoro puncionar, é a coisa que mais adoro fazer é puncionar acesso venoso.” (S09)

“Gosto, tenho muita facilidade em puncionar veia.” (S10)

“Gosto de puncionar, não tenho problema não. Eu trabalhei em um setor onde os pacientes eram muito difíceis de puncionar, então você vai adquirindo prática além do normal, você acaba tendo mais facilidade que outras pessoas.” (S13)

Porém, um dado preocupante encontrado foi quando questionados sobre a satisfação com o trabalho de enfermagem, conforme pode ser identificado nos depoimentos descritos a seguir:

“O trabalho de enfermagem tem que gostar, se você não gostar você não trabalha... você tem que trabalhar feliz, deixar seus problemas lá fora. É a profissão que eu escolhi, foi por escolha, não foi porque só sobrou esta como hoje em dia; tem muita gente que é assim, que fala que vai fazer um curso técnico pois não tem profissão mesmo... Eu deixei minha profissão para seguir esta, e eu gosto do que faço. Às vezes é massacrante, é pesado, mas tem o seu lado bom das coisas.” (S14).

“Eu gosto. Eu escolhi fazer isso quando eu tinha 14 anos, sai da 8ª série e fui fazer curso de enfermagem. Desde a primeira vez que eu entrei num hospital eu sabia que tinha entrado no meu lugar no mundo, mas é uma profissão extremamente desgastante, muito mesmo, tem ocasiões que você tem vontade de sair e nunca mais voltar, pelas estruturas, por como as coisas são levadas, as regras, a falta de apoio, incentivo, de respeito. Eu acho que tudo isso, muito mais que você lidar com o paciente em si, as dificuldades no dia a dia de você lidar com o paciente não são tão grandes como os outros empecilhos estruturais, de apoio mesmo, de retaguarda, tudo isso é mais desgastante profissionalmente que o trabalho em si. (S13)”.

“É um trabalho árduo, não é fácil não, mas vale a pena, tem que gostar muito porque é uma profissão muito difícil, lidar com o ser humano é muito difícil, ainda mais doente. Não é fácil, mas eu gosto, eu gosto muito do que eu faço, tem que gostar.” (S08).

“Eu gosto. Às vezes você acha que é um trabalho ingrato, principalmente aqui, porque tem muito acompanhante, às vezes não sabem dar valor, não sabem entender que naquela hora você não pode, ou que você já foi lá, já tentou e não deu certo; você já está cansado de ir lá, que você tem outros pacientes para olhar... às vezes a ingratidão por essa parte. Mas eu gosto, principalmente por ver a melhora deles, quando vem ruim e vão embora pra casa... eu gosto.” (S16).

“Eu gosto, gosto muito do que eu faço, mas se fosse pra voltar atrás eu não faria de novo.” (S17).

Del Cura e Rodrigues (1999) consideram que em virtude das exigências próprias do tipo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, atuando na função de assistir ao paciente, ele possivelmente terá maiores condições e técnicas para melhorar a qualidade dessa assistência, se estiver satisfeito com seu trabalho. O enfermeiro parece estar mais satisfeito com os aspectos intrínsecos de seu trabalho, tais como reconhecimento, responsabilidade e autonomia e mais insatisfeitos com os

extrínsecos dentre eles: o nível salarial, a qualidade da supervisão, o relacionamento com a equipe de trabalho e as condições de trabalho.

MARZIALE (2001) descreve que o desgaste físico e emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social, fatores associados às condições de trabalho da equipe de enfermagem são fatores de insatisfação no trabalho de enfermagem e refletem negativamente sobre as atividades executadas, até mesmo na qualidade da assistência prestada ao cliente.

6. CONCLUSÕES

O trabalho de enfermagem expõe o trabalhador a uma série de fatores que podem levar a ocorrência de acidentes e ao adoecimento pelo trabalho. Dentre esses fatores os agentes biológicos têm sido estudados em diversas pesquisas, realizadas em vários países, devido ao grande contingente de trabalhadores de saúde, em especial os da enfermagem, expostos ao contato com patógenos causadores de infecções. Neste estudo, especial atenção foi direcionada à utilização de luvas, equipamento de proteção individual internacionalmente recomendado através das precauções-padrão para a prática segura de manuseio de material biológico.

A partir de uma constatação empírica foi planejada esta pesquisa científica que teve como resultado a identificação de que o nível de adesão dos trabalhadores de enfermagem ao uso de luvas, na realização da punção venosa para administrar medicamentos e soroterapia, realmente não é o desejado e esperado e o trabalhador está se expondo à situação de riscos a manutenção da integridade de sua saúde.

Os 20 sujeitos participantes da investigação apresentaram predominantemente as seguintes características: idade entre 20 e 30 anos (55%), sexo feminino (80%), solteiros (70%), sem filhos (70%), pertencente à categoria profissional de auxiliar de enfermagem (70%), com grau de instrução correspondente ao ensino superior completo ou incompleto (55%), atuantes mais de 10 anos na profissão (75%) e com apenas um vínculo empregatício remunerado (80%), sendo que apenas 20% dos sujeitos possuíam um segundo emprego.

Apoiado no referencial do Modelo de Promoção da Saúde, o comportamento dos trabalhadores foi estudado considerando as variáveis: “conduta prévia”, “percepção dos benefícios da ação”, “percepção das barreiras para a ação”,

“percepção da auto-eficácia”, “influências situacionais”, “influências interpessoais” e “sentimento relacionado à atividade”.

Quanto ao comportamento seguro de utilização de luvas na punção venosa periférica constatou-se que dentre os trabalhadores observados (20), mais da metade desses trabalhadores (55%) adotou o comportamento do não uso de luvas na realização da referida atividade laboral e quando entrevistados, a maioria dos sujeitos (70%) relataram utilizá-las com frequência. Esses dados indicam uma discrepância entre a informação emitida pelo sujeito e a realmente observada na prática, uma conduta considerada desfavorecedora da promoção de saúde.

Em parte dos depoimentos (35%) os sujeitos informaram que utilizam luvas apenas quando conhecem o diagnóstico do paciente e tem risco de contaminação. Fica evidente que o uso de luvas na punção venosa periférica não ocorre com a frequência ideal e os trabalhadores não estão adotando condutas de promoção da saúde e de práticas seguras de trabalho.

Dentre os motivos que levam os trabalhadores a usar luvas estão: satisfação na execução do procedimento (90%), reconhecimento de que a experiência profissional e a habilidade não são atributos substitutos do uso do equipamento de proteção (70%), influência e incentivo dos colegas de trabalho e da instituição (55%) e crença de que as luvas funcionam como barreira mecânica de proteção contra exposição a sangue e outros fluidos corpóreos (50%).

Dentre os motivos relatados pelos sujeitos para a não utilização de luvas estão: descrença dos benefícios de sua utilização (50%), tamanho das luvas disponíveis nem sempre são adequados e se ajustam às mãos dos trabalhadores (45%), o látex pode provocar alergia (05%), perda de sensibilidade tátil (50%) e a dificuldade na fixação do cateter com fita adesiva (30%).

Considera-se que a mudança de comportamento do sujeito não é uma tarefa fácil e exige treinamento constante e vigilância permanente, pois envolve fatores intrínsecos dos sujeitos, hábitos de longa data e vontade por parte dos envolvidos. Torna-se um desafio para todos os envolvidos na situação laboral a adoção de estratégias visando a mudança de comportamento dos sujeitos e a adoção de práticas seguras de trabalho. No entanto, cabe a instituição empregadora o oferecimento de condições adequadas de trabalho pois, a promoção da saúde no ambiente de trabalho envolve esforços conjuntos da entidade empregadora e dos próprios trabalhadores.

O diagnóstico da situação estudada oferece subsídios ao planejamento e implementação de programas de prevenção da saúde uma vez que identificou os obstáculos intrínsecos e extrínsecos que influenciam os trabalhadores na adoção de condutas promotoras de saúde em uma atividade específica da rotina de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALSAMO, A.C. **Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores de saúde**. 2002. 137p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BANDURA, A. **Social Foundations of Thought and Action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70/Persona, 1977.

BENNETT, N. T.; HOWARD, R. J. Quantity of blood inoculated in a needlestick injury from suture needles. **J. Am. Coll. Surg.**, v.178, n.2, p. 107-110, 1994.

BRANDÃO JR., P. S. **Biossegurança e AIDS**: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. 2000. 124p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de condutas**: exposição ocupacional a material biológico: hepatite e HIV. Brasília, 1999, 20p.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, nov./dez. 2002.

BULHÕES, I. **Risco do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 1994.

BURNHAM, J. C. Change in the popularization of health in the United States. **Bull. Hist. Méd.**, Baltimore, v.58, p.183-197, 1984.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.09, n.3, p.745-749, jul./set, 2004.

CANINI, S. R. M. S.; GIR, E.; HAYASHIDA, M.; MACHADO, A. A. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, mar./abr. 2002.

CANINI, S. R. M. S. **Fatores de risco para acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital-escola de Ribeirão Preto, SP**. 2005. 139p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC]. Update: Human immunodeficiency virus infections in health-care workers exposed to blood of infected patients. **MMWR**, Atlanta, v. 36, p.285-9. 1987.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC]. Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome and human immunodeficiency virus and Hepatitis B Virus to health-care and public-safety workers. **MMWR**, Atlanta, v. 37, p.229-34, 1988.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC]. Public health service guidelines for the management of health-care worker exposure to HIV and recommendation for post exposure prophylaxis. **MMWR**, Atlanta, v. 47, p.1-33, 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC]. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. **MMWR**, Atlanta, v. 51, p.6-12, 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC] – **Occupational exposures needlestick injurie**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hivsearch.htm>>
Acesso em 15 de maio de 2004.

CHAN, P. (1998). **Health care worker**: analysis of 113 cases. In: WORLD AIDS CONFERENCE, 12, Geneva, 1998. Abstracts. Conference Geneva, p. 408.

DEL CURA, M.L.A.; RODRIGUES, A.R.F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.7, n.4, p.21-28, 1999.

FISMAN, D.N.; HARRIS, A.D.; MITTLEMAN, M.A. Sharps – related injuries in health care workers: a case – crossover study. **AMJ**, v.114, p.688-93, jun, 2003.

FLORÊNCIO. V.B.; RODRIGUES, C.A.; PEREIRA, M.S.; SOUZA, A.C.S. Adesão às precauções padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros de Goiás. **Rev. Eletrônica Enf.**, Goiânia, v.5, n.1, p.43-48, 2003.

GOODSTADT, M. S.; SIMPSON, R. I.; LORANGER, P. O. Health promotion: a conceptual integration. **Am. J. Health Promotion**, Cleveland, v.1, p.56-63, 1987

GREEN, L.; KREUTER, M. **Health promotion planning: an educational & environmental approach**. Mountain View, CA: Mayfield Publishing, 1991.

GRIFFITH, H.M.; THOMAS, N. GRIFFITH, L. MDs bili for these routine nursin tasks. **American J. Nursing**, p.22-27, 1991.

HENDERSON, D. K. Raising the bar: the need for standardizing the use of “Standard Precautions” as a primary intervention to prevent ocupacional exposures to bloodborne pathogens./Editorial/**Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, New Jersey, v.22, n.2, p.70-2, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. Comunicação Social. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 2 de dezembro de 2005.

INTERNATIONAL HEALTHCARE WORKER SAFETY CENTER [IHWSC]. **Annual number of occupational percutaneous injuries and mucocutaneous exposures to blood or potentially infective biological substances.** Disponível em: <<http://www.virginia.edu/epinet/estimates.html>> . Acesso em 3 de setembro de 2001.

JANZ, N.J; BECKER, M.H. The Health Belief Model: a decade later. **Health Education Quarterly**, v.11,n.1,1-47, 1984.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. In: OPAS. **Promoción de la Salud: una antologia.** Washington, OPAS, 1996. Publ. Cient. 555.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976, 744p.

LOPES, R.A.M. **Exposição ocupacional e hipersensibilidade ao látex nos trabalhadores das equipes de enfermagem e médica da UTI neonatal de um hospital universitário.** Dissertação (Mestrado). Campinas. Universidade Estadual de Campinas, 2002.

LYMER, U.; RICHT, B.; ISAKSSON, B. Blood exposure: factors promoting health care worker's compliance with guidelines in connection with risk. **J. Clinical Nursing**, Oxford, v.13, n.5, p. 574, 2004.

MACHADO, A. A.; COSTA, J. C.; GIR, E.; MORIYA, T. M.; FIGUEIREDO, J. F. C. Risco da Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.1, p.54-56, fev, 1992.

MARZIALE, M.H.P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar**. 1995. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MARZIALE, M.H.P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**/Editorial, Ribeirão Preto, v.9, n.3, p.1-5, maio, 2001.

MARZIALE, M.H.P. Occurrencia de accidentes de trabajo causados por material corto-punzante entre trabajadores de enfermería de hospitales de la región nordeste de São Paulo. **Rev. Ciencia y Enfermería**, Concepción, v.9, n.1, p.21-30, 2003.

MARZIALE, M.H.P.; NISHIMURA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, jan./fev. 2004.

MARZIALE, M.H.P., RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.4, p.571-7, 2002.

MAST, S. T.; WOOLWINE, J.D.; GERBERDING, J.L. Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury. **J. Infect. Dis.**, Chicago, v.168, n.6, p.1589-92, 1993.

MCGOVERN, P. M. Managing health care costs: the first step. **AAOHN**, Atlanta, Update Series, v.4, n.1, p.1-12, 1991.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quanti-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-248, julho/set., 1993.

NEEDLSTICKS TRANSMISSION OF HTLV-III FROM A PATIENT INFECTED IN AFRICA. **Lancet**, London, v.8416, n.2, p.1376-7, 1984.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.2, p.204-211, mar./abr., 2004.

O'DONNELL, M. P. Definition of health promotion: Part III: Expanding the definition. **Am. J. Health Promotion**, Cleveland, v.3, n.3, p.5, 1989.

OLIVEIRA FILHO, G.R.; GARCIA, J.H.S.; GOLDSCHMIDT, R.; MAGO, A.J.D.; PERDENEIRAS, F.H. Contaminação das mãos com sangue durante cateterismo venoso periférico: prevalência e fatores predisponentes. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.112-118, mar./abr., 2001.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. Carta de Ottawa. In: BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ENSP, 1986, p.158-162,

Organização Mundial da Saúde [OMS]. Declaração de Adelaide. In: BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ENSP, 1988, p.162-168.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. Declaração de Sundsvall. In: BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ENSP, 1991, p.169-174.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. Declaração de Jakarta. In: BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ENSP, 1997, p.174-178.

Organización Panamericana de la Salud [OPAS]. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IDEC, Brasília, 1992.

Organización Panamericana de la Salud [OPAS]. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: **Promoción de la Salud**: una antología, Washington, DC: OPS, Programa de Promoción de la Salud, 1996.

PEARSON, M.L. Guideline for prevention of intravascular device related infections. U.S. Department of Human Health and Human Services. CDC. **Infect Control Hosp Epidemiol.**, New Jersey, v.17, p.438-73, 1996.

PENDER, N. **Health promotion in nursing practice** (3. ed.). Norwalk: Appleton & Lange, 1996.

PHILLIPS, L.D. **Manual de Terapia Intravenosa**. Tradução por Pedreira, M.L.G. et al. 2 ed. Porto Alegre, 2001, p. 206-210.

RISCOBIOLOGICO. **Riscos profissionais**. Disponível em: <http://www.riscobiologico.org>. Acesso em 03 de março de 2004.

RISCOBIOLOGICO. **Alergia ao látex**. Disponível em <http://www.riscobiologico.org/riscos/docs/alergiaaolatex.doc>. Acesso em 10 de julho de 2005.

ROGERS, B. **Enfermagem do Trabalho: conceitos e prática**. Lisboa, 2000.

ROSE, D. A. et al. Usage patterns and perforation rates for 6.396 gloves from intra-operative procedures at San Francisco General Hospital./Abstract/ **Infec. Control Hosp. Epidemiol.**, New Jersey, v.15, p.349, 1994.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V.E.A. O uso de equipamentos de proteção individual entre os trabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos perfurocortantes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.4, p. 564-573, out/dez, 2000.

SARTORI, M. et al. Transmission of hepatitis C via blood splash into conjunctiva. **Scand J Infect Dis**, Stockholm, v.25, p.270-271, 1993.

São Paulo. Secretaria do Estado de São Paulo. **CRT-DST/AIDS. Boletim Epidemiológico**, v.17, n.2, p.11, set., 1999.

SIGERIST, H. **The University at the Crossroad**. Nova York, Henry Shumann, 1956.

SHAPIRO, C. N. Occupational risk of infection with hepatitis B and hepatitis C vírus. **Surg Clin North Am.**, Philadelphia, v.6,n.75,p.1047-56, 1995.

SOUZA, M.; VIANNA, L. A. C. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.46, n.3/4, 234-244, jul./dez, 1993.

SOUZA, M. C. B. S.; CERIBELLI, M. I. P. F. Enfermagem no centro de material esterilizado – a prática da educação continuada. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.12,n.5, set./out. 2004.

SUAZO, S. V. V. **Contribuição ao estudo sobre acidentes de trabalho que acometem as trabalhadoras de enfermagem em hospitais chilenos.** Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

SUSSMAN, L.G.; BEEZHOLD, D.M. Allergy to látex rubber./editorial. **Ann. Inter. Med.**, v.122, p.43-6, 1995.

TORRES, M.M. **Punção venosa periférica: avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem de um hospital geral do interior paulista.** 2003. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 2003.

TOMAZIN, C.C.; BENATTI, M.C.C. Acidente de trabalho por material perfurocortante em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.60-73, jul., 2001.

TWITCHEL, K.T. Bloodborne Pathogens: what you need to know – Part 1. **AAOHNJ**, Atlanta, v.51, n.1, p.38-45, jan, 2003.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. AIDS entre os profissionais da saúde: riscos e prevenção. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, São Paulo, v.13, n.4, 130-2, 1989.

VICTOR, J.F.; LOPES, M.V.O.; XIMENES, L.B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.18, n.3, p.235-40, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

1. Dados sócio-demográficos

Idade: _____ anos

Sexo: () feminino () masculino

Raça: _____

Função: () auxiliar de enfermagem () técnico de enfermagem () enfermeiro

Grau de escolaridade: () ensino médio incompleto

() ensino médio completo

() ensino superior incompleto

() ensino superior completo

Estado civil: () solteiro

() casado

() divorciado

() viúvo

Número de filhos: _____ filhos

Tempo de trabalho: _____ anos

2. Com que freqüência você utiliza luvas para a realização de punção venosa para administração de medicamentos?

3. O que você acha sobre a segurança de se utilizar luvas durante a execução de procedimentos de possível contato com sangue ou outros fluidos corpóreos?

4. Quais são as barreiras que você encontra para a utilização de luvas durante a punção venosa?

5. Você acredita que sua capacidade profissional permita a não utilização de luvas durante a punção venosa?

6. Você gosta de realizar este tipo de procedimento? E do trabalho de enfermagem?

7. Os colegas de trabalho, chefia, SESMT ou seus familiares têm influência sobre a utilização de luvas durante a punção venosa?

8. Tem algum fato que ocorra no momento de realizar a punção venosa que o faça desistir de calçar luvas?

APÊNDICE 02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira e estou realizando um estudo que tem por objetivo observar a realidade da prática profissional dos trabalhadores de enfermagem. Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa, permitindo a minha observação de suas práticas rotineiras de trabalho, e respondendo algumas questões sobre este assunto, que serão gravadas. Sua participação na pesquisa não é obrigatória, mas se você quiser participar será de grande utilidade.

As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo, não sendo publicado o seu nome ou qualquer dado que possa lhe identificar. A qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como retirar este consentimento, o que não acarretará nenhum prejuízo para você.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Pesquisadora

Amanda dos Santos Zapparoli
Av. Caramuru, 2600, ap.23, bloco 09, Ribeirão Preto.
(16) 6218503
e-mail: a_zapparoli@yahoo.com.br

Eu, _____,
tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura