

Biossegurança no atendimento pré-hospitalar

Biosafety in a prehospitalization care setting

Célia Cristina de Campos Mendonça Lima*
Izabel Santos Anazário*
Maria Vanessa de Melo Oliveira*
Sandra de Castro Silva*
Sirley Silva Freire*
Mônica Costa Ricarte**
Raquel Machado Cavalca Coutinho***

Resumo

Introdução – Este estudo de caráter descritivo teve como objetivo identificar o conhecimento e os fatores que interferem na adesão às medidas de biossegurança, utilizadas pela equipe de enfermagem em Atendimento pré-hospitalar (APH) no município de Campinas. **Material e Métodos** – Os dados foram coletados e analisados, pelas autoras, utilizando um questionário com 14 questões fechadas. Participaram desta fase 42 sujeitos sendo, 20 (47,7%) auxiliares de enfermagem, 16 (38%) técnicos de enfermagem, e 6 (14,3%) enfermeiros. Dos profissionais participantes deste estudo, 71,4% receberam treinamento sobre biossegurança em algum momento da sua vida profissional, 69,1% têm esquema completo de vacinação contra hepatite B, e 58,6% desconhecem a efetividade ou não desta imunização. **Resultados** – Em relação aos motivos da não adesão às medidas de biossegurança, 45,2% foi atribuída à “falta de hábito”, e 19,1% devido a “informações desencontradas no momento da chamada”. Quanto aos conhecimentos relacionados ao uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs), nas precauções padrão 100% dos profissionais informou utilizar luvas de procedimento em todos os atendimentos, na transmissão por gotículas. O uso de máscara foi citada por 26,2% dos sujeitos e na transmissão aérea, apenas 28,6% citaram utilizar máscara N95. **Conclusões** – Desta forma, conclui-se que além dos treinamentos, novas estratégias que incrementem o conhecimento e aplicação das medidas de biossegurança no APH devem ser adotadas, alinhando conceitos e comportamentos que aumentem a segurança profissional da equipe.

Palavras-chave: Exposição a agentes biológicos; Serviços médicos de emergência

Abstract

Introduction – This descriptive study had the objective of identifying the knowledge and factors that interfere in compliance with biosafety measures, on the part of the nursing team working in a prehospitalization care setting (PHC), in the city of Campinas. **Material and Methods** – Data were collected and analyzed by the authors, who used a questionnaire composed of 14 closed questions. Forty-two subjects participated in this phase, 20 (47.7%) were nursing assistants, 16 (38%) technicians and 6 (14.3%) registered nurses. Among the professionals participating in this study, 71.4% received biosafety training at some time in their professional life, 69.1% had received the complete hepatitis B vaccination series and 58.6% did not know how effective this immunization schedule really was. **Results** – As regards the reasons for non-compliance with the biosafety measures, 45.2% attributed it to the “lack of habit” and 19.1% to “conflicting information at the time of the vaccination campaign”. Concerning knowledge related to the use of Individual Protection Equipment (IPE), 100% of the professionals reported using standard precaution such as gloves in all procedures, 26.2% informed using masks to avoid transmission by droplets and only 28.6% mentioned using N95 masks to protect against airborne disease. **Conclusions** – In this manner, it is concluded that in addition to training, new strategies that increase knowledge and the application of biosafety measures should be adopted, bringing into line concepts and behaviors that enhance the professional safety of the health-care providers.

Key words: Exposure to biological agents; Emergency medical services

Introdução

O atendimento pré-hospitalar (APH) é o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravamento à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica), que possa levar o

sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, prestar-lhe atendimento e, transporte adequado até um serviço de saúde¹.

A Enfermagem teve sua participação no APH, marcada pelo atendimento aos feridos de Guerra, desde a Guerra da Criméia, na Turquia, em 1854. Porém, o tra-

* Graduandas do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP) – Campinas.

** Enfermeira Mestre, Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da UNIP – Campinas.

*** Enfermeira Doutora, Coordenadora dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação de Enfermagem da UNIP. E-mail: raquel@unip.br

balho da enfermagem no APH, no Brasil, começou a ser reconhecido somente no final da década de 1990, com a normatização do atendimento pré-hospitalar. Em 22/03/2001, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, através da Decisão COREN-SP-Dir/2001, determinou as atribuições do Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem neste tipo de atendimento. A equipe de enfermagem assume então a responsabilidade pela assistência de enfermagem prestada à vítima, atuando em ambientes diversos, locais com espaço restrito e situações de limite de tempo. Frente a essas características, o atendimento necessita de conhecimentos científicos, treinamentos atualizados e específicos, habilidade técnica, bom condicionamento físico, capacidade para lidar com situações de estresses e tomada de decisões imediatas. Desta forma, vem se consolidando uma importante área de atuação para a enfermagem^{8, 13-14, 25}.

Os profissionais da área de Saúde (PAS) estão expostos diariamente a vários riscos ocupacionais, sendo o risco biológico o de maior relevância. A intensidade deste risco depende de algumas variáveis, como a prevalência das doenças transmissíveis na população atendida, do conhecimento e práticas adequadas sobre o mecanismo de transmissão, da prevenção e das condições de segurança que o trabalho oferece¹².

Diante das características do APH, é fundamental e imprescindíveis que se estabeleçam normas de biossegurança, tendo como objetivo a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades, relacionadas com a prestação de serviços de saúde, que possam comprometer a saúde do trabalhador, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos. Estas medidas, são meios de proteger e/ou prevenir o PAS de acidente no ambiente de trabalho, através da utilização de equipamentos de proteção Individual (EPIs)²².

Com o evento da resistência microbiana na década de 50 e, com o aumento do número dos casos de pacientes portadores ou infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), na década de 70, observou-se a necessidade eminente da implantação de medidas de barreira na transmissão das doenças. Autores afirmam que a crescente prevalência de portadores do HIV no Brasil, aumenta o risco dos PAS serem expostos a sangue ou fluidos corporais destes sujeitos, principalmente quando as medidas de barreira contra estes espécimes não são adotadas¹⁸.

O Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos estima que, dos pacientes internados ou atendidos em serviços de emergência, de 0,3 a 6% são portadores do vírus HIV. Apesar do alto risco ocupacional por este agente, seu potencial de transmissão é bem menor que a infecção por vírus da hepatite B (HBV), reforçando a necessidade de imunização contra tal agente, enfatizando o uso das precauções¹⁹.

Neste sentido, em 1987, o CDC publicou a atualização das recomendações para prevenção da transmissão de microrganismos em instituições de saúde, conhecida como precauções universais (PU) e, o isolamento de substâncias corpóreas. Tais medidas foram indicadas para evitar a contaminação dos pacientes e

dos PAS, através do contato com sangue e, alguns tipos de fluidos corpóreos de pacientes portadores ou infectados por agentes transmissíveis. Outras precauções foram propostas, surgindo à necessidade de uma nova síntese de várias normas existentes. Assim, em 1996, o CDC publicou um manual revisado contendo dois tipos de precauções, sendo o primeiro chamado de precauções padrão (PP), e o segundo, precauções baseadas na transmissão, que englobam a transmissão por via aérea (precauções aéreas – PA), por partículas de Flügge (precauções de gotículas – PG) e por contato com pele íntegra ou não, ou com superfícies contaminadas por microorganismos multirresistentes ou não, (precauções de contato – PC)^{12, 19}.

As PP, destinam-se aos cuidados de todos os pacientes, independente de seus diagnósticos e presumido estado de infecção, sendo composta por: lavagem das mãos, uso de luvas, máscaras, protetores oculares ou protetores da face, avental e cuidados específicos com equipamentos artigos e roupas. As precauções baseadas na transmissão são designadas apenas para o cuidado de pacientes reconhecidos ou supostamente infectados, ou colonizados por patógenos epidemiologicamente importantes e, que possam ser transmitidos de diversas maneiras. Estas precauções são compostas por: precauções aéreas (PA), que consiste na implantação das PP acrescida de quarto privativo com porta fechada, proteção respiratória para o profissional utilizando máscara N95, e cuidados específicos no transporte do paciente como a utilização de máscara cirúrgica; precauções por gotículas (PG), que consiste na implantação das PP acrescida de quarto privativo, utilizando máscara cirúrgica para o profissional quando no ambiente do paciente, e no transporte do paciente este também deve usar máscara cirúrgica; precauções de contato (PC), que consiste na implantação das PP acrescida de quarto privativo, uso de luvas e aventais ao entrar no ambiente do paciente e, no transporte é necessário manter as precauções usando avental no paciente, para diminuir o risco de transmissão de microorganismo e evitar a contaminação das superfícies ambientais e/ou equipamentos¹².

Estima-se que o risco da exposição a agentes infecciosos veiculados pelo sangue seja maior para os profissionais do APH, considerando a peculiaridade dos atendimentos prestados e o tempo limitado para procedimentos, fatores estes, que contribuem para a baixa adesão às normas de biossegurança. No Brasil, o uso dos EPIs é regulamentado pela norma NR6, aprovada pela Lei nº 6514, do Ministério do Trabalho, que tem a utilização dos EPIs como uma barreira de proteção da integridade física do trabalhador, exigindo seu uso pelo profissional bem como o fornecimento pelas instituições³⁻⁴.

Salienta-se que apesar da obrigatoriedade da utilização dos EPIs e, do elevado risco de exposição a agentes infectantes no APH, a adesão ao uso destes equipamentos é baixa, conforme dados obtidos na escassa literatura encontrada, reforçando assim, a importância deste estudo, que buscou identificar o conhecimento e os fatores que interferem na adesão do uso dos EPIs, pela equipe de enfermagem no APH.

Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo, não experimental, com análise de dados quantitativos. Teve como população a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) do APH municipal na cidade de Campinas – São Paulo. Como critério de inclusão na amostra, consideraram-se os profissionais que prestavam atendimento direto às vítimas e, que aceitaram participar deste estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos deste trabalho, aqueles que não concordaram em participar da pesquisa, bem como os que estavam em férias, folgas ou licença no período da coleta de dados. Para coleta de dados utilizou-se um questionário com 14 questões fechadas, desenvolvidas pelas autoras, especificamente para este estudo, tendo como suporte teórico, bibliografia sobre o assunto. Para avaliar a clareza, a pertinência e a objetividade deste instrumento, foi realizado um pré-teste, aplicando o questionário a seis profissionais de enfermagem em um serviço privado de APH no Município de Campinas. Após avaliação das respostas, foram feitas as reformulações pertinentes, dando início a coleta de dados, realizado pelas autoras, na base do APH, no período de 4 a 7 de outubro de 2005. Os dados foram organizados no programa Excel 97 e, analisados de forma descritiva.

Esta pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista (UNIP) de Campinas, em 02/08/05 conforme protocolo nº 16/05.

Resultados e Discussão

O questionário foi aplicado a 42 profissionais da enfermagem no APH – Campinas, sendo 6 (14,3 %) enfermeiros, 16 (38,1%) técnicos de enfermagem e 20 (47,6%) auxiliares de enfermagem distribuídos nos 4 plantões (Tabela 1). A média de idade da população em estudo foi de 38 (23-52) anos. Verificou-se diante dos dados coletados, que as atividades são exercidas em sua maioria por auxiliares e técnicos de enfermagem, que prestam assistência no APH à vítimas, desde situações

Tabela 1. Distribuição dos dados sócio-demográficos segundo sexo, idade e categoria profissional de enfermagem no APH. Campinas – SP, 2005

Características	N	%
Sexo		
Masculino	14	33,3
Feminino	28	66,7
Idade (média)	38,1 anos	
Categoria profissional		
Auxiliar de enfermagem	20	47,7
Técnico de enfermagem	16	38,0
Enfermeiro	06	14,3

Fonte: Questionário

simples até as mais complexas, sob a supervisão direta ou indireta do enfermeiro, atendendo as disposições sobre a atuação de cada membro da equipe^{5, 8-9, 11}

Ao caracterizar o gênero dos profissionais no APH (Tabela 1), verificou-se o predomínio do sexo feminino com 28 (66,7%) dos profissionais. Podemos inferir que o predomínio dos sujeitos do sexo feminino está relacionado com a própria história da enfermagem, quando Florence Nightingale, criadora e introdutora desta profissão, recrutava as esposas dos soldados em guerra para exercer o cuidar aos feridos. A literatura ainda aponta que este gênero profissional pode ser inovado ampliando a capacidade de ação dos trabalhadores do sexo masculino^{4-5, 16, 24}.

Em relação ao tempo de atuação profissional, constatou-se que 22 (52,4%) dos profissionais atuam na enfermagem a mais de 10 anos, e destes, 6 (14,3%) possuem experiência no APH a mais de 10 anos. Entre o período de 1 a 5 e, de 6 a 10 anos, no que diz respeito a experiência no APH, observou-se uma igualdade de 17 (40,5%) profissionais para cada período, totalizando nestas duas faixa etária 34 (80,1 %) dos sujeitos. O fato dos profissionais terem maior tempo de atuação na profissão é visto de forma positiva, corroborando com o fato de que os PAS que atuam no APH requerem características como habilidade, destreza e raciocínio clínico, competências estas presentes nos PAS com maior tempo de experiência profissional^{8, 13-14, 25}.

Ao serem questionados quanto ao treinamento recebido sobre medidas de precauções, 30 (71,4%) profissionais afirmaram terem recebido treinamento em algum momento de sua experiência no APH, 11 (26,2%) afirmaram não ter recebido treinamento e 1 (2,4%) não respondeu a questão. Salienta-se que no período da coleta de dados, a instituição oferecia curso de capacitação aos profissionais, o que pode ter influenciado nos resultados obtidos. Tendo como base a especificidade da assistência prestada no APH, destaca-se a importância do treinamento como forma de capacitação, atualização e aperfeiçoamento dos profissionais nas várias áreas de conhecimento que são requeridos, visando às necessidades locais^{1, 8, 11, 22-23}.

Analisando o programa vacinal dos profissionais (Tabela 2), constatou-se que 29 (69,1%), possuem o esquema vacinal completo contra a Hepatite B, sendo que destes apenas 10 (34,5%) tem o conhecimento sobre a efetividade desta imunização e, 17 (58,6%) desconhecem ou

Tabela 2. Caracterização da população quanto ao programa de imunização contra Hepatite B entre os profissionais de enfermagem no APH. Campinas – SP, 2005

Esquema Vacinal – Hepatite B	N	%
Esquema completo	29	69,1
Esquema incompleto	04	9,5
Esquema não informado	03	7,1
Não respondeu	06	14,3
Total	42	100,0

Fonte: Questionário

não realizaram a sorologia para verificar a sua imunidade contra o vírus da Hepatite B (anti-HBs) ilustrado na Tabela 3. Já em relação ao esquema de vacinação da Dupla Adulto, verificou-se que 30 (71,4%) dos profissionais não responderam a questão e 02 (4,8%) informaram ter o esquema completo. Para as demais vacinas como, a Tríplice Viral, a BCG e o Sarampo, a maioria dos profissionais, 39 (92,9%), não responderam à questão.

Acredita-se que o alto índice de profissionais que não responderam esta questão, deve-se ao fato de não ter conhecimento de como está a sua situação vacinal frente aos esquemas questionados. Destaca-se que dos sujeitos que tem conhecimento sobre a adesão completa (03 doses) ao esquema vacinal contra a hepatite B, 11 (37,9%) não realizaram a sorologia anti-HBs, (Tabela 3), mostrando assim a necessidade do controle.

Tabela 3. Distribuição do resultado de Anti-Hbs dos profissionais de enfermagem com esquema vacinal completo contra Hepatite B no APH. Campinas – SP, 2005

Comprovação da Imunização	N	%
Anti-Hbs positivo	10	34,5
Anti-Hbs negativo	02	6,9
Desconhece o resultado do Anti-Hbs	06	20,7
Não realizou Anti-Hbs	11	37,9
Total	29	100,0

Fonte: Questionário

Florêncio *et al.*¹¹ (2003) citam que nas instituições públicas de sua região não há exigência quanto à comprovação do esquema vacinal na admissão e, nem orientação a respeito da imunização. Estes dados mostram a baixa percepção do risco, desconhecimento da biossegurança e a pouca preocupação em adotar medidas de segurança sabidamente eficazes no desempenho das suas funções. Assim, a imunização ativa dos profissionais, deve ser uma prática rotineira das instituições de saúde destacando a importância da vacinação contra a hepatite B, bem como o controle da sua efetividade. Embora alguns gestores justifiquem a falta de direcionamento de verbas para campanhas de prevenção, este investimento pode ser muito inferior que qualquer medida recomendada pós-exposição^{1,6,11,19}

Quando questionados sobre disponibilidade dos EPIs no APH, 42 (100%) profissionais afirmaram ter luvas de procedimento e máscara cirúrgica disponíveis no serviço, 41 (97,6%) responderam ter óculos de proteção e, 34 (80,9%) ter uniforme de manga longa. Observou-se que a instituição fonte de estudo, oferece aos profissionais do APH uniformes de manga longa, sendo esperado que 100% destes apontassem como item disponível. O Guideline do CDC aponta que é de suma importância, que se tenha uma barreira de proteção efetiva em casos de exposição a agentes biológicos, pois estas medidas diminuem os contatos com sangue, fluídos corpóreos e outras excretas, reduzindo de forma signifi-

cativa a exposição dos riscos existentes no ambiente de trabalho. Quanto aos recursos para higienização das mãos, 16 (38,1%) informaram ter pia para lavagem das mãos e 20 (47,6%) apontaram ainda a existência de álcool gel para higienização das mãos. Ressalta-se que as pias para a lavagem das mãos referidas pelos profissionais, localizam-se na base do APH, bem como pias de outras unidades de atendimento. Segundo Corrêa, é importante estimular a higienização das mãos dos profissionais durante e após o APH. Como não há disponibilidade de pias nas viaturas, o uso do álcool gel constitui uma alternativa eficaz, principalmente se utilizados em embalagens individuais^{1,24}.

Em relação às dificuldades encontradas para utilização das medidas de precauções, observou-se que 19 (45,2%) profissionais pontuaram a “falta de hábito” como dificuldade na adesão a essas medidas, 08 (19,1%) “situações de emergência”, 08 (19,1%) “informações desconhecidas entre o momento da chamada e a realidade da ocorrência” e, 14 (33,3%) responderam não ter dificuldade para sua utilização. A literatura aponta, que a adesão está intimamente relacionada com a percepção que os PAS têm acerca dos riscos ocupacionais com material biológico, não sabendo na sua maioria, identificar as conseqüências decorrentes da inobservância destas medidas de prevenção. Assim, cabe a conscientização sobre a necessidade de medidas preventivas, para assegurar que os cuidados sejam prestados de maneira segura para o paciente e para o profissional. Estudos apontam também, a importância de implementação de medidas motivacionais, como alternativa de conscientização quanto a importância da biossegurança. Todo este esforço é realizado no sentido de diminuir a negligência, que expõem os PAS a riscos desnecessários durante o seu trabalho^{1,11,15,17,20-21,23}

Quanto à ocorrência de acidentes de trabalho durante o APH, 28 (66,7%) dos profissionais informaram não ter se acidentado e, 13 (30,9%) já se acidentaram, sendo que destes, 02 (15,4%) se acidentaram duas vezes cada, totalizando 15 acidentes. A rotina de trabalho no APH, sofre interferências de fatores como, o ritmo de trabalho acelerado, a urgência no atendimento e, em alguns casos, a jornada dupla de trabalho dos profissionais, potencializando os riscos, podendo mais acidentes. Estudos recentes afirmam que uma das medidas mais significativas para a redução dos acidentes, é a adoção das precauções²⁴.

Em algumas questões, buscou-se identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre as medidas de Precauções Padrão e Baseadas na Transmissão, em relação a conduta de uso de EPIs, em atendimentos à pacientes com suspeita de tuberculose (PA), de meningite (PG), politraumatizado (PP) e apresentando hematemese (PP), conforme Tabela 4.

Na questão relacionada ao paciente com suspeita de tuberculose pulmonar, observou-se que 27 (64,3%) dos profissionais assinalaram que utilizariam luvas de procedimento como EPI durante o atendimento, 41 (97,6%) colocariam máscara no paciente, sendo que destes, 25 (61%) seria a máscara N95. Entre os profissionais ques-

Tabela 4. Distribuição da frequência do uso de EPIs frente a um caso suspeito de Tuberculose no APH. Campinas – SP, 2005

Conduta	Tuberculose		Meningite		Hematêmese	
	N	%	N	%	N	%
Coloco a máscara no paciente						
Máscara cirúrgica	10	23,8	14	33,3	01	2,4
Máscara N95	25	59,5	16	38,0	01	2,4
Não descreveu	06	14,3	05	11,9	01	2,4
Coloco a máscara em mim						
Máscara cirúrgica	02	4,8	04	9,5	07	16,7
Máscara N95	12	28,6	04	9,5	03	7,1
Não descreveu	05	11,9	03	7,1	03	7,1
Coloco avental	01	2,4	–	–	05	11,9
Coloco óculos de proteção	03	7,1	03	7,1	22	52,4
Calço luvas de procedimento	27	64,3	28	66,7	37	88,1
Não respondeu	01	2,4	02	4,8	02	4,8

Fonte: Questionário

tionados, 19 (45,2%) usariam a máscara cirúrgica no momento do atendimento. Analisando os resultados, percebeu-se a necessidade de intervenções contínua, quanto ao embasamento para tomada de decisões e melhor conduta frente a determinadas situações. Estudos apontam que o profissional deve utilizar máscara N95, no atendimento à pacientes com tuberculose pulmonar ou laringea (PA), confirmada ou suspeita, além das PP, pois os PAS são mais suscetíveis a infecção e adocimento. O transporte deste paciente deve ser limitado mas, quando indicado, o mesmo deverá usar máscara cirúrgica^{1-2,10-11}.

Quanto ao atendimento do paciente com suspeita de meningite, constatou-se que 28 (66,7%) dos profissionais informaram que usariam luvas de procedimento, 35 (83,3%) colocariam máscara no paciente, sendo que, 05 (11,9%) não especificaram o tipo de máscara utilizada, 14 (33,3%) utilizariam máscara cirúrgica, e 16 (38,0%) máscara N95. Dos 11 (26,2%) que usariam máscara, 03 (7,1%) não especificaram o tipo, 04 (9,5%) usariam máscara cirúrgica, igualando-se aos que usariam a máscara N95. O uso de máscara cirúrgica é um item nas PG que gera muita dúvida, de acordo com o Guideline do CDC, na suspeita ou confirmação de meningite, este item é indicado. O entendimento quanto ao mecanismo de transmissão dos patógenos é fundamental, não só para designar o tipo de precauções a ser implantada, mas também, definir quais os EPIs devem ser utilizados em cada situação¹.

Relacionado a conduta dos profissionais, quanto ao uso de EPIs, ao atender um paciente com hematêmese, observou-se que 37 (88,1%) dos profissionais utilizariam luvas de procedimento, 22 (52,4%) usariam óculos de proteção, 07 (16,7%) usariam máscara cirúrgica, 05 (11,9%) avental, 03 (7,1%) máscara N95 e 03 (7,1%) profissionais colocariam máscara no paciente. Sendo as PP indicadas a todos pacientes, o uso de luvas, avental, máscara cirúrgica e óculos de proteção, considerando a possibilidade de respingos nas roupas, pele, mucosa ocular e oral, devem fazer parte dos EPIs utilizados pelos PAS, neste atendimento¹.

Em relação ao atendimento a uma vítima de acidente automobilístico grave, verificou-se que 40 (95,2%) dos

profissionais se paramentariam ao atender a ocorrência, sendo 36 (85,7%) antes de chegar ao local e 02 (4,8%), não responderam a questão. Diante deste resultado, as literaturas mostram que em situação de urgência aumenta a necessidade de intervenções, tornando a situação menos controlada, dificultando a adesão dos profissionais às técnicas assépticas, e às precauções padrão, geralmente diminuem. A equipe de enfermagem nas atividades do APH deverá seguir os princípios de ouro do atendimento à vítima traumatizada, garantindo assim, a segurança dos PAS no APH^{3,7,16}.

Observou-se ainda, que quanto à utilização dos EPIs no APH à vítima de um acidente automobilístico (Gráfico 1), 35 (83,3%) profissionais utilizariam luvas de procedimento, 25 (59,5%) óculos de proteção, 20 (47,6%) avental ou uniforme ML, 15 (35,7%) máscara cirúrgica, 02 (4,8%) máscara N95 e 05 (11,9) não responderam se utilizariam EPIs. Ficou evidente que a adesão às PP, pela maioria destes profissionais, é deficiente, pois o uso de luvas prevaleceu nas respostas, quando na prática, outros EPIs como avental, máscara e óculos de proteção, deveriam ser citados na mesma frequência, visto que neste atendimento, o risco de respingos de sangue e fluídos corporais, nas roupas, pele, mucosa ocular e oral, é evidente. O uso das PP é fundamental para a segurança dos PAS, evitando possíveis doenças ocupacionais transmitidas por microorganismos veiculados pelo sangue e fluídos corporais¹⁹.

Quando questionados de como se auto-avaliavam em relação ao uso dos EPIs, demonstrado no Gráfico 2, 29 (69,0%) profissionais optaram como resposta “priorizo a mim mesmo”, 07 (16,7%) “uso quando dá tempo/certo” e 06 (14,3%) não responderam a questão. Embora a maioria tenha respondido que priorizam o uso de EPIs em seu benefício, constatou-se uma incoerência dessa resposta com as anteriores. Florêncio et al.¹¹ (2003), evidenciaram que a equipe de enfermagem banaliza os riscos ocupacionais com material biológico, não sabendo, na sua maioria, identificar as conseqüências decorrentes da inobservância do uso das medidas de prevenção¹¹.

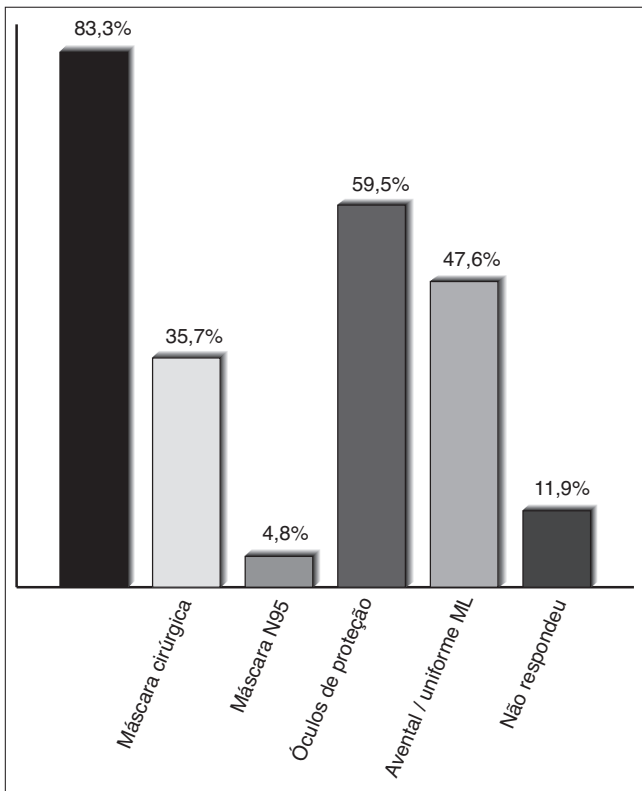
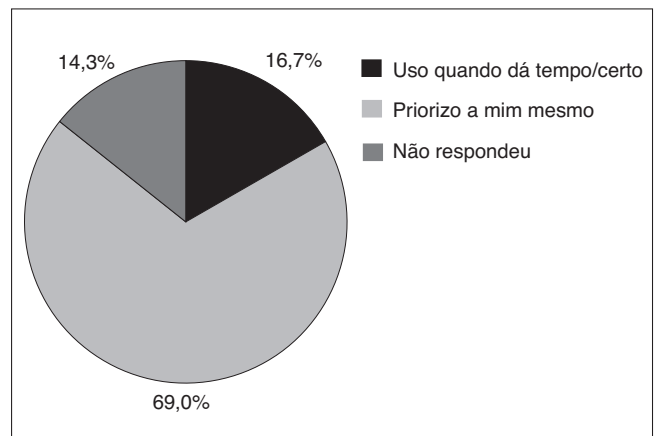


Gráfico 1. Caracterização dos EPIs utilizados no atendimento a vítimas graves em um acidente automobilístico no APH. Campinas – SP, 2005

Gráfico 2. Distribuição das respostas de acordo com a auto-avaliação dos profissionais de enfermagem quanto a adesão aos EPIs durante o APH. Campinas – SP, 2005



Conclusões

1. O presente estudo mostrou, que a maioria dos profissionais da Enfermagem, receberam treinamento sobre as medidas de precauções padrão e baseadas na transmissão, em algum momento da sua experiência no APH. Entretanto, os resultados revelaram uma deficiência na percepção e no conhecimento das medidas de biossegurança, assim como, o uso inadequado dos EPIs por estes profissionais. Acredita-se que tal comportamento possa ser atribuído ao tipo de atendimento prestado, pois sendo este de emergência, é visto como

forma de salvar a vida do paciente, e esta se sobrepõe à sua própria segurança.

2. Desta forma, conclui-se que, além dos treinamentos, novas estratégias que incrementam o conhecimento e aplicação das medidas de segurança no APH devem ser adotadas, alinhando conceitos e comportamentos que aumentem a segurança profissional da equipe.

3. Considera-se ainda que, se faz necessário dar continuidade ao estudo realizado, para que através dos dados científicos obtidos, tal equipe possa refletir sua prática e buscar aperfeiçoar o seu trabalho.

Referências

1. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção e controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar: ambulatoriais, serviços diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo: APECIH; 2004.
2. Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2005;13(3):374-81.
3. Bolick D, Brady C, Bruner DW, Edelstein S, Lane K, McLaughlin MB, *et al*. Segurança e controle de infecção. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso; 2000. p.147-53.
4. Brasil. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Dispõe sobre a Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho. São Paulo: Atlas; 1987.
5. Caixeta RB, Branco AB. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3):737-46.
6. Cavalcante NJF. Ética e controle de infecção hospitalar [citado em 16 mar 2005]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/eticacon.html>
7. Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em Cooperação com o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado – básico e avançado. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
8. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Decisão Coren/SP DIR-01-2001. Regulamenta as Atividades de Enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar. São Paulo; 2001 [citado em 28 mar 2005]. Disponível em: <http://www.apf.com.br/2002/coren.sasp>
9. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Assistência de enfermagem pré-hospitalar. *Rev COREN-SP*. 2005;57:14-5.
10. Costa TF, Felli VEA. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2005;13(4):501-8.
11. Florêncio VB, Rodrigues CA, Pereira MS, Souza ACS. Adesão às precauções padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros de Goiás. *Rev Eletrônica Enfermagem*. 2003;5(1) [citado em 20 mar 2005]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>
12. Gomes DLC. Mecanismos de transmissão de doenças – precauções e isolamento de pacientes. *In: Amaral CFS, Pedrosa ERP, Fonseca JGM, Rocha MOC, Couto RC, Leal SS, et al*. Enciclopédia da saúde: infecção hospitalar. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.147-57.
13. Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e Serviço de Atendimento Pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. *Rev Bras Enfermagem*. 2003;56(1):71-5.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria 824/GM de 24 de junho de 1999. Normatização do Atendimento Pré-hospitalar [citado em 10 abr 2005]. Disponível em: <http://www.apf.com.br/21002/portaria824.asp>
15. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). NR 32 de 13 de outubro de 2005. Norma Regulamentadora para Serviços de Saúde [citado em 24 nov 2005]. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/CTN/noticias.asp?Cod=271>
16. Oliveira IC. A importância da educação continuada para a equipe de enfermagem do APH. Campinas; 2001.
17. Osório C, Machado JMH, Gómez CM. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):517-24.
18. Parreira F, Medeiros EAS. Risco profissional. *In: Veronesi R, Focaccia R, organizadores*. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1999. p.763-5.

19. Pedrosa TMG , Couto RC. Prevenção das infecções nosocomiais ocupacionais. *In*: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença – epidemiologia, controle e tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.843-75.
20. Queiroz MCB. Biossegurança. *In*: Oliveira AC, Albuquerque CP, Rocha LCM. Infecções hospitalares: abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi; 1998. p.183-95.
21. Rapparini C. Riscos biológicos e profissionais de saúde [citado em 20 mar 2005]. Disponível em: URL: <http://www.riscobiologico.org/riscos/riscos.htm>
22. Rezende MS, Neto LK, Koepp J, Wendland MJ, . Necessidades e expectativas no trabalho com trauma no atendimento pré-Hospitalar. *Nursing. Rev Tecn Cient Enfermagem*. 2005;8(89):475-9.
23. Saliba TM, Saliba SCR. Legislação de Segurança, Acidente do Trabalho e Saúde do Trabalhador. São Paulo: LTr; 2002. p.92.
24. Sarquis LMM, Felli VEA. O uso dos equipamentos de proteção individual entre os trabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos perfurocortantes. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53(4): 564-73.
25. Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-Hospitalar na cidade de São Paulo. *Acta Paul Enfermagem*. 2000;13(3):59-65.

Recebido em 06/12/2005

Aceito em 21/02/2006