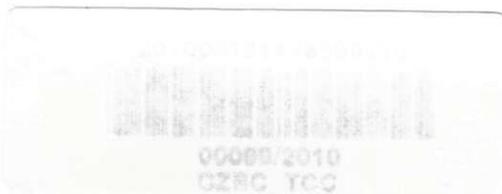




**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA INFECÇÃO
HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

SÂMIA MIRELLY ALEXANDRE DE ASSIS MARQUES



CAJAZEIRAS

2009



**PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA INFECÇÃO
HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M357p MARQUES, Sâmia Mirelly Alexandre de Assis
Perspectiva de Enfermagem no controle
da infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia
Intensiva./ Sâmia Mirelly Alexandre de Assis Marques.
Cajazeiras, 2009.
54f.: il.

Orientadora: Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCEG

1.UTI – infecção hospitalar. 2. Equipe de Enfermagem –
UTI. 3. Infecção Hospitalar – controle. I. Título.

UFCEG/CFP/BS

CDU – 616-083.98

SÂMIA MIRELLY ALEXANDRE DE ASSIS MARQUES

**PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA INFECÇÃO
HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de Graduação
em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de
Ciências da Vida, da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes

**CAJAZEIRAS
2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA**

SÂMIA MIRELLY ALEXANDRE DE ASSIS MARQUES

**PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA INFECÇÃO
HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Aprovada em 27 de julho de 2009

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Presidente – Orientadora

Prof. Esp. Geofábio Sucupira Casimiro
Examinador

Profa. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro
Examinadora

CAJAZEIRAS

Dedico este trabalho a Jesus Cristo pela coragem, paciência e sabedoria concedidas para que eu chegasse ao fim dessa longa jornada. E aos meus pais Benedito e Socorro pelo esforço e doação dedicados, e ainda pelos ensinamentos que muito contribuíram para a minha formação moral e intelectual.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Jesus Cristo que me proporciona forças para enfrentar as dificuldades da vida.

A meus pais, Benedito e Socorro pelo amor, confiança, apoio e paciência nas horas difíceis, e ainda pelo grande incentivo e estímulo para o término desta árdua caminhada.

A meus irmãos Bênnio e Samielly pelo carinho e compreensão, e por estarem ao meu lado independentes da decisão que eu tomasse.

A todos os meus colegas, especialmente Layanna, Nayana e Gleydson que sempre juntos compartilhamos momentos difíceis deste curso, transmitindo forças um ao outro para continuar a trajetória.

À minha orientadora, Kennia Sibelly por ter me aceitado como orientanda, pelo apoio, incentivo, dedicação e interesse na elaboração deste trabalho.

A Myrelles Nascimento e a Demetrius Alves que contribuíram significativamente no processo de coleta dos dados.

Ao Hospital Regional de Sousa-PB que deu a oportunidade de realizarmos a coleta de dados deste estudo, bem como aos profissionais de enfermagem da UTI, que anonimamente colaboraram para a realização deste trabalho.

À comissão examinadora pela gentileza de ter aceitado o convite, e pela contribuição com o trabalho ao apontar considerações para a sua melhoria.

E, finalmente a todos os familiares e amigos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Obrigada!!

"A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca e que, esquivando-nos do sofrimento, perdemos também a felicidade."

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

MARQUES, Sâmia Mirelly Alexandre de Assis. **Perspectiva de Enfermagem no controle da infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Campina-Grande – Cajazeiras-PB, 54f, 2009.

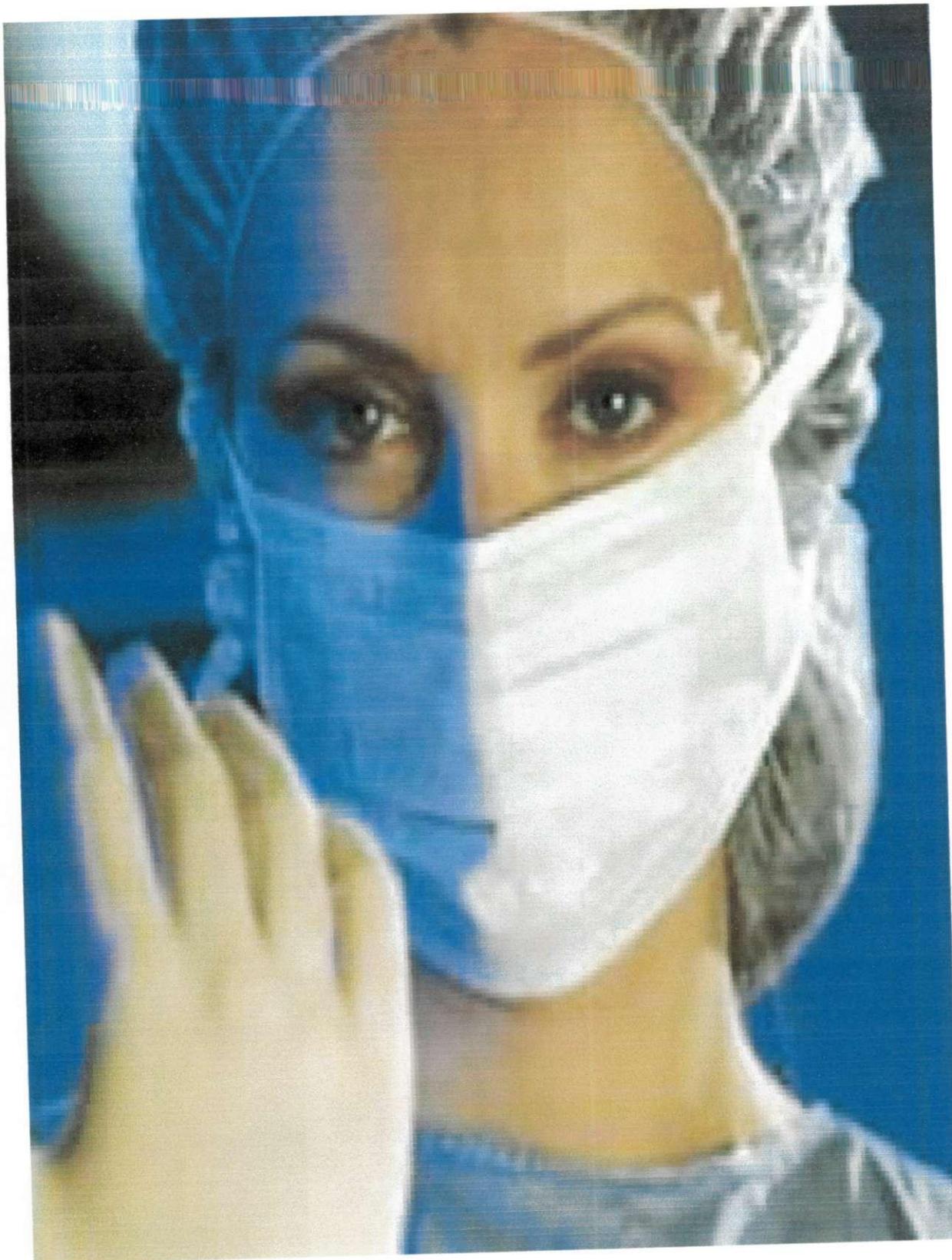
Estudos apontam as infecções hospitalares como as mais freqüentes complicações do tratamento em UTI. Neste setor concentram-se pacientes graves, e geralmente, a associação de doenças e fatores iatrogênicos torna estes pacientes mais susceptíveis à aquisição de infecções. A Enfermagem é o grupo de profissionais da saúde que tem o maior contato com o paciente e por isso a conscientização destes para a prática de medidas de controle e prevenção da infecção hospitalar é extremamente fundamental para uma assistência de qualidade à saúde. O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem a cerca dos principais fatores de risco para o surgimento de infecções hospitalares e descrever os aspectos e medidas consideradas relevantes na assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Sousa-PB. Foi efetuado a partir de uma investigação de caráter exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 4 enfermeiros e 5 técnicos de enfermagem, através da aplicação de um questionário subjetivo, coletados no mês de junho de 2009. As respostas foram categorizadas e analisadas utilizando-se o método de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin(1977). Constatou-se que os profissionais conhecem parcialmente os fatores de risco para o surgimento da infecção hospitalar e sabem da importância de desenvolver adequadamente as técnicas assépticas embora reconheçam a existência de algumas falhas devido à carência de recursos materiais, e ainda, os profissionais participantes demonstram contradições quanto à função da CCIH na instituição. Por fim, esperamos que esta pesquisa contribua para uma reflexão dos profissionais, não só de enfermagem, mas todos da equipe de saúde, e que a partir deste, outros trabalhos sejam realizados, a fim de conscientizar tais profissionais da importância das medidas de prevenção e controle da contaminação do ambiente hospitalar.

Descritores: Enfermagem. Infecção hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Retrospectiva histórica da infecção hospitalar	14
2.2 Infecção Hospitalar x Unidade de Terapia Intensiva	17
2.3 Atuação da equipe de Enfermagem no controle e prevenção da infecção hospitalar.....	21
3.MATERIAL E MÉTODOS.....	24
3.1 Tipo de estudo.....	25
3.2 Local da pesquisa.....	25
3.3 Participantes do estudo.....	25
3.4 Posicionamento ético das pesquisadoras.....	26
3.5 Instrumento de coleta de dados.....	26
3.6 Análise dos dados.....	27
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	28
4.1 Conhecimento sobre infecção hospitalar.....	29
4.2 Equipamentos de proteção individual.....	30
4.3 Fatores de risco para o surgimento da infecção hospitalar na UTI.....	31
4.4 Atuação da equipe de enfermagem.....	35
4.5 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).....	38
5. CONCLUSÃO.....	41
6. REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	50
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados	
ANEXO.....	53

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA



1. INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares são as mais freqüentes e importantes complicações relacionadas à assistência à saúde e se constitui na principal causa de morbidade e mortalidade hospitalar, gerando prejuízos aos usuários, à comunidade e ao Estado.

Os avanços tecnológicos implicaram no desenvolvimento de técnicas modernas relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, e os antimicrobianos foram aperfeiçoados, em contrapartida, surgiram novas formas vivas de microrganismos e as bactérias tornaram-se multirresistentes, fragilizando o ambiente do cuidado humano e desafiando as ações do cotidiano dos trabalhadores em saúde, no que se refere à prevenção das infecções hospitalares. (FONTANA; LAUTERT, 2006).

“No Brasil, os dados sobre infecção hospitalar são pouco divulgados. Além disso, esses dados não são consolidados por muitos hospitais, o que dificulta o conhecimento da dimensão do problema no país. [...]” (TURRINI; SANTO, 2002).

Esta problemática no Brasil cresce a cada dia, considerando que o custo do tratamento com infecção hospitalar é três vezes maior que o custo dos clientes sem infecção. Mesmo com a legislação vigente no país, Moura *et al.* (2007) mostram que os índices de infecção hospitalar permanecem altos, 15,5% correspondendo a 1,18 episódios de infecção por cliente internado com infecção hospitalar nos hospitais brasileiros. Além disso, consideram-se mais um agravante, o fato das instituições de saúde pública possuir a maior taxa de prevalência de infecção hospitalar no país, 18,4%.

No Brasil, estima-se que 5 a 15% dos pacientes internados contraem alguma infecção hospitalar, aumentando de 5 a 10 dias, em média, o seu período de internação. (MACHADO *et al.*, 2001).

“Nos Estados Unidos a sua incidência atinge cerca de 3,5% a 15% dos clientes hospitalizados, mas estudos recentes da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) revelam que em nossos hospitais latino-americanos ela oscila entre 5% e 70%.” (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR; PALERMO, 2007, p.27).

Os índices de infecção hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) tendem a serem maiores do que aqueles encontrados nos demais setores do hospital, devido à gravidade das patologias de base, aos procedimentos invasivos utilizados ao longo do tempo de internação e ao comprometimento imunológico, que tornam os pacientes mais susceptíveis à aquisição de infecções. (LEISER; TOGNIM; BEDENDO, 2007).

Wenzel et al. (apud BRAGA *et al.*, 2004), relataram que 5% dos indivíduos internados nas Unidades de Terapia Intensiva adquirirão infecção nosocomial, e serão consideradas como consequência dos cuidados assistenciais em até 30% do total dos casos.

O reconhecimento das infecções hospitalares induziu a realização de estudos, publicações e movimentos de sensibilização ao problema, objetivando o estabelecimento de iniciativas concretas de controle. Neste percurso, foram criadas as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar que aconteceu com a emissão da Portaria nº196 de 24 de junho de 1983, pelo Ministério da Saúde, onde exige a criação em todos os hospitais do País, independentemente da natureza da entidade.

A equipe de Enfermagem é fundamental nas ações de prevenção, detecção e controle da infecção hospitalar, tanto por ser o grupo mais numeroso e que maior tempo fica em contato com o doente internado em hospitais, como pela natureza de seu trabalho que inclui a prestação de cuidados físicos e a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (TURRINI, 2000).

Os hospitais, além de equipamentos adequados, adotam medidas habituais de prevenção e controle de infecções, mas devem lembrar que toda a comunidade hospitalar atua como um agente determinante neste controle. Ressaltamos aqui o profissional de enfermagem por ser o principal agente de cuidado direto com o cliente.

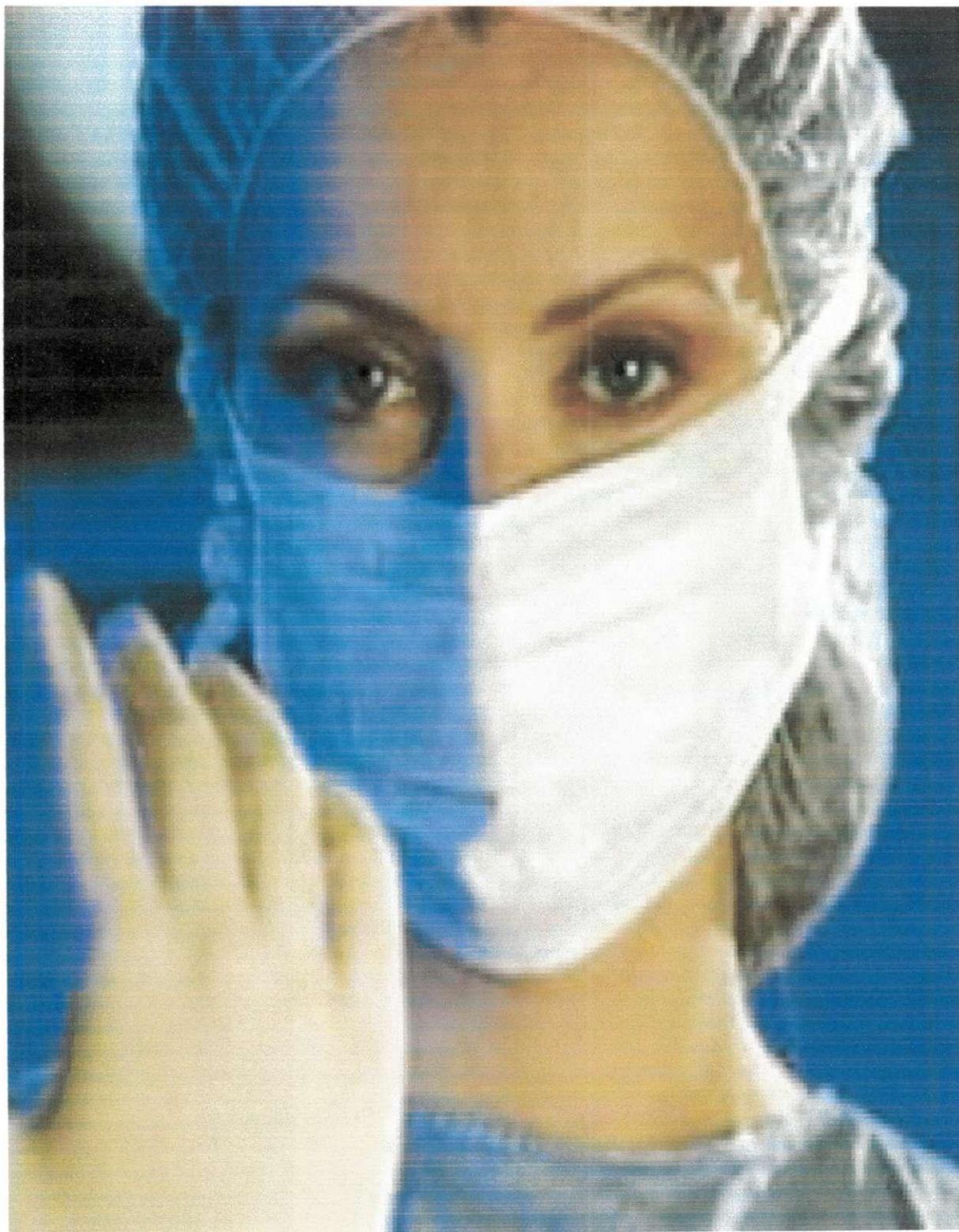
Em termos gerais, as infecções hospitalares não só elevam as taxas de morbidade e mortalidade, como também ampliam o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais, com o conseqüente aumento do custo do tratamento e menor utilização dos leitos hospitalares. Há que se considerar, também, a interrupção da vida produtiva do indivíduo, assim como a possibilidade de ações legais requeridas contra o hospital e profissionais, pelo fato de, o paciente julgar-se prejudicado em sua saúde devido às intervenções hospitalares iatrogênicas. (ANDRADE; ANGERAMI, 1999; BRASILEIRO *et al.*, 2007).

Além disso, Andrade e Angerami (1999) ainda levantam a questão de que a alta tecnologia representada pelos equipamentos, aparelhagens e dispositivos, vem proporcionando aos profissionais de saúde maior descuido, falta de atenção na observância dos princípios higiênicos básicos, além do uso indiscriminado de medicamentos antimicrobianos, anti-sépticos e desinfetantes.

Diante da realidade apresentada, a escolha da referida temática vem contribuir para uma reflexão dos profissionais da equipe de enfermagem, no que concerne a infecção

hospitalar, despertando nestes atores sociais a importância das medidas de prevenção e controle da contaminação do ambiente hospitalar.

Neste contexto, objetiva-se identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem a cerca dos principais fatores de risco para o surgimento de infecções hospitalares e descrever os aspectos e as medidas consideradas relevantes na assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Sousa-PB, tendo como perspectiva a prevenção e o controle da infecção hospitalar.



2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Retrospectiva histórica da infecção hospitalar

O aparecimento das infecções hospitalares é tão antigo quanto o surgimento dos hospitais. Atualmente, representam um problema social de grande importância em virtude da sobrecarga econômica imposta aos pacientes, instituições hospitalares e companhia de seguros. Além disso, constitui um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde que trabalham no âmbito hospitalar.

Durante séculos, as pessoas que adoeciam eram isoladas em locais sombrios, úmidos, sem luz natural, sem cuidados higiênicos e dietéticos. Esses espaços de segregação e de exclusão, similares a albergues ou asilos, eram considerados fonte inesgotável de doença devido às características sanitárias e de assistências precárias, favorecendo a disseminação de doenças, especialmente as de caráter infeccioso. (ANDRADE; ANGERAMI, 1999; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

No final do século XVIII, de acordo com Oliveira e Maruyama (2008), tem início a conscientização de que o hospital poderia e deveria ser um instrumento de terapêutica, não pela ação sobre o doente ou a doença, mas pelos efeitos negativos que ele causava como as desordens econômico-sociais.

Os hospitais iniciam sua gradual reestruturação, de um local de caridade para um local de cura, de observação, de saberes e de disciplina, com a inserção de médicos, tornando-se uma instituição mais funcional. Começam a surgir as primeiras medidas básicas de controle da infecção para o atendimento ao novo propósito do hospital.

No contexto histórico das infecções hospitalares, em 1847, grande importância representou Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), médico cirurgião húngaro, que tornou compulsória a lavagem das mãos para médicos, estudantes de Medicina e os profissionais de Enfermagem. Neste simples ato, conseguiu reduzir as taxas de infecção de 12,24% para 1,89%. Com base em fundamentos epidemiológicos, talvez tenha sido esta a primeira medida profilática estabelecida, em forma de rotina escrita, em uma instituição de ensino na área da saúde. (BRASILEIRO *et al.*, 2007).

A situação de insalubridade dentro dos hospitais vai persistir até a metade do século XIX, quando esse cenário começa a se modificar com o estabelecimento da bacteriologia, por Pasteur, e os conceitos de assepsia, por Lister, com o desenvolvimento da microbiologia como ciência de apoio no combate às infecções. (BRASIL, 2003).

O autor supracitado registra que a enfermagem vem assumindo as funções de prevenção e controle da infecção hospitalar desde o desempenho de Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira inglesa, precursora dos conhecimentos que hoje detemos na Administração Hospitalar, na Enfermagem como profissão, implantando as medidas de higiene e limpeza no hospital que assistia os militares feridos na Guerra da Criméia, ajudando a mudar a realidade dos hospitais da sua época.

Segundo Andrade e Angerami (1999), Florence Nightingale no final do século XIX, utilizava a limpeza, o isolamento, a individualização do cuidado, dieta adequada, diminuição do número de leitos por enfermaria e diminuição da circulação das pessoas estranhas ao serviço, como forma de reduzir os efeitos negativos do meio hospitalar sobre o paciente. E apesar do conhecimento vigente, ela não mediu esforços, no sentido de estimular a observância da cadeia asséptica, preocupando-se em evitar a propagação da infecção.

Oliveira e Maruyama (2008) afirmam que as primeiras referências ao controle da infecção hospitalar no Brasil surgiram na década de 50, aproximadamente em 1956, com os questionamentos quanto às medidas ambientais, práticas relativas aos procedimentos invasivos como as técnicas assépticas, processos de esterilização de material hospitalar e o aparecimento de microorganismos resistentes pelo uso indiscriminado de antibióticos. Nas escolas médicas, relatam Pereira *et al.* (2005), que esta temática era pouco abordada e este fato ainda persiste nas instituições formadoras de profissionais de saúde.

O reconhecimento das infecções hospitalares não ficou somente na realização de estudos e publicações, surgiram movimentos de sensibilização ao problema, com a finalidade de estabelecer iniciativas concretas de controle. Neste percurso, não apenas foram realizados alguns eventos sobre o assunto, como criadas as primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em alguns hospitais privados e públicos.

No Brasil, a primeira intervenção governamental para o controle das infecções hospitalares, aconteceu com a emissão da Portaria do Ministério da Saúde nº 196 de 24 de junho de 1983 que instituíram a implantação de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares em todos os hospitais do país, independentes de sua natureza jurídica. Mais tarde esta portaria foi revogada e substituída pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 930 de 1992, que entre outros avanços defendia a busca ativa de casos. (PEREIRA *et al.*, 2005).

Em consequência do não cumprimento da Portaria MS nº 930/1992 por grande parte dos hospitais brasileiros, o Ministério da Saúde emitiu a Lei Federal nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997 que determina a obrigatoriedade da existência de um Programa de Controle de

Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país e preconiza a criação de Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) para execução desta atividade. (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Diante das novas determinações da Lei Federal nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997, o Ministério da Saúde emite a Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998, ainda em vigor, que trata da organização e competências do programa e da comissão de controle da infecção hospitalar; conceitos e critérios diagnósticos das infecções hospitalares; orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores; faz recomendações sobre a lavagem das mãos e outros temas como uso de germicidas, microbiologia, lavanderia e farmácia, dando ênfase à observância de publicações anteriores do Ministério da Saúde.

Segundo a Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar “é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”, e compete a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – órgão de assessoria máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar, sua adequada execução, além disso, existem algumas competências que devem ser cumpridas pela comissão de um hospital:

- elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas à implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- responsabilizar-se por capacitar o quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- reduzir o risco de aquisição de infecções hospitalares por parte dos usuários de unidades de saúde, especialmente de clientes internados, melhorando a qualidade da assistência;
- realizar busca ativa de infecções hospitalares, visando ao seu controle.

De acordo com a referida portaria, a Comissão de Controle da Infecção Hospitalar deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Seus membros serão de dois tipos - consultores e executores, sendo esses últimos representantes do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e responsáveis pela

operacionalização das ações programadas do controle de infecção hospitalar. Deve haver representação dos serviços de enfermagem, médico, farmácia, microbiologia e administração.

O Serviço de Controle da Infecção Hospitalar atua de forma ativa na prevenção e controle das infecções hospitalares. Segundo Geovanini, Oliveira Junior e Palermo (2007), este serviço tem como principal objetivo “elaborar e instituir medidas para redução da incidência e gravidade das enfermidades provocadas pelos procedimentos invasivos ou terapêuticos”.

Os autores ainda mostram que as ações deste serviço são elaboradas por meio da análise dos dados obtidos pelo sistema de vigilância diária, na busca de casos novos, tais como: culturas positivas de material biológico realizadas pelo laboratório, controle de antibióticos e quimioterápicos não propostos para uso rotineiro, visitas diárias à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e periódica nas demais unidades.

A deficiência de indicadores de infecções hospitalares levou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia ligada ao Ministério da Saúde, a desenvolver o Sistema de Informações para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SINAIS), cujo objetivo é conhecer o perfil epidemiológico e as taxas de infecções hospitalares nos hospitais, buscando uniformizar e padronizar os indicadores com possibilidade de acompanhamento, além de servir como instrumento de orientação para implantação das ações que visam diminuir sua incidência e gravidade nos serviços de saúde, medir sua eficácia e monitorar a qualidade da assistência hospitalar e riscos. (PRADE; VASCONCELLOS, 2001).

Mesmo com a existência de legislações e normativas para o exercício do controle sanitário, Oliveira e Maruyama (2008) ressaltam a interferência de vários discursos influenciando nas práticas, sejam eles de ordem política, econômica, jurídica ou técnica, gerando confrontos dos mais variados, que acabam por interferir nas ações da regulação sanitária. Embora esses discursos não possuam a capacidade de perpassar domínios técnicos e científicos, constituem relações de forças capazes de suprimir a execução do exercício institucional efetivo de controle de infecção hospitalar no Brasil.

2.2 Infecção Hospitalar x Unidade de Terapia Intensiva

A infecção hospitalar pode ser caracterizada como um desequilíbrio na relação homeostática entre hospedeiro (paciente), agente (patógeno) e meio-ambiente, em

consequência, do aumento da patogenicidade do parasita em relação aos mecanismos de defesa do hospedeiro, ou pela diminuição da capacidade normal de defesa anti-infecciosa do hospedeiro em relação à patogenicidade do parasita. Infelizmente, muitas infecções hospitalares são transmitidas pelos profissionais de cuidado à saúde. (POTTER; PERRY, 2005).

“A infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.” (BRASIL, 1998)

O Ministério da Saúde preconiza que em caso de desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionam-se como infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 horas após a admissão e também aquelas manifestadas antes de 72 horas da internação, quando associadas aos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período. Também são hospitalares as infecções de recém-nascido, exceto as transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 horas.

As infecções hospitalares, fisiopatologicamente, são divididas em endógenas e exógenas. A infecção endógena ocorre quando a flora microbiana do paciente sofre uma alteração, resultando em seu super-crescimento, enquanto a exógena é provocada por microrganismos externos ao paciente que não fazem parte da flora normal (POTTER; PERRY, 2005).

As infecções hospitalares representam 3 a 4% do total de infecções no ambiente hospitalar (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 2003). As endógenas são responsáveis por cerca de 70% das infecções hospitalares, geralmente, a flora do paciente é modificada devido à pressão ao seu ecossistema imposta pelo uso de antimicrobianos, e pela colonização por transmissão cruzada através de dispositivos invasivos e mãos da equipe assistente. São microrganismos caracteristicamente com perfil de multiresistência aos antimicrobianos. Já as exógenas são responsáveis apenas por 30% das infecções, embora com um percentual bem inferior às infecções endógenas, é exatamente nas infecções exógenas que há o maior impacto das medidas de prevenção, pelo fato de ocorrerem principalmente pelo contato direto ou indireto da equipe assistente (PEDROSA; COUTO, 1999; TURRINI, 2000).

Para compreender melhor o comportamento das infecções hospitalares e elaborar as medidas de controle e prevenção pertinentes é preciso conhecer quais os fatores de risco

envolvidos no desenvolvimento das infecções hospitalares. Como afirmam Freeman e McGowan *apud* Turrini (2000), um fator de risco é simplesmente um indicador de risco ou um fator associado à infecção hospitalar, tal indicador de risco não precisa necessariamente ser a causa da infecção, preceder a infecção e tampouco determiná-la.

Pedrosa e Couto (1999) classificam e descrevem os fatores de risco em intrínsecos (fatores inerentes ao paciente) e extrínsecos (fatores associados ao meio, às agressões e aos cuidados).

Os fatores intrínsecos estão relacionados especificamente ao paciente/hospedeiro, condições que deprimem os mecanismos de defesa como extremos de idade, tabagismo, fator emocional, perfusão tecidual, lesões cutâneas, déficit nutricional, obesidade, diabetes mellitus, uso de drogas imunossupressoras, dentre outras.

Os fatores extrínsecos estão relacionados à agressão diagnóstica e terapêutica (procedimentos invasivos) como terapêutica respiratória, realização de exames, administração de medicamentos, realização de punções, presença de cateteres nos vasos, cateterismo vesical, próteses vasculares e cardíacas, realização de cirurgias; fatores inerentes ao ambiente hospitalar dentre este se destaca a contaminação do meio, superfícies, artigos médico-hospitalares, equipamentos, água, cateteres, anti-sépticos, entre outros; e a qualidade da assistência dispensada ao paciente pela equipe.

A associação destes fatores contribui de forma significativa para o surgimento da infecção hospitalar, tal situação é observada na Unidade de Terapia Intensiva, local em que se concentram pacientes clínicos ou cirúrgicos criticamente enfermos, e onde será provido suporte de vida para falências orgânicas graves e monitorização intensiva que permita a identificação precoce e o tratamento apropriado das intercorrências clínicas graves. Estas unidades constituem níveis de atendimento à saúde de alta complexidade, atuando de forma decisiva quando há instabilidade de órgãos e sistemas funcionais com risco de morte.

Segundo a Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde, estas unidades dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

Couto, Pedrosa e Nogueira (2003) relatam que os pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva estão sujeitos a riscos de 5 a 10 vezes maior de adquirir infecção que aqueles de outras unidades de internação do hospital, além de mais vulneráveis intrinsecamente à infecção, são frequentemente expostos aos fatores de riscos tais como:

procedimentos invasivos, cirurgias complexas, drogas imunossupressoras, uso abusivo de antimicrobianos (exercem pressão seletiva sobre determinados grupos de microrganismos, tornando-os resistentes) e as interações com a equipe de saúde e os fômites.

Geralmente, o paciente criticamente enfermo tem pelo menos um, senão múltiplos acessos vasculares, dispositivos respiratórios, cateteres vesicais entre outros que rompem a barreira da pele.

Existe grande variação na incidência e distribuição dos sítios de infecção hospitalar em UTIs. Os sítios mais frequentes são infecção do trato urinário, pneumonia e a infecção da corrente sanguínea, de acordo com Pedrosa e Couto (1999). Discordando em parte com estes autores David (1998) demonstra que as infecções mais frequentes são urinárias (35 a 45%), feridas cirúrgicas e pneumonias (10 a 20%). Os fatores de risco associados podem ser o uso de tubo orotraqueal, presença de sonda vesical, traumas múltiplos, profilaxia de úlcera de estresse, presença de sonda nasogástrica, uso de ventilador mecânico (MARTINS, 2006).

As infecções do trato urinário são as infecções hospitalares mais frequentes em hospitais gerais, correspondendo a 35-45% do total das infecções, sendo 70 a 80% delas relacionadas à sondagem vesical (PEDROSA; COUTO, 1999). As infecções urinárias relacionadas ao cateter vesical se manifestam 48 horas, ou mais, após a cateterização vesical. Estes pacientes também estão sujeitos a bacteremias e a outras complicações infecciosas e não-infecciosas. (MESIANO, 2007).

A pneumonia nosocomial, é a segunda maior causa de infecção hospitalar, correspondendo a 18% das infecções hospitalares nos Estados Unidos e de 37 a 54% das infecções em unidade de terapia intensiva médico-cirúrgico. No Brasil, as pneumonias representam 24% do total de infecções em unidade de terapia intensiva médico-cirúrgico, sendo 58% delas relacionadas à ventilação mecânica. A infecção da corrente sanguínea está relacionada principalmente ao uso do cateter vascular, correspondendo a 40% das bacteremias nosocomiais que ocorrem em UTI. (PEDROSA; COUTO, 1999)

Os materiais invasivos utilizados são corpos estranhos colocados temporariamente ou semipermanentemente no tecido do paciente com finalidade terapêutica ou diagnóstica, os quais danificam ou invadem as barreiras epiteliais e mucosas, permitindo o acesso de microrganismos diretamente na corrente sanguínea e nos tecidos, facilitando o crescimento de microrganismos e agindo como reservatórios de onde as bactérias podem ser transferidas para outro paciente. Estes materiais podem ser contaminados ainda na fase de produção, e assim introduzir um agente potencialmente infeccioso no indivíduo. (TURRINI, 2000).

O risco de infecção é muito aumentado à medida que os equipamentos de cuidados do paciente se tornam mais complexos e conforme são utilizados mais aparelhos que rompem as barreiras anatômicas de proteção individual. (SMELTZER; BARE, 2005)

O suporte vital para pacientes criticamente enfermos vem permitindo sobrevida intra-hospitalar cada vez mais prolongada. Paradoxalmente, o mesmo aparato tecnológico e a sobrevida prolongada expõem o paciente crítico a um risco aumentado de desenvolvimento de infecção. Embora o total de leitos em terapia intensiva represente 2% dos leitos hospitalares disponíveis no Brasil, eles contribuem com mais de 25% do global das infecções hospitalares com forte impacto na morbidade e mortalidade desse grupo de pacientes, assim como nos custos dos Sistemas Financeiros de Saúde. (PEDROSA; COUTO, 1999; OLIVEIRA; CABANAS, 2008).

2.3 Atuação da equipe de Enfermagem no controle e prevenção da infecção hospitalar

A prevenção e o controle de infecção devem fazer parte da filosofia de formação dos profissionais da área de saúde e também deve fazer parte do processo de educação continuada durante o exercício profissional, viabilizando a necessária atualização permanente dos profissionais. (BRASILEIRO *et al.*, 2003)

Os profissionais de enfermagem poderão evitar que uma infecção se desenvolva ou se dissemine, eliminando os reservatórios de infecção e reduzindo o número e tipos de organismos transmitidos para os locais de potencial infecção. Tais profissionais devem ser capacitados e cientes das formas de transmissão e das ações de controle e prevenção das infecções hospitalares.

O cuidado de enfermagem através da aplicação do processo de enfermagem tem como finalidade melhorar a prestação e conseqüente qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que, proporciona uma estrutura organizada, criativa e individualizada, de maneira flexível para ser usada em todos os ambientes. (MADEIRA, 2003).

Segundo Potter e Perry (2005), o processo de enfermagem fornece uma abordagem sistemática para reunir dados do paciente, examinar e analisar criticamente os dados, identificar a resposta do paciente a um problema de saúde, determinar prioridades, estabelecer objetivos e resultados esperados da assistência, adotar a ação apropriada e então avaliar se a

ação é eficaz. O Processo de Enfermagem consiste em cinco etapas: histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução.

A primeira etapa é o histórico em que o enfermeiro avalia os mecanismos de defesa do paciente, sua susceptibilidade, e toma conhecimentos das infecções. Reconhecendo precocemente os sinais e sintomas da infecção, o enfermeiro alerta os outros companheiros da equipe de cuidado para a necessidade em potencial de uma terapia e medidas iniciais de enfermagem de apoio.

Para estabelecer o diagnóstico de risco de infecção o enfermeiro deve analisar cuidadosamente os dados coletados, procurando informações que definam as características ou fatores de risco sugestivos para estabelecer o diagnóstico específico. Em seguida, o enfermeiro irá descrever um plano de cuidados para o paciente, estabelecendo prioridades e incluindo as práticas de prevenção da infecção. (POTTER; PERRY, 2005).

A implementação é a execução do plano de cuidados, em que os profissionais de enfermagem atuam evitando que uma infecção se desenvolva ou se dissemine, eliminando os reservatórios de infecção e reduzindo o número e tipos de organismos transmitidos para os locais de potencial infecção. Para isso, tais profissionais devem aplicar as boas práticas de assepsia no tempo certo e na situação clínica certa.

Os princípios de assepsia ou técnica de limpeza referem-se a práticas para reduzir e prevenir a disseminação de microrganismos, que inclui a utilização adequada dos suprimentos esterilizados, dos equipamentos de proteção individual e a higiene adequada das mãos.

As luvas de procedimentos são consideradas uma barreira de proteção para o profissional, evita o contato direto com o sangue ou fluidos corporais, mas quando utilizada de forma inadequada pode transferir secreções orgânicas para as superfícies tocadas fora do atendimento propriamente dito, como por exemplo, ao manipular prontuários ou aparelhos telefônicos. As máscaras usadas por períodos prolongados e que são tocadas sucessivamente, bem como a permanência em volta do pescoço, além de não conferir a proteção contra gotículas e aerossóis, pode transformar-se em um reservatório de microrganismos. Assim, um Equipamento de Proteção Individual pode transformar-se em um Equipamento de Disseminação Coletiva. (TIPPLE *et al.*, 2003).

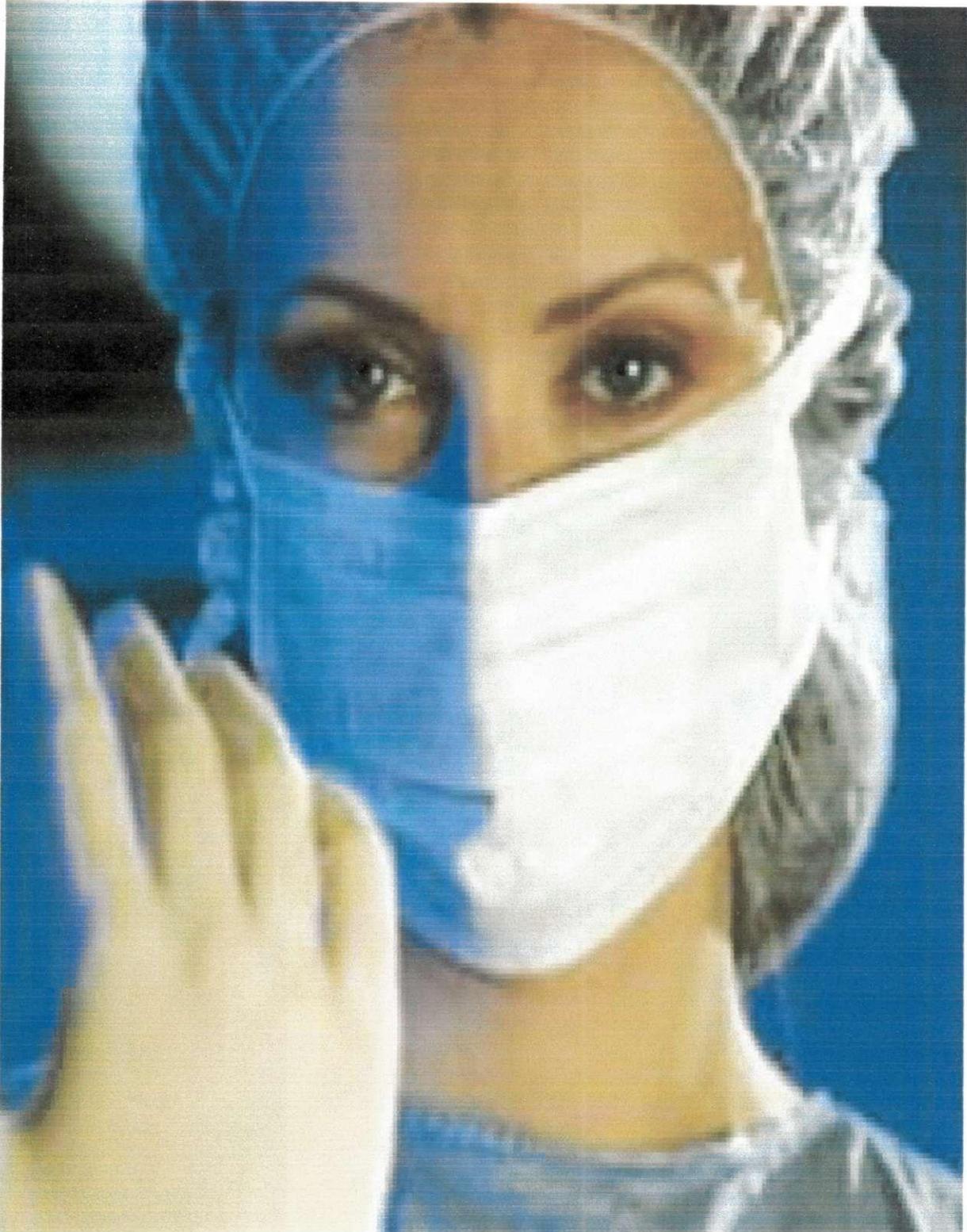
De acordo com Pedrosa e Couto (1999), a lavagem das mãos é considerada o pilar da prevenção das infecções hospitalares; esta prática deve ser realizada antes e após o contato com o paciente ou manuseio de equipamentos, preparo de medicações ou execução de procedimentos.

Uma medida preventiva final é fortalecer as defesas em potencial do hospedeiro contra as infecções, proporcionando suporte nutricional, repouso, manutenção dos mecanismos de proteção fisiológicos e as imunizações recomendadas. (POTTER; PERRY, 2005).

A última etapa do processo é a evolução de enfermagem, que compõe o relato diário ou periódico das mudanças ocorridas com um determinado indivíduo enquanto estiver sob a assistência dos profissionais de enfermagem. Nesta etapa pode ser avaliado o sucesso das intervenções de enfermagem. (MADEIRA, 2003).

Dentre as várias preocupações do enfermeiro que coordena a assistência de enfermagem estão presentes inquietações relativas ao processo de trabalho como ensinar, pesquisar, administrar e assistir em enfermagem. A complexidade e interlocução desses processos desafiam a capacidade do enfermeiro em diagnosticar, priorizar problemas e propor intervenções de enfermagem eficazes. (TURRINI, 2000).

Finalmente é importante lembrar que o enfoque do cuidado da equipe de enfermagem deve estar no paciente, na satisfação de suas necessidades básicas afetadas.



3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

O estudo foi efetuado a partir de uma investigação de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, buscando-se conhecer as perspectivas da equipe de enfermagem na prevenção e controle da infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva.

A pesquisa exploratória caracteriza-se pelo desenvolvimento e esclarecimento de idéias, tendo como finalidade oferecer uma visão panorâmica, do tipo aproximativo, a cerca de determinado fato. (GONSALVES, 2007).

A pesquisa qualitativa segundo Minayo (1994) surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, intuição e subjetividade. Esta pesquisa é direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas emoções são influenciadas pelas emoções e sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas em seu cotidiano.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Sousa-PB. A opção por esta instituição deve-se ao fato de ser um hospital referência para a região, no que se refere ao atendimento em diversas especialidades e ao público em geral, além disso, a referida instituição foi campo de estágio da pesquisadora, o que facilitou o acesso às dependências hospitalares, bem como aos participantes da pesquisa.

3.3 Participantes do estudo

São de fundamental importância que se estabeleçam os limites de uma pesquisa científica. De acordo com Silva e Menezes (2001), a população (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo. A amostra é parte da população ou do universo, através dela se permite estabelecer ou estimar as características da população. Sendo assim, a população deste estudo foi composta por 9 profissionais, sendo 4 enfermeiros e 5 técnicos de enfermagem, que fazem parte do quadro contratual da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Sousa-PB.

A amostra foi selecionada de acordo com a disponibilidade destes profissionais, levando em consideração a participação voluntária na pesquisa após a explicação dos objetivos do trabalho e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendida os requisitos da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 Posicionamento ético das pesquisadoras

O estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa.

Em cumprimento as normas da resolução, todos os participantes foram informados sobre os objetivos e métodos da pesquisa, e somente participaram da pesquisa os profissionais que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A execução da pesquisa ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria.

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE**
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

3.5 Instrumento de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário (APÊNDICE B), composto por 5 questões subjetivas pertinentes aos objetivos do estudo, respondidos por escrito pelos participantes da pesquisa.

Inicialmente foi encaminhado um ofício ao diretor do Hospital Regional de Sousa, solicitando sua autorização para a realização da pesquisa. Recebido o ofício e após apreciação e aprovação do projeto do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade Santa Maria, iniciou-se a pesquisa durante o mês de junho de 2009.

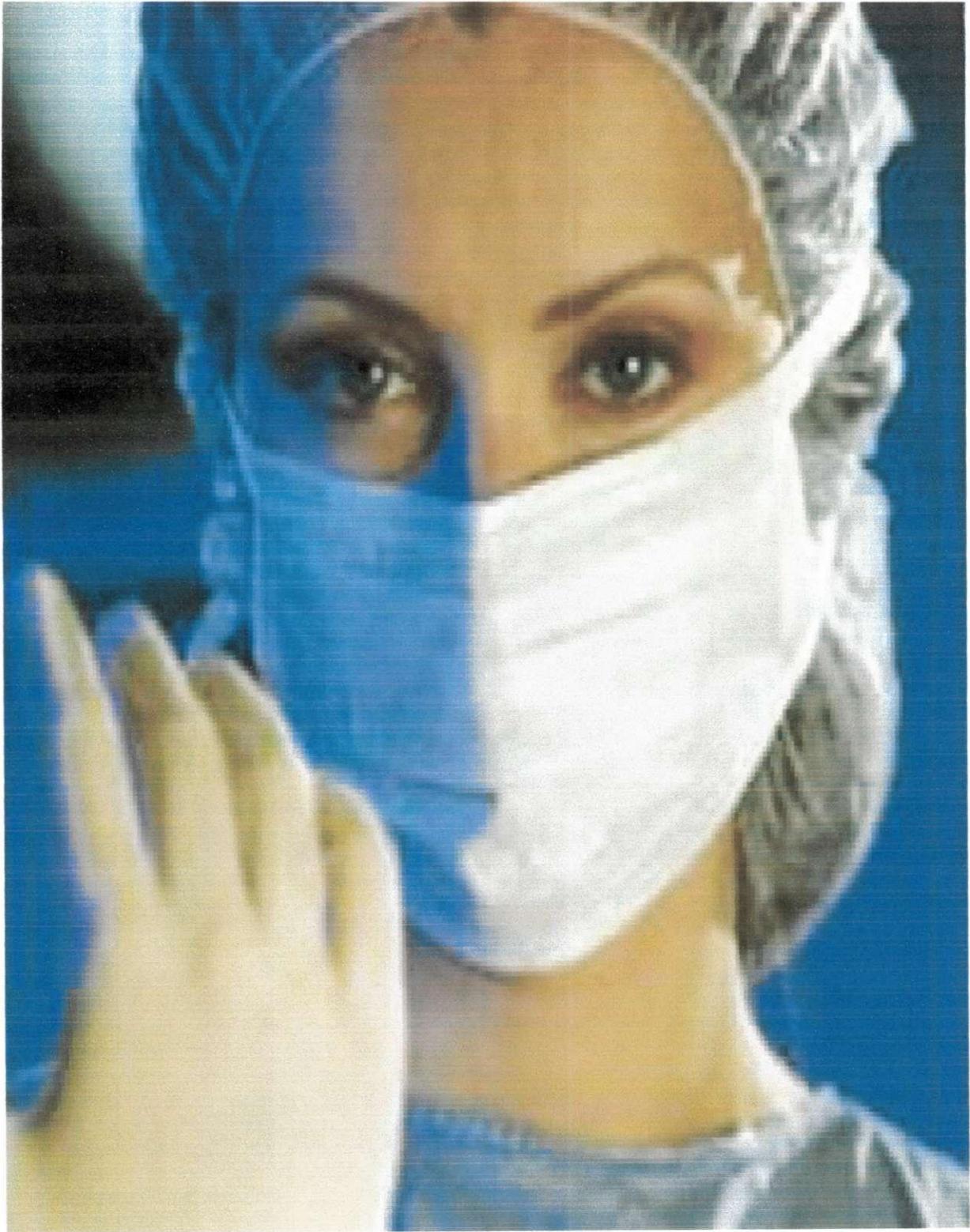
Os questionários foram entregues pela pesquisadora aos profissionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e de acordo com a disponibilidade dos mesmos marcou-se o horário de recebimento, na própria instituição.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir do conteúdo das informações obtidas através do questionário e sua relação com o objeto de estudo, sem dar ênfase ao aspecto quantitativo. O método utilizado foi a Análise de Conteúdo, que de acordo com Bardin (1977), consiste em agrupar e analisar informações significativas para os sujeitos envolvidos na temática, por meio das narrativas compiladas e categorias temáticas construídas.

A análise de conteúdo pode ser feita utilizando o método de análise categorial que consiste em desmembrar o texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógico tais categorias são construídas conforme os temas emergem do texto. (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Esse método de análise envolve três etapas: a pré-análise; exploração do material; e o tratamento dos resultados e interpretação, que vão ser confrontados com a literatura pertinente.



4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo descreve os resultados e a discussão dos questionários, que originaram a Análise de Conteúdo (AC), depois de leituras flutuantes foram construídas categorias a partir de unidades de significado tidas como relevantes. Em cada categoria serão descritos os discursos dos sujeitos da pesquisa e em seguida, confrontados de acordo com a literatura pertinente.

4.1 Conhecimento sobre infecção hospitalar

O conteúdo das falas agrupadas semanticamente nesta categoria evidencia o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre infecção hospitalar.

Os sujeitos disseram que a infecção hospitalar é qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar, como se vê nos depoimentos a seguir:

“É uma resposta inflamatória provocada pela invasão ou presença de microorganismos em tecidos orgânicos adquiridos durante a hospitalização e que não estava presente na admissão do paciente.” (S.1)

“... síndrome infecciosa (infecção) que o indivíduo adquire após a sua hospitalização ou realização de procedimentos ambulatoriais...” (S.3)

“Infecção hospitalar é um processo infeccioso que não estava presente ou evidente na ocasião em que o paciente foi internado no hospital. [...]” (S.4)

“É uma infecção adquirida após a internação.” (S.9)

As falas nos mostram que os profissionais estabelecem uma relação de infecção hospitalar com a internação, mas apenas o S.8 conhece realmente o conceito de infecção hospitalar, a fala mostra:

“Infecção hospitalar é qualquer tipo de infecção adquirida após a entrada do paciente em um hospital ou após a sua alta quando essa infecção estiver diretamente relacionada com a internação ou procedimento hospitalar, como por ex: uma cirurgia.” (S.8)

O depoimento supracitado vem a ser confirmado com a Portaria 2.616/1998 do Ministério da Saúde, a qual define a infecção hospitalar como toda infecção adquirida após

admissão do paciente no hospital e que se manifesta durante a internação ou após a alta, desde que sejam relacionados com a internação ou procedimentos realizados no hospital.

O Ministério da Saúde ainda considera a infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 horas após a admissão, quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação.

4.2 Equipamentos de proteção individual

Os equipamentos de proteção individual evitam o contato do profissional com os fluidos e secreções corpóreas do paciente como também, quando usados adequadamente previnem a infecção cruzada, que segundo Souza e Mozachi (2007) é a infecção transmitida de paciente para paciente, geralmente por intermédio de profissionais de saúde, também considerada como infecção hospitalar.

Em 1987, o Centro de Controle de Doenças (Centers For Disease Control – CDC) – EUA, publicou uma série de recomendações destinadas aos profissionais de saúde denominadas de precauções universais. (LOPES *et. al*, 1997) Atualmente são denominadas de precauções padrão, as quais devem ser adotadas por todos os profissionais para o cuidado de todos os pacientes, independente de seu diagnóstico e presumido estado de infecção, pois evita a transmissão de microrganismos para outros pacientes e para os próprios profissionais de saúde. (FERREIRA *et. al*, 2006).

Os equipamentos de proteção utilizados pelos participantes da pesquisa são mostrados através da falas:

“Máscaras e luvas (procedimento ou estéril).” (S.2)

“bata, avental ou túnica; máscaras descartáveis; óculos de proteção; luvas descartáveis.” (S.3)

“luvas, máscaras, gorro, propé, jaleco e sapato fechado.” (S.4)

Pelos depoimentos citados se percebe que os profissionais utilizam quase todos os equipamentos de proteção determinados pelas precauções padrão, que segundo Miranda e

Stancato (2008) nesses equipamentos são incluídas luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e de membros inferiores.

Os dispositivos de proteção individual devem ser trocados sempre depois de entrar em contato com equipamentos ou artigos contaminados. As luvas são usadas quando se tocar em sangue, fluido corporal, secreções, excreções, pele não-intacta, membranas das mucosas ou artigos contaminados, elas deverão ser trocadas e feita a higienização das mãos entre o cuidado de cada paciente. (POTTER; PERRY, 2005). Os profissionais nunca devem tocar em qualquer objeto inanimado como maçanetas de portas, canetas, pranchetas, teclados de computadores ou monitores com luvas e também devem desenvolver o hábito de somente calçar as luvas imediatamente antes de realizar o procedimento. (SOUZA; MOZACHI, 2007).

As máscaras e óculos protetores, segundo Potter e Perry (2005) devem ser usados nas atividades em que há previsão da possibilidade do sangue ou fluido corporal espirrar no rosto, também as máscaras são usadas ao trabalhar com paciente sob as precauções de contaminação pelo ar.

A precaução padrão demonstra a obrigatoriedade da utilização de avental fechado sobre roupas de uso comum ou uniforme de mangas longas quando houver contato direto com o paciente, principalmente em procedimentos que houver risco de contaminação pelo contato de sangue ou outros fluidos corporais.

Além da conscientização dos profissionais de saúde da importância de utilizar os equipamentos de proteção individual (EPIs) e de conhecer a precaução padrão, a instituição deve oferecer tais equipamentos em quantidade adequada com a finalidade de promover uma assistência à saúde de qualidade como também proteger a saúde e a integridade do profissional.

4.3 Fatores de risco para o surgimento da infecção hospitalar na UTI

Fatores de risco são indicadores de risco, tais fatores não precisam necessariamente ser a causa da infecção, precederam a infecção e tampouco determiná-la. (FREEMAN; MCGOOWAN *apud* TURRINI, 2000).

Os procedimentos invasivos como fatores de risco para as infecções hospitalares foram mencionados por todos os sujeitos, como mostram as falas abaixo:

“Utilização de instrumentos invasivos específicos por muitos dias como: scalp, jelcos, sistema de drenagem urinária (sondas vesicais, bolsa coletora); tubo endotraqueal (ventilação mecânica); pacientes cateterizados (acessos centrais); pós-operatório (não cuidado com o sítio cirúrgico) e omitir lavagem das mãos...” (S.1)

“Sítio cirúrgico, pneumonia, corrente sanguínea, trato urinário, etc. Principais variáveis para infecção: cateter venoso central, ventilação mecânica, dreno pleural e trauma com fratura exposta.” (S.3)

“Muitos procedimentos invasivos são realizados neste setor. As técnicas invasivas favorecem a penetração de microrganismos que não pertencem ao corpo do hospedeiro.” (S. 5)

“Existem vários fatores como: terapêutica medicamentosa, fatores exógenos, infecções respiratórias, as técnicas de procedimentos invasivos como traqueostomias, punções, uso de cateteres, contaminações pelo uso de inaladores, respiradores mecânicos, facilitam a veiculação.” (S.9)

De acordo com as falas percebe-se que os profissionais conhecem a dimensão das conseqüências dos procedimentos invasivos, tão inevitável e fundamental para a assistência a um paciente crítico; mas que em contrapartida representam grandes fontes de disseminação de microrganismos. Ferreira *et al.* (2006) mostram que todo esse processo de monitorização tecnológica aplicada na UTI acarreta conseqüências ao cliente, pois sua capacidade de lidar com o processo infeccioso está prejudicada, devido ao comprometimento de seus mecanismos de defesas naturais, seja pela doença de base ou pelo tratamento e método-diagnóstico a que está sendo submetido.

Segundo David (1998) as infecções mais freqüentes na UTI são urinárias, feridas cirúrgicas e pneumonias e os métodos invasivos como a cateterização urinária, intubação traqueal, a ventilação mecânica e cateteres intravasculares são responsáveis por grande número das infecções, vindo assim a confirmar as falas supracitas.

Os autores Pedrosa e Couto (1999) discordam em parte com autor citado quanto aos sítios mais frequentes de infecção, em que afirma serem além das infecções urinárias e pneumonias, a da corrente sanguínea as mais prevalentes.

As intervenções diagnósticas e terapêuticas proporcionam ruptura da barreira mecânica da pele e mucosas, atribuídas a procedimentos invasivos, facilitando a entrada de microrganismos. (BRAGA *et al.*, 2004). E em terapia intensiva todos os pacientes têm pelo menos um, senão múltiplos acessos vasculares que rompem a barreira da pele, devendo-se destacar a acurácia da técnica na realização dos procedimentos invasivos, com a menor lesão

de tecidos possível e a obediência rigorosa dos princípios da assepsia. (PEREIRA, *et al.*, 2000).

O S.2 demonstra preocupação também com os fatores de risco presentes no ambiente, dentro da unidade, os discursos mostram:

“utilização de antibióticos de forma indiscriminada;”

“Desinfecção total da UTI não é feita com maior frequência como deveria,... deveria ser feita 1 vez por mês acaba sendo feita de 4 a 5 vezes em um ano inteiro, o que a deixa em uma condição do local com enorme potencialidade de permanecer longos períodos com diversos agentes no ambiente...”

“... entrada e saída de profissionais do setor de forma indiscriminada... sem controle de familiares de pacientes, principalmente aqueles “conhecidos”, e também profissionais de outro setor que não a UTI. [...]” (S.2)

Os antibióticos representam um item de alto consumo em hospitais, em particular nas UTIs, em virtude de concentrarem pacientes mais graves. O uso abusivo e inadequado de antibióticos e a falta de critérios na escolha do tratamento empírico são fatores determinantes para o surgimento de diversos microrganismos resistentes em unidade de terapia intensiva. (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 2003).

Geovanini, Oliveira Junior e Palermo (2007) mostram que os antibióticos e quimioterápicos selecionam as espécies multirresistentes poluindo o ambiente, que por sua vez infectam clientes suscetíveis e contaminam artigos e áreas hospitalares, soluções germicidas, alimentos, móveis, dentre outros, além disso, os antibióticos modificam a flora endógena normal do cliente.

Quanto a limpeza e desinfecção da UTI o S.2 demonstra preocupação com o tempo que ela é realizada, segundo Souza e Mozachi (2007) a limpeza e desinfecção do ambiente e dos equipamentos devem ser realizadas diariamente e/ou periodicamente, apenas as portas, teto, paredes e divisórias 3 vezes por semana; os vidros 2 vezes por semana; luminárias 1 vez na semana; as telas a cada 2 meses e o filtro do condicionador de ar deve ser trocado mensalmente, tendo como objetivo remover a matéria em decomposição e eliminar muitos microrganismos dos objetos e superfícies.

A estrutura física e funcionamento ideal da UTI representam impacto óbvio nos índices de infecções hospitalares, por isso uma equipe multiprofissional deve estar envolvida no desenho de uma UTI. Devendo a mesma ter uma área geograficamente distinta dentro do

hospital e, quando possível, com acesso controlado, não devem ocorrer passagens através da UTI para outros departamentos e o tráfego de pessoal devem ser separados do tráfego público e de visitantes, com o intuito de prevenir a entrada de microrganismos para o ambiente de cuidados intensivos. (AMARANTE, 1997).

De acordo com a Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde, cada unidade teve ter um número de 6 leitos, devendo cada módulo do paciente ter uma área de 9m².

Outro fator de risco apontado é a qualidade dos cuidados dispensados pelos profissionais de saúde, como pode ser notado nos depoimentos a seguir:

“Falta de cuidado por parte do profissional quando realiza determinados procedimentos invasivos [...]; não lavagem das mãos a cada procedimento realizado, seja devido quantidade excessiva, seqüencial de procedimentos ou então deixar de lavar as mãos por falta de papel toalha ou toalha para secar as mãos; [...]” (S.2)

“O maior problema observado é com as mãos e o uso de luvas seguido pela realização de procedimentos invasivos.” (S.8)

Nestas falas ficou evidente que os mesmos detêm conhecimento a cerca dos fatores de risco relacionado à qualidade dos cuidados e da importância de seguir as técnicas assépticas, porém a falta de recursos materiais induz ao negligenciamento das medidas assépticas.

De acordo com Pedrosa e Couto (1999), a monitoração da qualidade dos cuidados (médico, enfermagem, fisioterapia) em terapia intensiva é importante, embora seja difícil de ser realizada devido à complexidade dos pacientes e dos procedimentos realizados nessas unidades. Um exemplo citado é a queda da ocorrência de infecção cutânea por trauma de 6,2% para 0,2% após o treinamento de enfermagem em medidas básicas de prevenção de infecção.

Os participantes demonstraram conhecer bem os fatores de risco extrínsecos, os relacionados à agressão diagnóstica e terapêutica, ao ambiente inanimado e a qualidade de cuidados prestados pelos profissionais de saúde, porém não relataram em seus depoimentos os fatores de risco intrínsecos, aqueles fatores inerentes ao cliente.

Geovanini, Oliveira Junior e Palermo (2007) mostram que dentre estes fatores incluem os extremos de idade, tabagismo, estado emocional, perfusão tecidual, lesões cutâneas, déficit nutricional, obesidade, diabetes e outras patologias que contribuem para alteração do sistema imunológico favorecendo a aquisição de infecção hospitalar.

O suporte nutricional, emocional, repouso, manutenção dos mecanismos de proteção fisiológica e as imunizações recomendadas, de acordo com Potter e Perry (2005) são medidas de proteção ao paciente contra a invasão de patógenos. Estas medidas serão resultado de um trabalho coletivo realizado por uma equipe bem formada de multiprofissionais.

4.4 Atuação da equipe de enfermagem

As medidas preventivas são fundamentais ao paciente criticamente enfermo, uma vez que as condições inerentes a este tipo de paciente e tratamento são revestidas de fatores altamente desfavoráveis e inevitáveis.

A equipe de enfermagem deve ter um conhecimento científico da infecção, bem como de seus fatores de risco como mostra os depoimentos:

“Primeiramente ter consciência, se preocupar com o ambiente e os procedimentos utilizados. No ambiente preservar a estrutura física hospitalar (organizar os serviços, adotar medidas de higiene, saneamento, cuidado com lixo e esgoto)[...]” (S.1)

“[...] ter consciência dos riscos existentes na UTI e procurar interferir de maneira positiva neles. Lavagem das mãos para cada procedimento, cautela para com a realização de procedimentos invasivos são algumas destas medidas. Além disso, o profissional tem o direito e dever de solicitar junto à direção melhorias para o setor, como por ex, compra de equipamentos de uso individual.” (S.2)

O trabalho da equipe de enfermagem é orientado de acordo com o conhecimento que os profissionais detêm, como sua capacidade de reconhecer os fatores de risco e isso é evidenciado nas falas citadas, vindo a ser confirmadas com o relato de Potter e Perry (2005), que a consciência do controle da infecção ajuda o enfermeiro a aplicar as boas práticas de assepsia no tempo certo e na situação clínica certa.

As falas abaixo mostram como os profissionais participantes do estudo atuam na perspectiva de prevenir e controlar a infecção hospitalar na UTI que trabalham.

“A atuação do profissional de enfermagem [...] deve começar já na fase de planejamento da unidade e estender-se a prática das suas atividades diárias. É preciso conhecimento científico e preparo técnico adequado para desenvolver suas funções com segurança e prevenindo as infecções.” (S.7)

“Proporcionar proteção anti-infecciosa, limpeza e desinfecção, precaução padrão, isolamento e esterilização. Lavagem das mãos antes e após o contato com o paciente; uso de luvas p/ trocar objetos contaminados, fluidos corporais, secreções, excreções e mucosa c/ pele não íntegra; uso de máscara, óculos e capote quando haver risco de respingos c/ fluidos corpóreos; manipulação de equipamentos e roupas de forma a não contaminar o profissional, o paciente e o ambiente, entre outros.” (S.3)

“O enfermeiro deve elaborar normas e rotinas de procedimentos técnicos, [...]. Padronizar as técnicas dos procedimentos referentes ao preparo, desinfecção e esterilização de material e equipamentos, da determinação de fluxo de lixo, de roupa, de alimentos, de material limpo e contaminado, etc.” (S.4)

“Os procedimentos precisam ser padronizados de modo a serem desenvolvidos de maneira asséptica; respeitar as normas da CCIH e participar de treinamentos que englobem o controle e a prevenção da infecção hospitalar.” (S.5)

“[...] Estabelecer normas e rotinas para adaptação das técnicas.” (S.8)

Trabalho em equipe, [...]” (S.6)

A lavagem das mãos foi bem evidenciada nos depoimentos, esta é uma rotina estabelecida na precaução padrão, como também é enfatizado na portaria 2616/1998 do Ministério da Saúde. A lavagem das mãos isoladamente é considerada a rotina mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Segundo Ferreira *et al.* (2006) esta medida simples tem sua eficácia comprovada cientificamente, sendo ainda hoje um procedimento pouco adotado por profissionais de saúde.

Este problema é enfrentado desde os tempos pioneiros, quando Semmelweis em 1847, como mostra Brasileiro *et al.* (2007), tornou compulsória a lavagem das mãos com solução clorada para médicos, estudantes de medicina e os profissionais de enfermagem. De acordo com Pedosa e Couto (1999) a lavagem das mãos é o pilar da prevenção das infecções hospitalares, devendo ser realizada sempre antes e após o contato com o paciente ou manuseio de equipamentos, preparo de medicações ou execução de procedimentos.

Diante dos depoimentos percebemos a preocupação de adotar medidas de rotina para a prevenção das infecções hospitalares, bem como do trabalho em equipe, havendo uma interação entre os membros do serviço.

O trabalho quando realizado em equipe permite atuação adequada frente a problemática de reduzir as infecções, intervir em situações de surtos e manter sob controle as

infecções dentro de uma instituição. Vale ressaltar que na assistência à saúde o indivíduo deve ser visto como um ser integral, que não se fragmenta para o atendimento, independente de ser prevenção, proteção ou tratamento. (PEREIRA *et al.*, 2005).

É básico e essencial que os profissionais que assistem o paciente criticamente enfermo estejam bem treinados e conscientes da extensão e gravidade da patologia do paciente em terapia intensiva, devendo desempenhar e cumprir os protocolos estabelecidos para a melhoria da qualidade da assistência. (PEDROSA; COUTO, 1999).

Racionalizar procedimentos e aprimorar normas e rotinas é condição indispensável ao controle da infecção, sendo necessária a mudança de comportamento dos profissionais, para tanto os mesmos devem ser motivados com promoção de debates, treinamentos, divulgação de informações. (PEREIRA, *et. al*, 2005).

Uma adequada assistência de enfermagem poderia ser proporcionada com a utilização do processo de enfermagem, mas em nenhum momento ele foi citado pelos profissionais participantes. O processo de enfermagem conforme Potter e Perry (2005) é constituído de cinco etapas, histórico, diagnóstico, prescrição de enfermagem, implantação e evolução.

De acordo com os autores mencionados o histórico possibilita o enfermeiro avaliar os mecanismos de defesa do paciente, sua suscetibilidade e tomar conhecimento das infecções; o enfermeiro interpreta os dados cuidadosamente, procurando agrupar informações que definam características ou fatores de risco que criam um diagnóstico de enfermagem específico; baseado nos diagnósticos e no fator relacionado se estabelece um plano de cuidados, com prescrições de enfermagem objetivadas e direcionadas; em seguida, as atividades do plano de cuidados são implementadas pela equipe de enfermagem, neste momento a equipe deve realizar os procedimentos seguindo corretamente as técnicas assépticas evitando que uma infecção se desenvolva ou se dissemine, por fim a prática das técnicas de controle de infecção é avaliada pela determinação de se os objetivos de reduzir ou prevenir a infecção foram alcançados, essa análise pode ser feita a partir da evolução de enfermagem. Na evolução a equipe de enfermagem documenta a resposta do paciente às terapias para o controle da infecção hospitalar.

O Processo de Enfermagem permite modificar o cuidado de acordo com as necessidades do paciente, de modo que o enfermeiro aplicará simultaneamente o processo para cada uma destas necessidades. Além de promover um cuidado individualizado, o processo possibilita o enfermeiro responder as necessidades do paciente de maneira razoável e a tempo. (MADEIRA, 2003).

A prevenção e o controle de infecção devem fazer parte da filosofia de formação dos profissionais da área de saúde e do processo de educação continuada, viabilizando a necessária atualização permanente. As atividades de educação continuada quando desenvolvidas efetivamente asseguram a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação à assistência, pois possibilita conhecer a falhas de conduta e os motivos que os levam a não adesão das medidas de controle, sensibilizando assim cada funcionário da importância de controlar a infecção dentro da instituição de saúde. (BRASILEIRO *et al.*, 2007).

O investimento na formação dos profissionais da área de saúde também é considerado por Pereira *et al.* (2005) como uma “solução”, visto que, intervirá no momento em que estão sendo construídos seus conhecimentos e desenvolvidas as habilidades técnicas para o exercício profissional.

4.5 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

Nesta categoria serão analisados o que os participantes da pesquisa entendem pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e como esta comissão atua na instituição onde foi realizada a pesquisa. Os depoimentos abaixo relevam o conhecimento dos informantes acerca da CCIH.

“equipe formada por: médico, enfermeiro, farmacêutico, microbiologista, representante da direção do hospital, entre outros. É responsável pelo desenvolvimento de normas e rotinas, procedimentos relacionados com o controle de infecção no hospital, pela atuação como fonte especializada em questões relativas à infecção.[...]” (S.3)

“a CCIH é responsável por uma série de medidas como o incentivo da correta higienização das mãos dos profissionais de saúde; controle do uso de antimicrobianos, a fiscalização de limpeza e desinfecção de artigos e superfícies, etc.” (S.4)

“a CCIH conta com profissionais especializados que tem como objetivo oferecer aos pacientes uma assistência segura e segurança para os profissionais que atuam no hospital [...]” (S.8)

Percebe-se nas falas supracitadas que os profissionais sabem da importância da existência de uma CCIH no hospital e como é fundamental o trabalho dessa comissão aliado aos profissionais de saúde.

A portaria 2.616/1998 do Ministério da Saúde dispõe da obrigatoriedade dos hospitais constituírem a CCIH, órgão de autoridade máxima da instituição para adequada execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), que estabelece um conjunto de ações desenvolvidas de forma deliberada e sistemática, com o objetivo de reduzir ao máximo a incidência e gravidade das infecções hospitalares.

Compete a CCIH elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH; implementar e supervisionar as normas e protocolos de rotinas; responsabilizar-se pela capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, quanto à prevenção e controle das infecções hospitalares; reduzir o risco de aquisição de infecções hospitalares por parte dos usuários de unidades de saúde, melhorando a qualidade da assistência; realizar busca ativa, visando o controle das infecções hospitalares. (BRASIL, 1998)

Os discursos a seguir mencionam a existência da CCIH na referida instituição da pesquisa:

"[...]A CCIH desta instituição está sendo formada de 3 meses pra cá, mas ainda não sei ao certo se já está exercendo sua função ou não. O que posso afirmar é que a instituição apesar das dificuldades, através de cada setor tem tomado medidas para tentar diminuir ao máximo a infecção hospitalar." (S.2)

"[...] existe a CCIH, só que precisa mais de recursos humanos e financeiros, assim como da consciência de cada profissional para que funcione melhor." (S.1)

De acordo com os relatos supracitados, a CCIH foi criada recentemente, o que até então descumpria com a obrigação determinada pela Lei Federal 9.431 de 1997 que determina a obrigatoriedade da existência de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país e preconiza a criação de Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) para execução desta atividade. Dessa forma surgem questionamentos, como então era realizado o controle da infecção hospitalar na referida instituição?

Oliveira e Maruyama (2008) mostram que a inatividade ou ineficiência da CCIH é um fato muito comum encontrado nos hospitais e acaba acarretando prejuízos à instituição, seja pela falta de capacitação ou perfil dos profissionais para atuação na área ou por falta de conscientização do gestor quanto às necessidades propostas pela CCIH, nem sempre atendidas. Muitas vezes acontece da CCIH não dispor de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) implantado e implementado, trabalhando sem um direcionamento para suas ações.

Existem ainda muitos hospitais que não atentaram para a importância da contribuição da CCIH na assessoria administrativa da instituição, diagnosticando e vigiando a frequência e distribuição das infecções hospitalares entre os pacientes internos e egressos, implementando medidas de controle de infecção, visando garantir a qualidade e segurança da sua assistência. (PRADE; VASCONCELLOS, 2001).

Outro participante relata a atuação da CCIH, a fala mostra:

"[...] Oferece um trabalho especializado, diagnosticando as infecções hospitalares, identificando e estudando os fatores de risco associados. [...] assessoria em medidas de proteção anti-infecciosa como: isolamento, métodos de esterilização, soluções antissépticas e desinfetantes. [...] padronizações de procedimentos invasivos e dos antimicrobianos, na aquisição de artigos e insumos que podem estar relacionados as infecções hospitalares em processos de construções e reformas arquitetônicas. Detecta aumento de episódios, surtos ou outros problemas e propõe soluções no que diz respeito as infecções hospitalares, em todos os setores da organização com o objetivo de manter sob controle as infecções." (S.3)

Diante dos discursos apresentados surgem contradições quanto a real atuação da CCIH na instituição, visto que, um participante relata vários serviços oferecidos pela CCIH e outro sujeito participante da pesquisa diz não saber se a comissão está exercendo ou não a sua função.

O êxito do CCIH está diretamente relacionado com o envolvimento de todos. A prevenção e controle da infecção hospitalar são de responsabilidade individual e coletiva, visto que, sem assimilação e implementação dos procedimentos corretos pelos profissionais de saúde, com a necessária integração com a equipe da CCIH, o problema da infecção hospitalar sempre será um entrave na prestação de serviços à saúde. (PEREIRA *et. al*, 2005)



5. CONCLUSÃO

A infecção hospitalar apresenta-se como um agravo de grande significado epidemiológico, dentro do contexto da assistência hospitalar, suas conseqüências são bem relevantes tanto do ponto de vista humano quanto econômico.

A problemática da infecção hospitalar se torna mais preocupante na unidade de terapia intensiva (UTI), pois neste setor concentram-se pacientes de maior risco, onde a freqüente e inevitável aplicação de procedimentos invasivos, administração de antibióticos de amplo espectro e a seleção de microrganismos resistentes, reveste-se de redobrada atenção às medidas preventivas.

Ora, sendo a equipe de enfermagem os profissionais que acompanham diretamente a evolução clínica do paciente durante as 24 horas do dia e se constitui o principal elo entre o paciente e a equipe, pode-se dizer que esses profissionais são de grande importância para a identificação e notificação dos casos de infecção hospitalar, além de serem responsáveis pela implementação de ações de prevenção e envolvimento com atividades mais amplas referentes a essa temática.

Na pesquisa realizada com os enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na UTI percebeu-se que tais profissionais conhecem parcialmente os fatores de risco da infecção hospitalar, isso acarreta danos ao paciente, pois uma atividade só pode ser direcionada quando antes se identifica a causa ou um fator que pode ser desencadeante para o desenvolvimento de uma infecção.

Quanto à prevenção e o controle da infecção hospitalar os profissionais conhecem e sabem da importância de desenvolvê-las adequadamente, embora reconheçam a existência de algumas falhas devido à carência de recursos humanos e materiais.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) contribui significativamente com o trabalho dos profissionais de saúde na prevenção e controle da infecção hospitalar. No Hospital Regional de Sousa – PB, instituição onde foi realizada a pesquisa, a CCIH foi criada recentemente, mas espera-se que seja bem atuante, desenvolva um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) eficaz e promova a educação continuada para a equipe de enfermagem e também para os demais profissionais de saúde.

A grande responsabilidade de controlar e prevenir a infecção hospitalar sempre recai sobre os enfermeiros, no entanto, suas ações são dependentes e relacionadas, devendo haver a participação dos demais profissionais que constituem a equipe de saúde, a estrutura organizacional e administrativa da instituição e a CCIH, tendo como perspectiva o controle da infecção hospitalar.

Devemos lembrar que as ações de prevenção de infecção hospitalar quando omitidas ou realizadas inadequadamente colocam em risco não só os pacientes, como também os profissionais.

A educação em saúde é um item que precisa ser considerado. Acreditamos que a educação seja a principal fonte de disseminação e divulgação de conhecimentos, que objetiva mudança de comportamento a fim de despertar os profissionais para a problemática das infecções hospitalares e sua importância para a qualidade da assistência. A educação em saúde trata-se de uma via que possibilita a transformação, quando se consegue sensibilizar e envolver o outro.

Vimos na prática que a equipe de enfermagem reconhece os desafios e sofre o impacto resultante das dificuldades para controlar as infecções. No entanto, tais dificuldades não devem constituir-se em fatos impeditivos, mas sim estimular a busca de caminhos alternativos que avancem na perspectiva do controle das infecções hospitalares.

Finalizamos conscientes de que, dentro das limitações que este tipo de trabalho nos impõe, poderemos realizar estudos futuros direcionados para todos os profissionais de saúde, a fim de proporcionar uma reflexão e conscientização geral, e assim serem instituídas ações realmente eficazes na prevenção e controle da contaminação do ambiente hospitalar.



6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, J. M. B. Unidade de Cuidados Intensivos. In: RODRIGUES, E. A. C. *et al.* **Infecções hospitalares: prevenção e controle.** São Paulo: SARVIER, 1997.

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milênio. **Medicina de Ribeirão Preto**, v. 32, n. 4, p.492-497, out./dez. 1999. Disponível em: <
[http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n4/reflexoes_acerca_infecoes_hospitalares .pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n4/reflexoes_acerca_infecoes_hospitalares.pdf) >
Acesso em: 8 de março de 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. **NBR 10520:** Informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro: 2002.

_____. **NBR 14724:** Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro: 2006.

_____. **NBR 6023:** Informação e documentação: referências – elaboração. Rio de Janeiro: 2002.

_____. **NBR: 6027:** informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977

BRAGA, K. A. M.; *et al.* Microorganismos mais frequentes em unidades de terapia intensiva. **Revista Médica Ana Costa**, Santos-SP, v.9, n.4, out./dez. 2004. Disponível em: <
[http://www.revistamedicaanacosta.com.br/9\(4\)/artigo_2.htm](http://www.revistamedicaanacosta.com.br/9(4)/artigo_2.htm)> Acesso em: 20 de março de 2009.

BRASIL, Lei nº 7.498/1986. In: LIMA, C. B. de. **Dispositivos legais norteadores da prática da enfermagem.** 2ª ed. João Pessoa, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Controle das Infecções Sanitárias – Avanços tecnológicos: velhos hábitos x novas atitudes.** Brasília, 2003. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/divulga/artigos/controlado.htm> > Acesso em: 12 de abril de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616**, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432**, de 12 de agosto de 1998. Estabelece Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI

BRASILEIRO, M. *et al.* **A visão da equipe de Enfermagem a respeito da importância das ações de educação continuada para prevenção e o controle de infecção hospitalar.**

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2007. Disponível em: <http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/101_17.pdf> Acesso em: 10 de março de 2009.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 57, n.5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672004000500019&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 7 de maio de 2009.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, out-dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>> Acesso em: 3 de março de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Resolução nº 272/2002. In: LIMA, C. B. de. **Dispositivos legais norteadores da prática da enfermagem**. 2 ed. João Pessoa, 2007.

COSTA, S. F. G.; VALLE, E. R. M. **Ser ético na pesquisa em enfermagem**. João Pessoa: Idéia, 2000.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção Hospitalar: epidemiologia, controle e tratamento**. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DAVID, C. M. N. Infecção em UTI. In: SIMPÓSIO DE MEDICINA INTENSIVA. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 31, p.337-348, 1998. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n3/infeccao_em_uti.pdf> Acesso em: 11 de março de 2009.

FERREIRA, C. N. *et al.* Atuação da Equipe Multiprofissional com Pacientes em Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v14n1/v14n1a07.pdf>> Acesso em: 10 de junho de 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2 ed. São Paulo: Yendis, 2007.

FONTANA, R. T.; LAUTERT, L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 59, n. 3, p.257-261, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000300002&script=sci_arttext> Acesso em: 04 de março de 2009.

GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. G. de; PALERMO, T. C.da S. **Manual de Curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação científica**. 4 ed. Campinas, SP: Alínea, 2007.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf> > Acesso em: 4 de abril de 2009.

LEISER, J. J.; TOGNIM, M. C. B.; BEDENDO, J. Infecções Hospitalares em um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital de Ensino no Norte do Paraná. **Ciência de Cuidado à Saúde**. V. 6, n. 2, p. 181-186, 2007. Disponível em: < <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4149/2730> > Acesso em: 21 de fevereiro de 2009.

LOPES, M. H. B. de M.; *et al.* Programa educativo em medidas de precaução universais: uma metodologia de abordagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, 1997. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691997000200010&script=sci_arttext&tlng=en > Acesso em: 10 de junho de 2009.

MACHADO, A. *et al.* Prevenção da Infecção Hospitalar. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Projeto Diretrizes**, 2001. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/diretrizes/Infeccao_Hospitalar.pdf > Acesso em: 2 de abril de 2009.

MADEIRA, L. dos S. **Processo de enfermagem em UTI: implantando etapas para integralizar o sistema de assistência**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003. Disponível em: < http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1212 > Acesso em: 17 de fevereiro de 2009.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5 ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINI, A. C. **Lavagem das mãos no olhar de trabalhadores de enfermagem**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5028/000418996.pdf?sequence=1> > Acesso em: 17 de fevereiro de 2009.

MARTINS P. **Epidemiologia das Infecções em centro de terapia intensiva de adulto** (tese). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), 2006. Disponível em: < http://www.medicina.ufmg.br/cpg/medtrop/teses_dissert/2006_patricia_martins_mestrado.pdf > Acesso em: 12 de março de 2009.

MESIANO, E. R. A. B. **Infecções hospitalares do trato urinário e corrente sanguínea e fatores associados em paciente internados em unidades de tratamento intensivo no Distrito Federal.** Dissertação (Doutorado) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2426 > Acesso em: 25 de março de 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIRANDA, E. J. P. de.; STANCATO, K. Riscos à Saúde de Equipe de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva: Proposta de Abordagem Integral da Saúde. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v. 20, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n1/a11v20n1.pdf> > Acesso em: 10 de junho de 2009.

MOURA, M. E. B. *et al.* Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 60, n. 4, p. 416-421, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672007000400011&script=sci_arttext&tlng=pt > Acesso em: 24 de fevereiro de 2009.

OLIVEIRA, L. N. de; CABANAS, A. Prevenção de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva adulto: análise da higienização simples das mãos. In: **XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica da UVP.** Vale do Paraíba, 2008. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/docs/Arquivos/arquivosEPG/EPG00067_06_Opdf > Acesso em: 11 de março de 2008.

OLIVEIRA, R. de; MARUAYAMA, S. A. T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** vol. 10, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a23.pdf> > Acesso em: 10 de fevereiro de 2009.

PEDROSA, T. M. G.; COUTO, R. C. Prevenção de Infecção em Terapia Intensiva de Adultos e Pediátrica. In: **Infecção Hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.527-537.

PEREIRA, M. S. *et al.* A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto e contexto – Enfermagem,** Florianópolis, v.14, n.2, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf> > Acesso em: 12 de março de 2008.

PEREIRA, M. S. *et al.* Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia, v.2, n.1, out./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2008

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 6 ed., vol.1 Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PRADE, S. S.; VASCONCELLOS, M. M. Identificando fontes de dados nos Sistemas de Informações do SUS para a Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 10, n. 3, 2001.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3 ed. Florianópolis: Laboratório de ensino a distância da UFSC, 2001. Disponível em: < <http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%20a%20edicao.pdf> > Acesso em: 3 de março de 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed., vol. 4 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

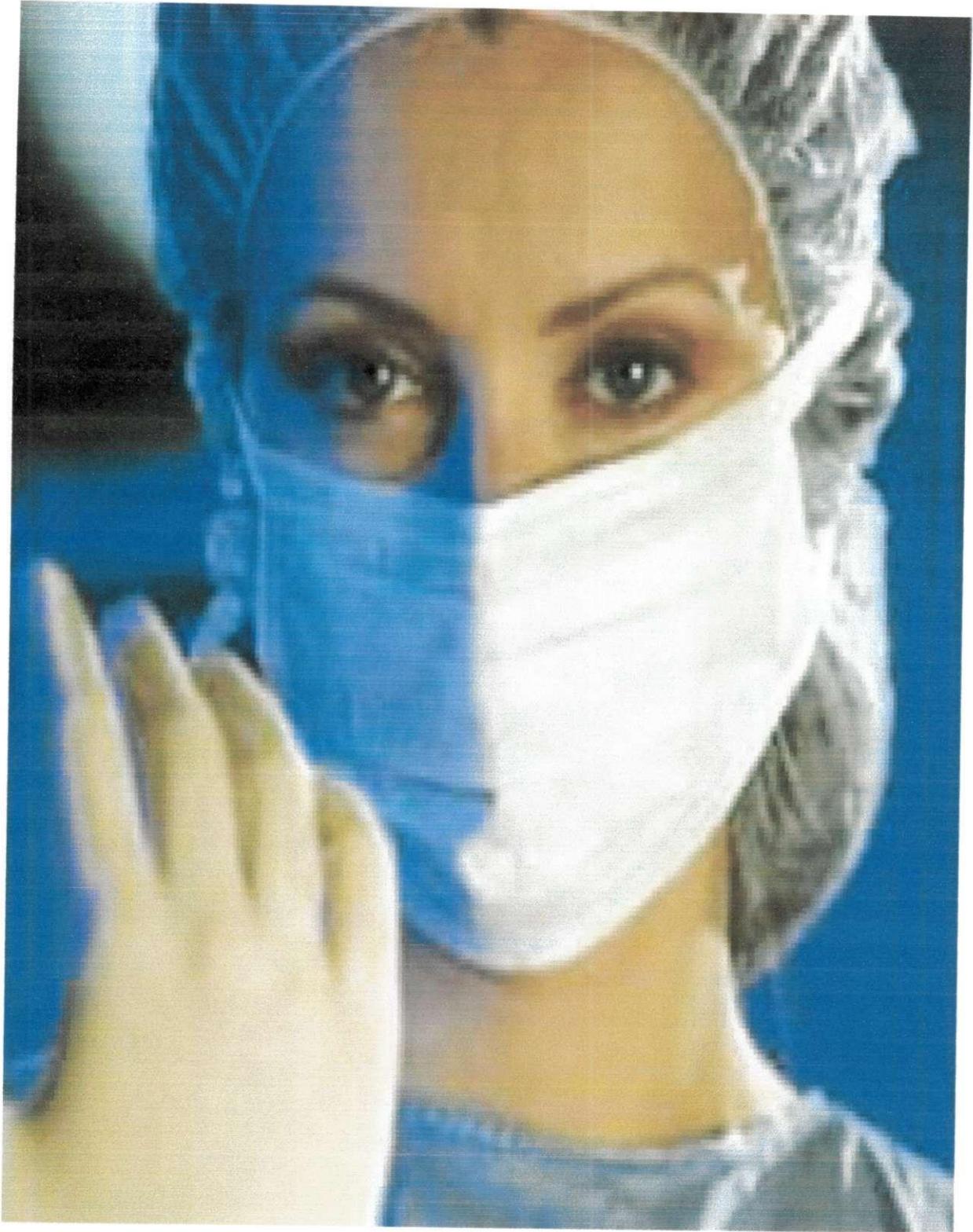
SOUZA, V. H. S. de; MOZACHI, N. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**. 7ª ed. Curitiba: Os autores, 2007.

TIPPLE, A. F. V.; *et al.* O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.11, n.2, mar. /abr. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000200017&lng=em&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em: 6 de março de 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025 > Acesso em: 14 de março de 2009.

TURRINI, R. N. T. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v.34, n. 2, p. 174-184, jun. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a07.pdf> > Acesso em: 10 de abril de 2009.

TURRINI, R. N. T.; SANTO, A. H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de Pediatria**. v. 78, n. 6, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n6/7806485.pdf> > Acesso em: 2 de março de 2009.



APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Profissional de Enfermagem,

Esta pesquisa intitulada “**Perspectivas da equipe de enfermagem no controle da infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva**” está sendo desenvolvida por **Sâmia Mirelly Alexandre de Assis Marques**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora Especialista Kennia Sibelly Marques de Abrantes. Os objetivos do estudo são: identificar os principais fatores de risco que podem contribuir para o surgimento de infecções hospitalares em uma Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Sousa-PB e descrever os aspectos e as medidas consideradas relevantes na assistência de enfermagem em terapia intensiva, tendo como perspectiva a prevenção e o controle de infecções.

A finalidade deste trabalho é contribuir para uma reflexão dos profissionais da equipe de enfermagem, no que concerne a infecção hospitalar, despertando nestes atores sociais a importância das medidas de prevenção e controle da contaminação do ambiente hospitalar.

Para viabilização da investigação proposta, solicito sua colaboração para participar da pesquisa respondendo um questionário semiestruturado. Gostaria de deixar claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Gostaria de requerer também a sua anuência para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Vale ressaltar que, a pesquisadora levará em consideração as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, empírica e de disseminação do processo de pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura da Pesquisadora Participante

Telefone para contato:

Profª Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes (Docente da Graduação em Enfermagem – CFP – UFCG) Tel: (83) 8883-0758

Sâmia Mirelly Alexandre de Assis Marques (Discente da Graduação em Enfermagem – CFP – UFCG) Tel: (83) 3521-2740

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Identificação do Profissional:**

() Enfermeiro

() Técnico de Enfermagem

Dados referentes à equipe de enfermagem:

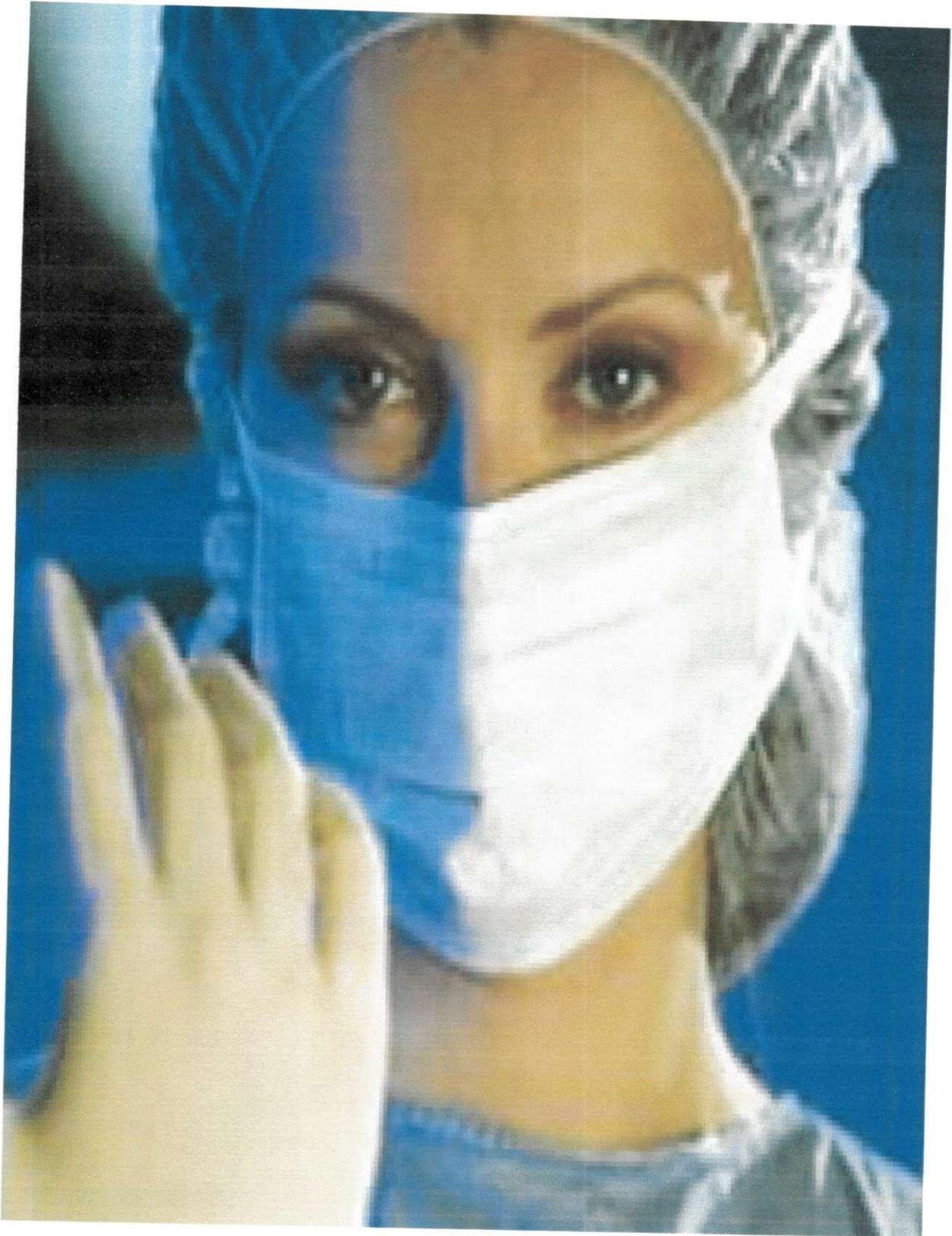
1. O que você entende por infecção hospitalar?

2. Quais os equipamentos de proteção individual (EPIs) que você utiliza?

3. Quais os possíveis fatores de risco presentes na unidade de terapia intensiva para o desenvolvimento da infecção hospitalar?

4. Como os profissionais de enfermagem podem atuar na prevenção e no controle da infecção hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva?

5. O que você entende por Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)? E como ela atua nessa instituição?



ANEXO



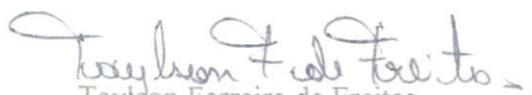
FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Perspectiva de enfermagem no controle da infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva**, protocolo 2570509 da pesquisadora Kennia Sibelly Marques de Abrantes, foi aprovado, em reunião realizada no dia 08/06/2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 13 de julho de 2009.


Taylson Ferreira de Freitas
Secretario do CEP/FSM