

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENFE**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**JOSEFA JÉSSICA SILVA DANTAS**

**USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA TERAPIA  
INTENSIVA**

**CUITÉ-PB**

**2015**

**JOSEFA JÉSSICA SILVA DANTAS**

**USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA TERAPIA  
INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprindo à exigência para obtenção do Grau de Bacharelado em Enfermagem.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MsC. Adriana Montenegro de Albuquerque**

**CUITÉ-PB**

**2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

D192u Dantas, Josefa Jéssica Silva.

Uso de equipamentos de proteção individual na terapia intensiva. / Josefa Jéssica Silva Dantas. – Cuité: CES, 2015.

106 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Adriana Montenegro de Albuquerque.

1. Terapia intensiva. 2. Equipamento de proteção - uso. 3. Enfermeiro – unidade de terapia intensiva. I. Título.

CDU 616-083:608.3

**JOSEFA JÉSSICA SILVA DANTAS**

**USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA TERAPIA  
INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna Josefa Jéssica Silva Dantas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina, Campus Cuité, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. MsC. Adriana Montenegro de Albuquerque**  
**Orientadora - UFCG**

---

**Prof<sup>ª</sup>. MsC. Isolda Maria de Barros Torquato**  
**Membro Examinador– UFCG**

---

**Prof<sup>ª</sup>. MsC. Magaly Suênia de Almeida Pinto Abrantes**  
**Membro Examinador– UFCG**

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico esta conquista aos meus pais, irmãos e ao meu noivo que com todo amor, dedicação e incentivo me fizeram chegar até aqui.*

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”  
(Charles Chaplin).*

## AGRADECIMENTOS

*E o grande dia finalmente chegou e com ele o momento de agradecer...*

***A Deus,***

*Por se fazer sempre presente em minha vida, por toda a força nos momentos de fraqueza, pela paz nos momentos de aflição, pela sabedoria nos momentos difíceis, por me guiar, me proteger e possibilitar a concretização desse sonho que não é apenas meu, mas, de todos os meus familiares e amigos que sempre torceram e acreditaram no meu potencial.*

***Aos meus pais – Tadeu e Neide,***

*Que apesar de todas as dificuldades para cuidar e educar os cinco filhos, nunca mediram esforços para oferecer a melhor educação. Pelos conselhos, por me ensinar a ter fé, sabedoria e humildade e por serem sempre um espelho e porto seguro em minha vida.*

***Aos meus irmãos,***

*Simone, por todo o apoio e incentivo para a conclusão deste trabalho. Alfredo, por me socorrer sempre nos momentos de agonia, por me ouvir e apoiar as minhas escolhas. Jefferson e Junior por estarem sempre ao meu lado me aconselhando e ajudando a superar os momentos de dificuldade, eu amo vocês.*

***Ao meus familiares,***

*Que sempre me alegram nos momentos de tristeza e me dão forças para seguir em frente, alguns mesmo distantes fisicamente, estão sempre presentes no meu coração e em meus pensamentos. A minha avó Minelva por ser um exemplo para mim, pelo seu amor e por ser tão presente em minha vida. Ao meu avô Alfredo Dantas que sempre me ensinou a lutar pelos meus sonhos. Ao meu avô Genésio e avó Lila, meu bisavô Miguel e bisavó Josina (in memoriam) que apesar de não estarem mais presentes em matéria, estão ao lado do Senhor orando por mim, ah como eu sinto saudades, queria poder dividir esse momento de felicidade com vocês. A família Sales, em especial a minha sogra Dona Dulce por sempre me acolher, apoiar e orar pelas minhas conquistas e a minha cunhada Fabíola pelo apoio e parceria de sempre.*

***Ao meu noivo,***

*Pela paciência diante dos momentos de ausência, pelo seu apoio, amor, cumplicidade, e que a partir de agora, juntos, possamos colher os frutos dessa conquista. Obrigada por fazer dos meus sonhos os seus, em breve estaremos comemorando a sua vitória.*

***A minha Orientadora,***

*Por toda a paciência, dedicação, competência, conhecimentos, experiências e por ter acreditado no meu potencial. As suas contribuições e o seu apoio foram essenciais para a concretização deste estudo.*

***A banca examinadora,***

*As professoras Isolda e Magaly pelas valiosas contribuições que tornaram o estudo mais rico.*

***Aos professores e a UFCG,***

*Agradeço a todos aqueles que contribuíram com o conhecimento ao longo da minha vida, também sou grata a todos os funcionários que fazem da UFCG o melhor Campus e também são responsáveis, alguns mesmo que indiretamente, por essa conquista.*

***Aos meus amigos,***

*Patrícia, Sandro, Valdene e Edson vocês que são mais que amigos, são como irmãos, agradeço imensamente pela amizade, pelos momentos de diversão quando estamos juntos, por todo o apoio e vibrações positivas. Luan, Raíssa e Walerya pela amizade e cumplicidade de sempre. A minha amiga e companheira de orientação Cintia que desde o início do curso compartilha momentos de alegria e tristeza. Ao nosso grupo de sempre Liandra, Heloisa, Elayne e Cintia, pois juntas superamos qualquer desafio, foram momentos de agonia, estresse, madrugadas acordadas, um mix de sentimentos compartilhados, esta jornada não seria a mesma sem vocês, sou grata a Deus por ter colocado amigas assim em minha vida, que nossa amizade ultrapassem as portas da universidade. Michele, Izaura, Cosma, Jaciara que também marcaram minha vida, cada uma de maneira singular, Myldrad e Geyce que compartilharam momentos de alegria e tristeza, uma apoiando a outra, com vocês eu amadureci e aprendi que para alcançar os nossos objetivos precisamos ir à luta, que os laços de amizade sejam fortalecidos a cada reencontro. A todos os meus colegas de graduação que de alguma maneira tornam minha jornada acadêmica mais desafiante, que Deus os abençoe preenchendo seus caminhos com muita paz, amor, saúde e muitas conquistas.*

***Aos participantes da pesquisa e à Diretoria do HUAC,***

*Enfermeiros e técnicos de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro, por contribuírem com a minha pesquisa, foi um aprendizado enorme. E a Diretora do HUAC por permitir a realização do estudo.*

***Aos Pacientes,***

*Agradeço aos pacientes que estiveram sob meus cuidados e confiaram em mim, aprimorando o meu aprendizado.*

*A todos os cuitienses, em especial Sr. Carlos, que Deus te abençoe sempre. Não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que durante um período da minha jornada acadêmica me fizeram chegar em casa mais cedo, bem como às parceiras (os) de carona do trecho Cuité – Picuí, Hellen, Járliã, Hallysson, Zezinho, Caly, Cardinally, Amanda, Raquel, Evanderson, foram muitas aventuras que ficarão guardadas em minha memória.*

*“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.*  
*(Antoine de Saint-Exupéry).*

*“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”*

**(Paulo Freire)**

## RESUMO

DANTAS, J. J. S. Uso de Equipamentos de Proteção Individual na Terapia Intensiva. Cuité, 2015. 107p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité-PB*, 2015.

**Introdução:** A função dos equipamentos de proteção individual (EPIs) consiste em proporcionar maior segurança aos profissionais e pacientes, reduzindo os riscos de contágio e propagação de agentes infecciosos. Contudo, algumas barreiras dificultam a adesão dos profissionais aos EPIs dentre essas a falta de hábito, esquecimento, inadequação e indisponibilidade, desconforto, diminuição da sensibilidade, redução da destreza manual, recursos financeiros insuficientes, ausência de supervisão e motivação, qualificação insuficiente, sobrecarga de trabalho e estrutura física insatisfatória, autoconfiança, urgência ao realizar procedimentos, situações imprevistas, pacientes sem diagnóstico de doença contagiosa, como fatores que também determinam o não uso dos EPIs. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as medidas de biossegurança com enfoque em Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante a assistência a pacientes na Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro da cidade de Campina Grande – Paraíba. **Metodologia:** Pesquisa de campo, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), com 56 profissionais da equipe de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulta e Pediátrica, localizados na cidade de Campina Grande – Paraíba, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC, sob CAAE nº **42611415.20000.5182**, através de um questionário estruturado com dados sócio demográficos e questões objetivas sobre a temática. **Resultados e Discussões:** Os resultados foram analisados e apresentados em forma de tabelas e gráficos de modo a sistematizar a discussão e facilitar a compreensão. Obtivemos um escore de 22 enfermeiros e 34 técnicos de enfermagem, no qual 56 (95%) do sexo feminino e 3 (5%) do sexo masculino, enfatizando que 59% da amostra possuíam diversas especializações. A relação entre os EPIs disponíveis e os que são utilizados na assistência revelou que as condutas entre os profissionais são bastante distintas o que pode resultar em procedimentos inadequados e ocasionar agravos à saúde do profissional e paciente. Em relação aos acidentes de trabalho com material perfuro cortante apontou que 23 (41%) responderam, afirmativamente, a essa questão, sendo a agulha o principal objeto responsável, e 13 (23,2%) dos que sofreram o acidente não realizaram nenhuma conduta após a exposição. A respeito das infecções os participantes reconhecem que tanto eles quanto os familiares podem propagar microorganismos patogênicos agravando, assim, o quadro clínico, prolongando o tempo de internação, elevando os custos hospitalares e causando ainda mais sofrimento para todos. **Considerações Finais:** Diante da problemática é indispensável um maior empenho dos profissionais de enfermagem e dos gestores para que possam promover capacitações e ações de vigilância para que os profissionais adotem as medidas de precaução padrão e condutas adequadas quanto ao uso correto dos EPIs, realização da higienização das mãos com a técnica correta, descarte dos materiais perfuro cortante em locais adequados, e, assim, realizem uma assistência livre de danos para si, para os pacientes e profissionais.

**Descritores:** Equipamento de proteção. Terapia Intensiva. Enfermeiro.

## ABSTRACT

DANTAS, J. J. S. Use of Personal Protective Equipment in the intensive care. Cuité, 2015. 107 p. Term Paper (Nursing Bachelor's Course) Academic Unit nursing, Education and Health Center, Campina Grande Federal University, *Campus Cuité-PB*, 2015.

**Introduction:** The function of Personal Protective Equipment (PPE) consists to providing more security to the professionals and patients, reducing the risk of contagion and spread of infectious agents. However, some problems hinder adherence of the professionals to the FPP, among these the lack of habit, forgetfulness, inadequacy and unavailability, discomfort, decreased sensitivity, manual dexterity reduction, insufficient financial resources, absence of supervision and motivation, insufficient qualification, work overload and satisfactory physical structure, self-confidence, urgency when realizing procedures, unexpected situation, patients without a diagnose of contagious disease, as factors that also determine the non-use of FPP. **Objective:** To evaluate the nursing professional knowledge about the biosecurity measures focusing on Personal Protective Equipment (PPE) during the assistance to patients at Adult and Intensive Pediatric Unit of the Alcides Carneiro University Hospital of Campina Grande – Paraíba. **Methodology:** Fields research, descriptive, with quantitative approach, realized at the Alcides Carneiro University Hospital (ACUH), with 56 professionals of the nursing team in the Adult and Pediatric Intensive Care Unit (ICU) located in Campina Grande City – Paraíba, after approval by the ethics committee in research of the ACUH, under CAAE, n°. **42611415.20000.5182**, through a structured questionnaire with sociodemographic data and objective questions about the theme. **Results and Discussion:** The results were analyzed and presented in tables and graphs forms in order to systematize the discussion and facilitate the understanding. We got a score of 22 nurses and 34 nursing technicians, in which 56 (95%) were female and 3 (5%) were males, emphasizing that 59% of the sample had different specializations. The relationship between the PPEs available and those that are used in the assistance revealed that conduct between professionals are quite distinct which can result in inadequate procedures and cause diseases to professional and patients health. In relation to the work accident cutting punch stuff pointed out that 23 (41%) answered, affirmatively, to this question, the needle being the main object responsible, and 13 (23,2%) of that suffered the accident did not realize any conduct after exposure. About the infections, the participants recognize that both they and their families can spread pathogenic microorganisms aggravating, thus, the clinical condition. Prolonging hospital stay, increasing hospital costs and causing more suffering for everyone. **Final Thoughts:** against the problematic is indispensable a great commitment of nursing professionals and managers in order they can promote training and surveillance actions for professionals to adopt the precautionary measures and appropriate conduct for the correct use of PPEs, realization of hygiene of the hands with the right technique, disposal of cutting punch materials at appropriate places, and, thus, realize a free assistance of damage to themselves, to patients and professionals.

**Descriptors:** Protective Equipment. Intensive Care. Nursing.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a amostra da pesquisa, Campina Grande – Paraíba, 2015 .....	38
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição das dificuldades apresentadas pelos participantes (n=56) para utilização dos equipamentos de proteção individual nas UTIs Adulta e Pediátrica, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	51
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre acidentes de trabalho com material perfuro cortante, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	56
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição referente ao descarte do material perfuro cortante, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	60
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição referente ao reencape de agulhas após o uso, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	61
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição referente ao cartão de vacinas do profissional, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	62
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre as infecções nos pacientes, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	69
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre os equipamentos de proteção individual disponíveis no setor para os familiares, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	75

## LISTA DE TABELAS

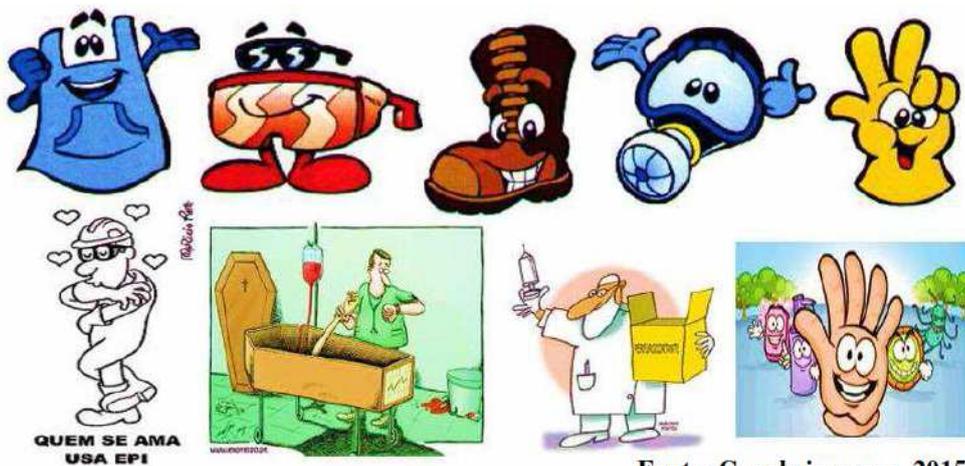
<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos Profissionais (n=56), segundo os Dados Sociodemográficos, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	39
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos Equipamentos de Proteção Individual que a Instituição fornece aos setores das UTIs Adulta e Pediátrica, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	43
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos Equipamentos de Proteção Individual usados na UTIs Adulta e Pediátrica na assistência ao paciente, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	44
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da frequência que os profissionais (n=56) usam os EPIs, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	47
<b>Tabela 5</b> - Distribuição das variáveis sobre os EPIs utilizados durante o plantão na UTIs Adulta e Pediátrica, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	49
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre a dificuldade para o uso do EPI, e qual conduta do profissional quando falta algum EPI no setor, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	52
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre o objeto que causou o acidente com material perfuro cortante ou contaminado, e atendimento após a exposição, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	57
<b>Tabela 8</b> - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre a capacitação das medidas de biossegurança, qual a frequência e o que utiliza para realizar a higiene das mãos, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	64
<b>Tabela 9</b> - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre o impacto de uma infecção relacionada à assistência a saúde, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	70
<b>Tabela 10</b> - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre a relação da presença dos familiares no setor e as infecções, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	72
<b>Tabela 11</b> - Distribuição das variáveis sobre quais os equipamentos de proteção individual estão disponíveis para os familiares, Campina Grande – Paraíba, 2015.....	76

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 Problematização da Temática .....	14
1.2 Justificativa da Temática .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos .....	20
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
3.1 Biossegurança .....	22
3.2 Equipamento de Proteção Individual - EPI.....	26
3.3 Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) versus Infecção Cruzada .....	28
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	31
4.1 Tipo de Pesquisa .....	32
4.2 Local da Pesquisa.....	33
4.3 População e Amostra .....	33
4.3.1 Critérios de Inclusão e exclusão .....	34
4.4 Instrumento da Pesquisa .....	34
4.5 Procedimentos de Coleta de Dados .....	35
4.6 Análise e Discussão de Dados .....	35
4.7 Considerações Éticas .....	36
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	37
5.1 Dados Sociodemográficos das Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica..	38
5.2 Conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual na Terapia Intensiva .....	42
5.3 Medidas de biossegurança .....	63
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	79
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	84
<b>ANEXOS</b> .....	95
<b>APÊNDICES</b> .....	101

# INTRODUÇÃO

---



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Problematização da Temática

A Infecção Hospitalar proporciona uma grande preocupação a nível terciário, especialmente, nas Unidades de Terapia Intensiva. A problemática é uma questão de saúde pública que pode ser prevenida com a adesão de práticas simples, como a higienização das mãos, até ações mais complexas, como a realização de procedimentos invasivos, no qual com esterilização de materiais de última geração, esses sendo utilizados adequadamente e também pelo uso dos equipamentos de proteção individual.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ou Centro de Terapia Intensiva (CTI) são setores complexos, voltados para a prestação de cuidados à pacientes graves, que requerem espaço físico específico, recursos humanos especializados, e instrumentais com tecnologia avançada (CHAVAGLIA et al., 2011).

Sousa et al. (2012) afirmam que os pacientes admitidos na UTI estão expostos a riscos de 5 a 10 vezes maior de contrair infecção do que aqueles que estão internados em outros setores do hospital, além de mais susceptíveis intrinsecamente à infecção, são frequentemente expostos aos fatores de risco, tais como: procedimentos invasivos, cirurgias complexas, drogas imunossupressoras, antimicrobianos, interações com os profissionais de saúde e os fômites.

Durante o atendimento nestes setores, os enfermeiros estão constantemente expostos a vários riscos na prestação de assistência, principalmente por manipular diretamente o sangue e fluidos corporais de pacientes. Portanto, faz-se necessário o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que são definidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego através da Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho a Norma Regulamentadora (NR 6) que:

“Considera-se equipamento de proteção individual todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos susceptíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho” (BRASIL, 2001).

A evolução das técnicas e conhecimentos na área da saúde, assim como a descoberta dos micro-organismos e dos antibióticos trouxe consigo preocupações para os profissionais, tais como combater os inimigos invisíveis causadores de agravos e garantir que esses não se disseminem. A carência de conhecimentos atualizados, de padronização das ações, de adesão ao uso de EPI e de técnicas adequadas pode significar risco para a saúde dos profissionais, dos usuários dos serviços (BRAND; FONTANA, 2014).

O Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 2.616 de 12/05/1998, define Infecção Hospitalar (IH) como a infecção adquirida após a admissão do paciente no ambiente hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Atualmente, o termo infecção hospitalar foi substituído por Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS). Esta mudança inclui as infecções contraídas no ambiente hospitalar, as relacionadas a procedimentos realizados em ambulatório, aquelas ocorridas durante cuidados domiciliares e as relacionadas à infecção ocupacional adquirida por profissionais de saúde (CORREIA et al., 2014).

O papel dos profissionais da Enfermagem no controle da IH está presente desde suas primeiras descobertas. Florence Nightingale já apresentava preocupação com esse problema e durante a Guerra da Criméia unificou procedimentos de cuidados de enfermagem voltados para a higiene dos hospitais, introduzindo, principalmente técnicas de antissepsia, a fim de diminuir os riscos desse tipo de infecção (GIAROLA et al., 2012).

Na área da saúde, a biossegurança promove reflexões por parte dos profissionais, principalmente dos que trabalham em áreas críticas dos hospitais, uma vez que estão mais suscetíveis a adquirir doenças provenientes de acidentes de trabalho, através de procedimentos que envolvem riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais (VALLE et al., 2012).

Portanto, define-se Biossegurança como um conjunto de ações direcionadas a prevenção, controle, redução ou eliminação dos riscos inerentes às atividades que possam afetar a saúde humana, animal, vegetal e do ambiente (BRASIL, 2010a).

Na rede hospitalar é considerada área crítica àquela que apresenta risco elevado para a disseminação de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela realização de ações envolvendo artigos críticos ou materiais biológicos, pela execução de procedimentos invasivos ou pela susceptibilidade aumentada de pacientes aos agentes infecciosos ou portadores de micro-organismos de relevância epidemiológica. Área semicrítica é caracterizada por apresentar risco moderado a baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de ações envolvendo artigos críticos e semicríticos ou pela prática de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não críticos e que não apresentem sinais de infecção ou colonização por micro-organismos de importância epidemiológica (BRASIL, 2009).

Nos ambientes semicríticos ou críticos nem todos os profissionais de enfermagem adotam as medidas de biossegurança indispensáveis para a sua proteção durante a assistência,

portanto, agravos à saúde deste profissional e do paciente sob seus cuidados podem acontecer. No entanto, não se pode precipitadamente culpar os profissionais pelos acidentes ocorridos em UTI, lembrando que, outros fatores podem estar relacionados à incidência de acidentes de trabalho, como situações de urgência, a ausência de capacitação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, fadiga, transporte inadequado de material perfuro cortante, má qualidade dos materiais e desconhecimento dos profissionais sobre os riscos de infecção (LAPA; SILVA; SPINDOLA, 2012).

No ambiente hospitalar o trabalho realizado é arriscado e insalubre, fazendo com que os profissionais realizem suas tarefas sem proteção correta, de modo inadequado, sem o uso de EPI ou quando estes não se encontram disponíveis pela instituição, levando as condições laborais impróprias decorrentes da falta de recursos e materiais dos hospitais bem como à falta de conscientização da equipe de enfermagem sobre o uso (SILVA; PINTO, 2012).

Lapa, Silva e Spindola (2012) afirmam que o uso regular do EPI é extremamente relevante para prevenir a exposição aos materiais biológicos, oferecendo maior segurança para profissionais e pacientes. Para que esta segurança seja efetiva é preciso que além da adesão, estes equipamentos sejam utilizados de maneira correta, que a empresa se responsabilize por fornecê-los em quantidade e qualidade adequada, e que sempre seja verificado se estão higienizados, conservados em prazo de validade apropriado.

Dentro desse contexto, os hospitais devem adotar medidas habituais de prevenção e controle de infecções, através das Precauções Padrão (PP). Essas são definidas como sendo um conjunto de medidas empregadas no atendimento a todos os pacientes hospitalizados, independente de seu estado infectado ou não, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou com suspeita de contaminação, almejando reduzir a transmissão de agentes patogênicos. Nesse grupo estão incluídos os equipamentos de proteção individual (máscaras, óculos, gorro, protetor facial, luvas, avental ou capote) e a higienização das mãos (HM) (SOUZA et al., 2011).

As luvas devem ser usadas durante a realização de qualquer procedimento de contato com materiais potencialmente infectantes, tais como: sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e na manipulação de materiais contaminados, e consequentemente precisam ser removidas após o uso, antes do atendimento a outros pacientes (PASSOS et al., 2013).

Ainda afirmam os autores supracitados que dentre as PP estão: higienização das mãos, o uso de EPI, cuidado com materiais e equipamentos usados durante a assistência ao paciente, controle de ambiente através de protocolos de limpeza e manipulação dos resíduos, descarte

adequado de materiais perfuro cortante, além da acomodação do paciente, conforme a fonte de transmissão de infecção.

A IH é decorrente, principalmente, da Infecção Cruzada (IC). A IC é causada pela transmissão de micro-organismos de um paciente para o outro, e também pelas mãos dos profissionais da área da saúde, acompanhantes e visitantes. Dentre os procedimentos de controle de infecções cruzadas, a higienização das mãos (HM) entra como uma confirmada eficácia na epidemiologia das infecções hospitalares (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Assim, os profissionais de enfermagem inseridos na dinâmica da assistência hospitalar estão, particularmente, expostos à ocorrência de acidentes ocupacionais com material biológico, os quais são decorrentes das condições do ambiente de trabalho, de objetos ou organismos que possam ser nocivos à saúde do profissional, tais como parasitas, bactérias, vírus, entre outros. O contato íntimo e frequente com materiais humanos (sangue, secreções e excreções), provocados pelo manuseio de objetos perfuro cortantes (agulhas, bisturis, trocáteres) e por respingos em mucosas, pode levar à doença ocupacional aguda, crônica ou até mesmo à morte (SIMÃO et al., 2010a).

A profissão de enfermagem pode ser considerada de altíssimo risco para acidente com material biológico, por isso a execução das normas de biossegurança e o autocuidado na realização de suas ações contribuem para a redução do risco de ocorrer acidentes no ambiente hospitalar. Assim, é preciso atentar para os índices de ocorrência de acidentes por material perfuro cortante nesta profissão e o grau de adesão às normas de biossegurança (LAPA; SILVA; SPINDOLA, 2012).

A IC é uma transmissão de agentes infecciosos dentro de um ambiente clínico que pode ser realizada através do contato de paciente para paciente, de pessoa para pessoa, por contato direto entre eles, pelo ar ou por meio de objetos contaminados, através de profissionais que possuam infecção durante os cuidados prestados, pelas mãos contaminadas das visitas, ou dos profissionais, pela alimentação, pela água, equipamentos e instrumentos contaminados, entre outros (ERCOLE et al., 2011; MIRANDA, 2010).

Todo paciente ao ser hospitalizado está predisposto a vários riscos, dentre eles, o de apresentar uma complicação no seu quadro clínico de origem infecciosa, seja ela proveniente da equipe multiprofissional que proporciona assistência direta ou pelos familiares. Faz-se necessário que a assistência prestada aos pacientes na UTI, independente de seu diagnóstico e quadro clínico presumindo, seja realizada, conforme as precauções padrão por todos os profissionais e que aconteça a conscientização dos familiares durante as visitas, evitando,

assim, a transmissão de micro-organismos para outros pacientes, profissionais de saúde e até mesmo para os familiares.

## **1.2 Justificativa da Temática**

Ressalta-se que, apesar da amplitude de artigos encontrados em bancos de dados e revistas eletrônicas, ainda há muitos casos de infecção hospitalar, portanto, faz-se necessário que os profissionais compreendam a necessidade da adoção de práticas de biossegurança na rotina hospitalar, além da ampliação dos conhecimentos técnicos, científicos e práticos nesta área, buscando, contudo diminuir as infecções e, conseqüentemente, a proteção de todos os profissionais e pacientes envolvidos neste contexto.

O motivo para escolha da temática surgiu, a partir de situações presenciadas durante a jornada acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité - Paraíba*, nos estágios teórico-práticos, no qual pude constatar a exposição biológica e o não cumprimento das medidas de biossegurança durante a assistência realizada aos pacientes pelos profissionais de saúde, especificamente, os da enfermagem.

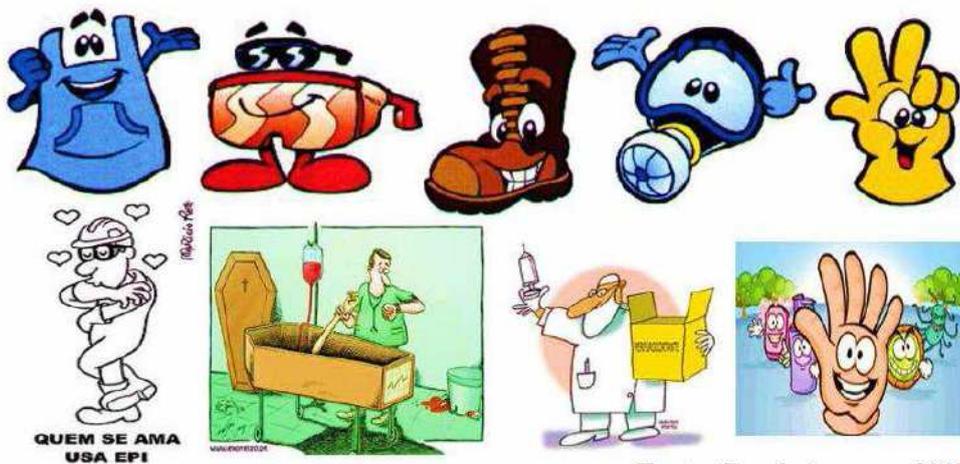
Os aspectos mencionados denotam a relevância científica do presente estudo, a fim de agregar conhecimentos sobre o tema em questão. A análise proposta pela pesquisa poderá contribuir para a implementação das medidas de biossegurança e precauções padrão, corrigindo assim, possíveis lacunas dessa área em ambiente hospitalar, especialmente, nas Unidades de Terapia Intensiva.

Conseqüentemente, diante da vulnerabilidade dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) contendo um elevado número de pacientes críticos, com quadro clínico grave, que são submetidos, diariamente, a diversos procedimentos invasivos, faz-se necessário à elaboração de um estudo que avalie a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pela equipe de enfermagem na UTI.

Portanto, faz-se necessário que os profissionais compreendam a necessidade da adoção de práticas de biossegurança na rotina hospitalar, além da ampliação dos conhecimentos técnicos, científicos e práticos nesta área, buscando, contudo diminuir as infecções e conseqüentemente, a proteção de todos os profissionais e pacientes envolvidos neste contexto.

# OBJETIVOS

---



Fonte: Google imagens, 2015.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

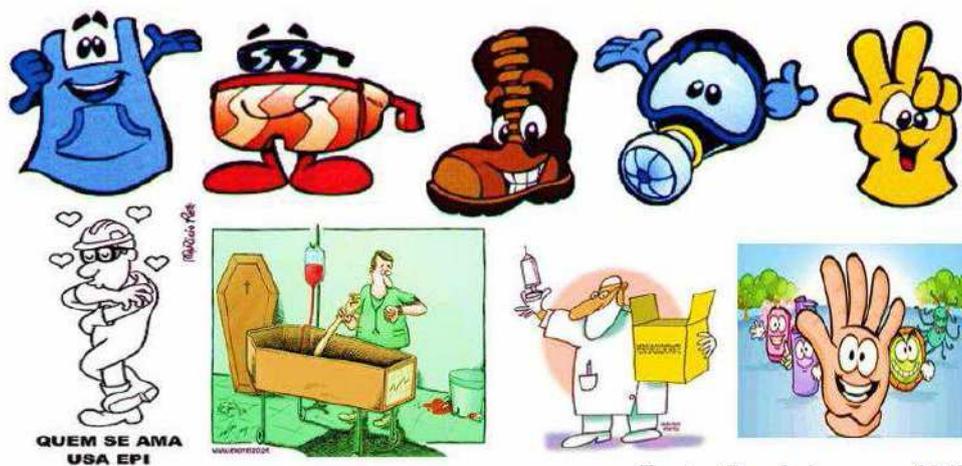
- Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das medidas de biossegurança com enfoque em Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante a assistência a pacientes na Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro da cidade de Campina Grande – Paraíba.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil dos profissionais de enfermagem nas UTIs Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande - Paraíba;
- Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca dos EPIs disponíveis nas UTIs Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande - Paraíba;
- Elencar quais os EPIs mais utilizados pelos profissionais de enfermagem durante a assistência aos pacientes nas UTIs Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande - Paraíba;
- Identificar com os profissionais de enfermagem a ocorrência de acidentes pelo não uso dos EPIs nas UTIs Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande - Paraíba;
- Conhecer quais as ações utilizadas pelos profissionais de enfermagem nas UTIs Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande – Paraíba em relação à prevenção das infecções relacionadas à assistência a saúde e as infecções cruzadas.

# REFERENCIAL TEÓRICO

---



Fonte: Google imagens, 2015.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico será dividido em três capítulos, dentre eles: Biossegurança, Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) versus Infecção Cruzada (IC).

#### **3.1 Biossegurança**

Os profissionais de saúde, especialmente, os que compõem a equipe de enfermagem, possuem papel fundamental na execução das medidas de biossegurança, a fim de que possa haver o controle e a prevenção de infecções para os pacientes e os próprios profissionais. Portanto, faz-se necessário que todos realizem os procedimentos com técnicas assépticas, com utilização correta dos EPIs, Higienização da mão (HM), manutenção do ambiente higienizada, jornada de trabalho adequada, entre outros, garantindo maior segurança para o profissional e paciente com um tratamento de baixo risco.

A Biossegurança refere-se ao conjunto de ações designadas a prevenção, minimização ou remoção de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico, prestação de serviços e assistência. Tais riscos podem afetar a saúde do homem, dos animais, do ambiente ou a qualidade do trabalho desenvolvido (BRAND; FONTANA, 2014).

Grande parte dos serviços de saúde hospitalar oferece condições impróprias de trabalho, expondo os profissionais de saúde a riscos biológicos, físicos, químicos, ergonômicos, mecânicos, psicológicos e sociais (CHAVAGLIA et al., 2011).

É evidente que o cuidado durante a manipulação de objetos perfuro cortantes é fundamental para prevenir acidentes. Contudo, a instituição hospitalar é responsável por aplicar a biossegurança nas atividades dos profissionais de enfermagem, através da adequação de recursos humanos e materiais, provimento de EPIs, incentivo à educação permanente, adoção de medidas de higiene e segurança no ambiente laboral (SILVA et al., 2010).

Em função da complexidade e insalubridade dos ambientes hospitalares, os profissionais atuantes estão cada vez mais vulneráveis aos múltiplos riscos presentes no ambiente de trabalho, principalmente ao risco biológico, relacionado ao cuidado direto aos pacientes, pois manipulam, constantemente, sangue e fluidos corporais, sondagens, cateteres, ferimento percutâneo, contato de membrana, mucosa ou pele, os quais são prováveis fontes de transmissão de patógenos (RIBEIRO et al., 2010; SILVA; PINTO, 2012).

Consequentemente, as Precauções Padrão (PP) foram criadas a fim de reduzir o risco biológico através da aplicação de um conjunto de medidas a serem seguidas pelos profissionais de saúde durante a assistência a todos os pacientes, independentemente do estado presumível de infecção, na manipulação de equipamentos, objetos infectados ou com suspeita de contaminação. Dentre elas incluem-se as seguintes medidas: HM, uso de barreiras (luvas, avental, gorro, máscara), cuidado com objetos, equipamentos e roupas, controle do ambiente, descarte apropriado do material perfuro cortante, acomodação do paciente fonte de transmissão de infecção, entre outras. Sua aplicação estabelece uma das estratégias de sucesso das medidas de prevenção e controle das infecções, tanto para o paciente quanto para o profissional (REZENDE et al., 2012).

Nesse ínterim, o profissional da saúde em sua rotina de trabalho manipula materiais potencialmente infectantes, contaminados com material biológico. Deve estar alerta durante a realização das tarefas e na execução das PP, mantendo esta conduta com todos os pacientes, inclusive o cuidado para a HM, o uso dos EPI e o descarte correto do lixo perfuro cortante (LAPA; SILVA; SPINDOLA, 2012).

Recomendam-se alguns cuidados durante a manipulação de materiais perfuro cortantes e com a máxima atenção durante a assistência ao paciente; não usar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos; não reencapar, entortar, quebrar ou retirar agulhas da seringa com as mãos; todo material mesmo que estéril deve ser desprezado em locais específicos para o seu descarte, sendo os recipientes colocados sempre próximos do local onde é executado o procedimento (SIMÃO et al., 2010b).

Acrescenta-se que a Higienização das Mãos (HM), antes e após a realização de qualquer procedimento, o uso de luvas, aventais, máscara ou proteção facial sempre que houver possibilidade de contaminação do profissional com sangue, com fluidos corpóreos, secreções e excretas, são normatizadas para serem usadas em todos os pacientes, independente dos fatores de risco, da doença de base e sinais clínicos (PASSOS et al., 2013).

Como medida de controle de IH, a HM é advertida no início do turno de trabalho e após o seu término, entre um procedimento e outro, antes e após o contato com o paciente, quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou infectadas por material biológico, antes de preparo e manipulação de medicamentos injetáveis e orais, antes do preparo de materiais e equipamentos, ao manipular cada paciente, após higienização e troca de roupa de pacientes, preparo de nebulização e aspiração, da coleta de espécimes e dos atos e funções fisiológicas pessoais, antes de calçar as luvas e após o uso, entre procedimentos que envolvam objetos

invasivos ou em situações onde exista risco para disseminação de patógenos aos pacientes e ao ambiente (SOUZA et al., 2011; VALLE et al., 2012).

A literatura recomenda que, para a correta HM, o profissional deve estar desprovido de qualquer tipo de objeto (anéis, pulseiras e relógios), para realizar o procedimento. As mãos devem ser friccionadas de forma vigorosa, utilizando bastante água e sabão, durante 40 a 60 segundos, dando especial atenção ao dorso, área interdigital, polegares, falange, unhas e punho. Vale destacar que a eficácia desse procedimento está diretamente relacionada à utilização do agente tópico com eficácia antimicrobiana, à técnica correta, ao tempo adequado e à continuidade dessa ação (SOUZA et al., 2011).

Portanto, tem sido comprovado que a HM é a principal medida de inibição da propagação de infecções em setores de assistência à saúde. A higiene engloba a: higienização simples, a degermação das mãos, a higienização antisséptica e a fricção antisséptica (LOCKS et al., 2011).

Embora a HM seja a principal forma de prevenir à propagação de infecções, ainda é negligenciada por vários profissionais de saúde, sejam estes com formação de nível técnico ou superior. Além desta, outras ações devem ser adotadas inclusive antes da exposição às situações com possível risco, dentre elas destacam-se: a qualificação técnica dos profissionais; condições de trabalho adequadas; uso de EPI e a imunização dos profissionais (PASSOS et al., 2013).

A vulnerabilidade pode ser entendida como um conjunto de fatores que podem elevar ou reduzir o risco a que os profissionais estão expostos em diversas situações do nosso cotidiano, mas também como maneira de analisar as chances que cada pessoa tem de contrair doenças, inclusive as infecciosas. Essas chances variam e dependem tanto de fatores biológicos, como sociais e culturais, abrangendo, assim, aqueles do ambiente laboral, bem como aos relacionados com os profissionais de saúde (SANTOS et al., 2012).

Ainda afirmam os autores supracitados que os profissionais de enfermagem tornam-se vulneráveis devido a algumas características intrínsecas, tais como: eles fazem parte do maior grupo que presta assistência contínua 24 horas por dia, realizam cerca de 60% das ações de saúde, através do cuidado direto por meio do contato físico com o paciente, executam diariamente procedimentos invasivos, especialmente administração de medicamentos injetáveis, o que, predispõe à ocorrência de acidentes.

Embora exista consciência entre profissionais de saúde acerca do risco biológico que estão expostos, ainda existe baixa adesão às medidas de proteção. Muitos profissionais sabem da importância do uso de EPI, porém não os utilizam com a devida frequência na sua prática

laboral devido à pressa, ao próprio hábito de não usar o EPI, principalmente nos atendimentos de urgência e emergência (PROCHNOW et al., 2011; SANTOS et al., 2012).

Ainda referem os autores supracitados que dentre os fatores relacionados à incidência de acidentes de trabalho, destacam-se o uso inadequado ou não uso do EPI, a sobrecarga de trabalho, necessidade de maior agilidade de realização das atividades diárias, pouca experiência profissional, a autoconfiança, o próprio descuido, a fadiga física e mental, o contato com fluido ou material biológico, a ausência de capacitação, medidas preventivas insuficientes e o número inadequado de caixas coletoras para perfuro cortantes.

Durante a prestação de cuidados ao paciente, muitas vezes, é difícil identificar o seu real estado de portador e as possibilidades de proliferação de doenças, evidenciando que, no momento da assistência, qualquer paciente deve ser visto como potencialmente infectado, o que requer do profissional de saúde a adoção de medidas especiais para a sua proteção, pois o risco de contaminação poderá estar presente (CÂMARA et al., 2011).

Desta forma, verifica-se que estes profissionais estão predispostos a elevado grau de risco ocupacional, destacando-se a exposição aos agentes biológicos. Pode-se elencar cerca de 22 doenças que podem ser transmitidas através do contato entre paciente e profissional de saúde, sendo os patógenos conduzidos pelo sangue e representantes do maior impacto na saúde do profissional, destacando os vírus da Hepatite C (HCV), da Hepatite B (HBV) e da imunodeficiência humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) que pode evoluir, conforme a carga viral e a velocidade com que o vírus afeta o sistema imunológico. (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011; SILVA et al., 2010).

Portanto, após um acidente com paciente-fonte (PF) portador de HIV, o profissional deve se submeter a exames sorológicos para HIV (teste rápido), e em caso do PF ser positivo é recomendado iniciar a quimioprofilaxia durante 28 dias em no máximo 48 horas, após o acidente (BRASIL, 2006).

Nesse interim, como medida de prevenção, todos os profissionais de serviços de saúde devem receber imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os instituídos pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Na medida em que surgirem vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os profissionais poderão estar expostos, o empregador deve garanti-las gratuitamente (SIMÃO et al., 2010b).

Algumas práticas como a educação continuada sobre as normas de biossegurança, a valorização das ações preventivas e os programas de educação permanente que concretizem o conhecimento do risco de acidentes e, portanto, uma melhor qualidade de vida do profissional, podem diminuir os acidentes (CÂMARA et al., 2011). Outro fator determinante

são os equipamentos de proteção individual que deveriam ser utilizados por todos os profissionais da saúde durante a assistência com o paciente, principalmente, na terapia intensiva.

### **3.2 Equipamento de Proteção Individual - EPI**

Dentre os equipamentos de proteção individual (EPI) utilizados na área hospitalar destacando a terapia intensiva podemos citar: luvas de procedimentos e estéreis, gorro, máscara, óculos e capotes. Esses EPI's devem ser utilizados por profissionais de enfermagem na manipulação de pacientes, fluídos corporais, sangue e derivados, entre outros tipos de exposição, portanto o risco de exposição com material biológico é muito grande, podendo causar grande impacto na saúde do profissional e paciente.

Em virtude do risco de exposição a material biológico (MB), foram editadas as Precauções Padrão (PP), que objetivam a proteção de pacientes e profissionais, incluindo, entre outras medidas, o uso adequado dos EPI's, que proporcionam uma importante barreira protetora. Estes EPIs têm como função proteger a pele, as mucosas e roupas dos profissionais do contato com o MB, o qual pode propagar agentes patogênicos. Portanto, o uso dos EPIs estabelece uma prevenção primária da exposição ao MB, sendo considerado um meio seguro de reduzir a exposição ocupacional a sangue e outros fluidos orgânicos (RIBEIRO et al., 2010).

É importante enfatizar que às práticas seguras e o uso de equipamentos de proteção adequados diminuem, significativamente, o risco de acidente ocupacional, fazendo-se necessária também à conscientização dos profissionais para utilização de procedimentos assépticos e o estabelecimento de normas e procedimentos que garantam ao profissional e ao paciente um tratamento sem risco de contaminação (SIMÃO et al., 2010b).

A adesão aos EPIs é uma medida importante para proteger os profissionais de saúde, embora a não obediência a certos critérios, tais como uso adequado e frequência de troca, possam expor os profissionais e pacientes a acidentes e contaminações (SOUZA et al., 2011).

A função básica dos EPIs é proteger o profissional de saúde, reduzindo os riscos de contágio e de propagação de agentes infecciosos. Apesar das campanhas educativas, ampla divulgação acerca das infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS) e seu impacto na assistência à saúde, a adesão aos EPIs na UTI ainda é negligenciado pela equipe de profissionais durante a assistência. Inúmeros fatores são referidos como limitadores para o uso

de máscaras, gorros e óculos. Entre os EPIs, os óculos de proteção são os mais negligenciados pelos profissionais de enfermagem (VIEIRA et al., 2013).

A adequação destes EPIs deve contemplar, não somente a eficácia necessária para controlar o risco de exposição, mas, também, o conforto oferecido; se houver desconforto no uso do equipamento, existe maior probabilidade de o profissional deixar de incorporá-lo à sua prática laboral (CARVALHO; CHAVES, 2010).

De acordo com Vieira et al. (2013), muitos profissionais de saúde não utilizam os óculos de proteção, afirmando que podem ficar embaçados durante a prestação de cuidados. Conforme as normas regulamentadoras do trabalho em setores de saúde, os dispositivos de proteção ocular, como os óculos e as máscaras faciais, precisam estar disponíveis em qualquer ocasião em que existir risco de contaminação de mucosas e olhos, portanto, seu uso deve ser estimulado frequentemente.

O uso de luvas pelos profissionais é considerado um recurso eficaz a fim de minimizar as taxas de infecção em pacientes e manter a segurança em saúde ocupacional. A sua relevância tem crescido, particularmente, por ser uma efetiva prática de reduzir a exposição dos profissionais de saúde a materiais contaminados como tecidos, sangue ou fluidos corporais. A finalidade da adesão às luvas é proteger as mãos da contaminação por micro-organismos de diferentes fontes e prevenir a transmissão destes para o paciente, materiais e ambiente. São recomendadas para diversos procedimentos assistenciais sejam eles invasivos ou não, tais como: punção venosa, administração de medicamentos (subcutânea, intramuscular, endovenosa), curativos, sondagens, manipulação de material contaminado com fluidos corporais, entre outros procedimentos (FERREIRA; ANDRADE, 2010).

Ainda nesse interim, as luvas devem ser utilizadas como uma barreira evitando possíveis infecções dos profissionais de saúde que mantêm contato com os tecidos e fluidos do paciente, protegendo-os de agentes causadores de infecções, tais como: o vírus da hepatite B e da síndrome da imunodeficiência adquirida, assim como protegendo também o paciente, uma vez que existem, nas mãos dos profissionais, micro-organismos da flora residual mesmo após realizar as técnicas de escovação e HM (PASSOS et al., 2013).

Autores afirmam que em relação à retirada das luvas da caixa, mesmo com as mãos higienizadas, há chance de transferência da microbiota residente das mãos, tanto para as luvas que irão ser usadas durante a assistência, como para aquelas que permanecem na caixa, pois, dificilmente, o profissional toca apenas na luva que irá utilizar. Até mesmo se a caixa de luvas for destinada para um paciente exclusivo, ainda será passível de ser manuseada por outros profissionais da equipe que possam apresentar diferentes técnicas de HM. Além do mais,

como esses profissionais prestam cuidados a outros pacientes, essas caixas de luvas podem atuar como possíveis reservatórios de micro-organismos patogênicos e levar à infecção cruzada entre profissionais e pacientes (FERREIRA; ANDRADE, 2010).

O gorro deve ser de uso indispensável para qualquer trabalho que possa expor o profissional às situações nas quais há riscos de disseminação de aerossol, o uso da máscara também diminui a inalação do aerossol contaminado, além de proteger a mucosa oral e nasal da contaminação direta. O capote deve ser preferencialmente descartável; caso seja reutilizável, precisa estar limpo e ao final do período de trabalho lavar novamente com água e sabão, evitando-se o contato com outras roupas de uso comum. Além disso, ele nunca deve ser usado fora do ambiente laboral. Logo, faz-se necessário que campanhas educativas sejam realizadas para orientar os profissionais de saúde sobre o uso consciente do jaleco, bem como dos outros EPIs (PASSOS et al., 2013; SILVA et al., 2012).

O capote é indicado durante a realização de todos os procedimentos pela equipe de enfermagem. Ele não precisa ser estéril, entretanto, deve estar limpo, possuir mangas longas e comprimento adequado protegendo dois terços da superfície corporal do profissional, diminuindo, assim, o risco de contaminação (VIEIRA et al., 2013).

Diante da necessidade de proporcionar uma assistência segura para pacientes e profissionais, a manipulação e o armazenamento do vestuário utilizado em hospitais precisam cumprir as seguintes recomendações: fornecer quantidade suficiente de capotes, aventais ou uniformes à equipe de saúde, favorecendo, assim, a frequente troca; orientar a lavagem de tais vestimentas e coibir o uso do jaleco em lugares não privativos de assistência, ou seja, fora dos setores de internação de pacientes (OLIVEIRA; SILVA; GARBACCIO, 2012).

### **3.3 Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) versus Infecção Cruzada**

A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) é considerada um grave e frequente problema que todos os hospitais enfrentam em seu dia a dia, podendo favorecer o aumento da morbimortalidade, em relação ao tempo de internamento, sofrimento para os pacientes e familiares, das despesas hospitalares, além do risco contínuo na proliferação de bactérias resistentes aos antibióticos, principalmente em ambiente crítico, destacando os centros de terapia intensiva.

As IRAS são definidas como toda e qualquer infecção que acomete o paciente, seja em instituições hospitalares, atendimentos ambulatoriais na modalidade de hospital dia ou

domiciliar, e que possa estar associada a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou diagnóstico (OLIVEIRA et al., 2012).

Autores enfatizam que as IRAS são consideradas graves complicações e constituem séria ameaça à segurança de pacientes hospitalizados. Aumenta as taxas de morbimortalidade, eleva os gastos com hospitalização devido ao maior tempo de internação hospitalar e custos com procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além do mais, negligencia o tempo de afastamento do paciente de seu trabalho e de sua família (ERCOLE et al., 2011).

Portanto, as IRAS adquiridas nas Unidades de Terapia Intensivas (UTI) estão relacionadas, primariamente, à gravidade do quadro clínico dos pacientes, realização de procedimentos invasivos, tais como: cateter venoso central, sonda vesical de demora, ventilação mecânica, o uso de imunossupressores, período de internação prolongado, colonização por micro-organismos resistentes, prescrição de antimicrobianos e o próprio ambiente da UTI, que favorece a seleção natural de micro-organismos, inclusive multirresistentes (OLIVEIRA et al., 2012; OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

As UTIs admitem pacientes em estado grave que são submetidos, constantemente, a procedimentos invasivos e possuem maior risco para eventos adversos, dentre esses as IRAS, com alta prevalência nestes setores. Na epidemiologia das IRAS, as mãos dos profissionais de saúde constituem fonte e veículo para transmissão de agentes patogênicos entre diversos sítios corporais de um mesmo paciente, entre pacientes, profissionais e reciprocamente entre esses e o ambiente da assistência. Para reduzir a carga microbiana, recomenda-se que realize a HM com sabonete líquido, solução degermante ou solução alcoólica (BATHKE et al., 2013).

Os próprios profissionais de saúde neste setor têm sido revelados como reservatórios e disseminadores de micro-organismos, seja eles provenientes de sua flora para o paciente, seja da microbiota do paciente para si, ou, ainda, como meio de propagação entre pacientes. Na cadeia de transmissão, o envolvimento dos profissionais representa um grande desafio. As mãos dos profissionais da saúde são reveladas como os principais responsáveis na cadeia de transmissão, pois através delas, os profissionais prestam cuidados, tocam em diferentes superfícies e manuseiam materiais, que podem estar contaminados por inúmeros micro-organismos (FERREIRA; ANDRADE, 2010).

As mãos dos profissionais de saúde representam o principal veículo de infecções cruzadas no ambiente hospitalar e demais setores de assistência à saúde. A microbiota das mãos é composta por micro-organismos residentes e transitórios. Os micro-organismos residentes são na maioria bactérias Gram-positivas tais como: *Staphylococcus* coagulase negativos, *Micrococcus* e algumas espécies de corinebactérias. Na microbiota transitória,

comumente, prevalecem bactérias Gram-negativas, principalmente, as Enterobactérias, as do gênero *Pseudomonas*, bactérias aeróbicas formadoras de esporos, *Staphylococcus aureus*, fungos e vírus. Esses micro-organismos proporcionam maior patogenicidade, estando associados a surtos de infecção hospitalar (IH) (LOCKS et al., 2011).

Portanto, outro problema referente ao risco entre os profissionais de saúde é o contato direto com patógenos, transmitidos através de fontes de infecção não identificadas, tais como pacientes com diagnósticos não concluídos, ou até problemas estruturais que, frequentemente, encontra-se em unidades hospitalares (SIMÃO et al., 2010b).

As implicações de uma exposição ocupacional a patógenos veiculados pelo sangue ou outros fluidos corporais vão além do comprometimento físico a curto ou longo prazo, podendo atingir outros aspectos da saúde do profissional, como o controle emocional, social e até financeiro (CÂMARA et al., 2011).

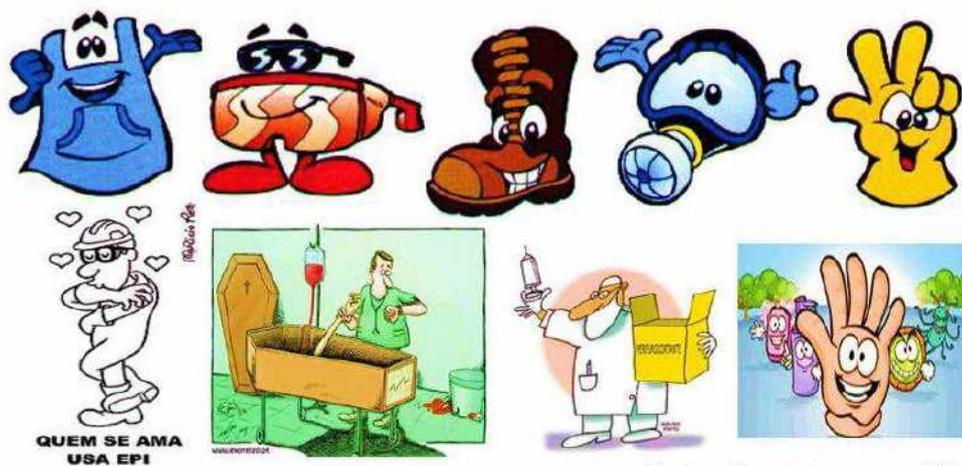
Diante dos elevados riscos a que os profissionais e pacientes estão expostos, faz-se necessário que o controle da IH seja de responsabilidade de todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente. Todavia, a realidade que se apresenta é de que os profissionais trabalham de forma individualizada frente a essa questão, fragmentando e descontextualizando a assistência prestada (GIAROLA et al., 2012).

Apesar dos importantes avanços obtidos no controle das infecções, o combate às IRAS e a disseminação de bactérias resistentes tornam-se um desafio e uma prioridade para as instituições hospitalares, devido às reduzidas opções terapêuticas para o tratamento dos casos, às complicações relacionadas à assistência e às repercussões sociais, como a redução na produtividade e qualidade de vida para o paciente (OLIVEIRA; SILVA; GARBACCIO, 2012).

Destarte, uma prática norteada pela assistência ao paciente demanda de toda a equipe de saúde, em especial a enfermagem, o compromisso em prestar cuidados de qualidade realizando procedimentos seguros. Tal postura exige um fazer coerente à sua profissão, que versa em prevenir doenças e promover a saúde, por meio de ações que garantam ao paciente, a equipe multiprofissional e ao próprio profissional o menor risco possível de adoecimento ou de agravamento da sua saúde.

# METODOLOGIA

---



Fonte: Google imagens, 2015.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa de campo consiste em observar os fatos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente importantes para análises futuras (RUIZ, 2011).

A pesquisa descritiva tem como objetivo estudar as características de um grupo através da distribuição por faixa etária, sexo, nível de escolaridade, procedência, renda, estado de saúde física e mental, dentre outros (GIL, 2010).

Contribuindo ainda sobre a pesquisa descritiva, Prodanov e Freitas (2013, p. 54), afirmam que essa pesquisa, por sua vez, observa, registra, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, busca descobrir a frequência com que um evento aconteça, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos. Possui como objetivo descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Assume, em geral, a forma de levantamento. Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação. Quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles.

A utilização dos métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática (MINAYO, 2010). Autores, Prodanov e Freitas (2013, p. 69) revelam que a abordagem quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa demonstrar em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Demanda a utilização de recursos e métodos estatísticos (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros).

A participação nesta pesquisa apresenta uma ponderação entre riscos/desconfortos e benefícios, conhecidos como potenciais individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, podendo causar apenas um leve desconforto no momento de preencher o questionário, mas este foi minimizado conforme as condições instituídas pelo sujeito participante, através da decisão do local, data e horário conveniente, podendo desistir, a qualquer momento, da participação na pesquisa sem que lhe sofra penalização ou dano pessoal, profissional ou financeiro. Atendendo a este requisito, será

garantido o anonimato dos participantes envolvidos, já que a exposição às informações coletadas pode causar algum desconforto/constrangimento.

## **4.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), nos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulta e UTI Pediátrica, localizados na cidade de Campina Grande – Paraíba.

A escolha pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro deu-se pelo fato deste ser um hospital escola, considerado de grande porte, sendo referência para a cidade de Campina Grande – Paraíba e região circunvizinha.

Atualmente, a Unidade de Terapia Intensiva Adulto é composta por 10 leitos, sendo 01 isolamento. Vale salientar que 02 leitos estão bloqueados por falta de equipamentos para operacionalizá-los. Possui uma equipe multiprofissional, destacando ter 22 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem na sua escala mensal, diuturnamente.

Enquanto, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é composta por 10 leitos, no qual 05 pediátricos, 04 de neonatologia e 01 isolamento, sendo assim considerada uma Unidade de Terapia Intensiva Mista. De acordo com a escala de trabalho mensal, diuturnamente, a assistência de enfermagem é realizada por 08 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem.

## **4.3 População e Amostra**

A população geral da pesquisa era composta por 67 profissionais dentre enfermeiros e técnicos de enfermagem nas UTI adulto e pediátrica, conforme as escalas de trabalho de enfermagem mensal, no qual eram distribuídas da seguinte forma: UTI Adulto era composta de 22 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem; e a UTI Pediátrica apresentava um quantitativo de 08 Enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem.

A amostra da pesquisa constitui-se por 56 profissionais de enfermagem lotados nos referidos setores do Hospital Universitário Alcides Carneiro que aceitaram participar da pesquisa em loco. A população foi diferente da amostra pelo fato de 01 profissional se encontrar de licença médica, 03 profissionais estavam de férias, conforme a escala mensal de trabalho, e 07 entrevistados se recusaram a participar da pesquisa.

### **4.3.1 Critérios de Inclusão e exclusão**

Para realização dessa pesquisa foram adotados como critérios de inclusão da amostra: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem lotado no quadro funcional permanente das UTIs Adulto e Pediátrica em qualquer turno de trabalho, aceitar livremente participar da pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apresentar condições psicológicas para responder o instrumento de coleta de dados.

E, para os critérios de exclusão constituíram as seguintes descrições: recusou-se em participar do estudo, profissionais em licença maternidade, encontrar-se de férias na escala, estar afastado do trabalho por qualquer motivo de saúde no período da coleta de dados por meio de licença médica ou atestado médico.

### **4.4 Instrumento da Pesquisa**

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), composto por perguntas dicotômicas e de múltipla escolha, desenvolvido em 3 categorias distintas: a primeira contendo informações sócio-demográficas dos participantes contemplando gênero, faixa etária, estado civil, além da formação profissional destacando: capacitação, especialização, mestrado e doutorado, o tempo de trabalho na UTI, o regime e turno de trabalho.

A segunda categoria está relacionada ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o uso dos equipamentos de proteção individual na Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, quais EPIs a instituição oferece para os setores, quais EPIs são utilizados na assistência ao paciente, se há dificuldade para utilização desses, se o profissional já sofreu algum acidente de trabalho com material perfuro cortante, material contaminado ou outro, investigar com a população estudada se o cartão de vacinas está atualizado.

Na terceira categoria as perguntas contemplaram as medidas de biossegurança relacionando a capacitação sobre medidas de biossegurança, a frequência e o que se usa para realizar a higienização das mãos, questões voltadas para o conhecimento do profissional sobre as causas das infecções relacionadas à assistência a saúde, orientações para os familiares quanto ao uso do EPI e higiene das mãos.

#### **4.5 Procedimentos de Coleta de Dados**

Para iniciar a coleta de dados se fez necessário o cumprimento de algumas etapas. A primeira contemplou a solicitação para a realização da pesquisa no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), mediante a apresentação do ofício nº 01 de 2015 (ANEXO I), assinados pela pesquisadora responsável e pela coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem, Campus Cuité. A segunda etapa objetivou requerer a assinatura do Termo de Autorização Institucional (ANEXO IV), para a realização da pesquisa.

Em seguida, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, que encaminhou para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro para apreciação. Após aprovação do CEP, sob o CAAE de Nº **42611415.20000.5182**, deu-se início à pesquisa no período de agosto de 2015.

Por fim, a coleta de dados foi realizada mediante a autorização da Diretora Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro, bem como das enfermeiras coordenadoras das Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, em seguida, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados junto aos profissionais de enfermagem, individualmente, repassando informações sobre a pesquisa, apresentando o questionário semiestruturado e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no qual foi considerado à disponibilidade do profissional em responder o referido questionário, sendo estes aplicados nos horários e dias de trabalho diuturnamente, diante da acessibilidade do profissional durante o plantão e a aceitação em participar da pesquisa, assinando o TCLE.

#### **4.6 Análise e Discussão de Dados**

Após a finalização da coleta, os dados foram analisados através de uma planilha no Programa *software Excel* 2010 a fim de criar um banco de informações mediante as respostas apontadas pelos profissionais de enfermagem no referido questionário semiestruturado. Os dados obtidos foram dispostos descritivamente através de Tabelas e Gráficos em números absolutos e percentuais. As discussões da referida pesquisa foram confrontadas, conforme a literatura atual pertinente.

#### 4.7 Considerações Éticas

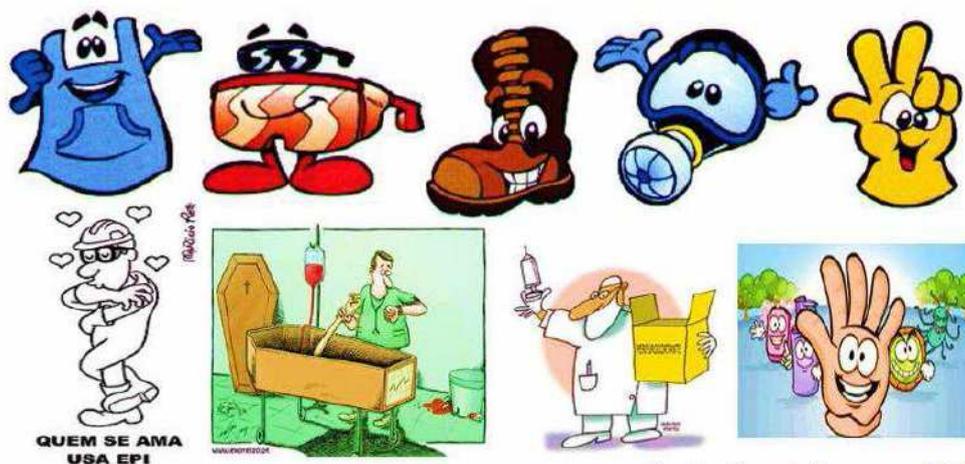
Os aspectos éticos da pesquisa têm como base as considerações referentes à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) que regulamenta acerca dos princípios éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Destarte, os aspectos éticos considerados para a realização da pesquisa foram: o anonimato dos partícipes da pesquisa, bem como do sigilo das informações por eles concedidas, garantir a total liberdade ao participante da pesquisa de recusar-se a participar ou desistir da pesquisa em qualquer etapa, sem que sofra algum prejuízo, esclarecer possíveis dúvidas, a fim de esclarecer o objetivo e foco da pesquisa, assegurar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seja devidamente assinado para que os dados coletados sejam utilizados conforme a autorização do participante (BRASIL, 2012).

De acordo a Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que tem como base o código de ética dos profissionais de enfermagem, afirma que é dever dos profissionais de enfermagem seguir as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, interromper a pesquisa caso a mesma apresente qualquer perigo à vida e à integridade do participante, respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade. Em relação às proibições: é vedado falsificar ou manipular os resultados da pesquisa, assim como, usá-los para outras finalidades das pré-estabelecidas, publicar trabalhos com informações que identifiquem o participante sem seu consentimento (COFEN, 2007).

# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---



Fonte: Google imagens, 2015.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

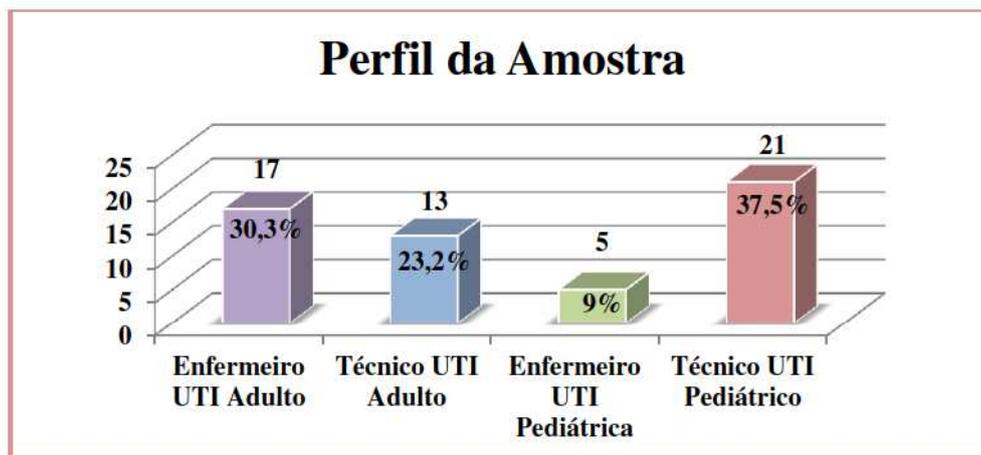
De acordo com a análise da pesquisa realizada mediante a aplicação do instrumento de coleta de dados confrontado com a literatura atual pertinente, este capítulo foi dividido didaticamente em três categorias: a primeira identificando a caracterização dos sujeitos da pesquisa por meio dos dados sócios demográficos, a segunda referente aos conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre o uso dos EPIs na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande - PB, e a terceira contempla os resultados sobre as medidas de biossegurança.

Foram analisados 56 questionários, dentre eles, 22 foram respondidos por enfermeiros e 34 por técnicos de enfermagem.

### 5.1 Dados Sociodemográficos das Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica

A distribuição dos profissionais de enfermagem ocorreu da seguinte forma: 56 (100%) dos profissionais, dentre eles: 17 (30,3%) são enfermeiros e 13 (23,2%) técnicos de enfermagem da UTI adulto, enquanto que na UTI pediátrica foram 5 (9%) enfermeiros e 21 (37,5%) técnicos de enfermagem, conforme o **gráfico 1**.

**Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a amostra da pesquisa, Campina Grande – Paraíba, 2015.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

O Ministério da Saúde, através da Resolução - RDC Nº 26/2012 altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para

funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, e afirma que as UTIs devem manter na escala profissional do setor: enfermeiros assistenciais, no mínimo 01 (um) para cada 10 leitos ou fração, em cada turno, e no mínimo 01 técnicos de enfermagem para cada 02 leitos em cada turno (BRASIL, 2012b).

Em relação à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 930, preconiza que as UTIN devem dispor de um enfermeiro coordenador com jornada diária de 08 horas habilitado em neonatologia ou apresentar minimamente 02 anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva neonatal ou pediátrica, 01 enfermeiro assistencial para cada 10 leitos ou fração, em cada turno; no mínimo, um técnico de enfermagem para cada dois leitos, em cada turno (BRASIL, 2012a).

A **tabela 1**, a seguir, apresenta os dados sócios demográficos dos sujeitos da pesquisa.

**Tabela 1 - Distribuição dos Profissionais (n=56), segundo os Dados Sociodemográficos, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Dados Sociodemográficos</b>	<b>Profissionais</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	53	95
Masculino	03	5
<b>Faixa Etária</b>		
20 – 30	13	23
31 – 40	29	52
41 – 50	12	21
51 – 60	02	4
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	30	53
Solteiro (a)	19	34
Divorciado (a)	05	9
Viúvo (a)	01	2
Outro: União Estável	01	2
<b>Formação Profissional</b>		
Especialização	33	59
Capacitação	19	34

Mestrado	04	7
<b>Há quanto tempo trabalha na UTI?</b>		
01 – 11 meses	10	18
01 – 05 anos	10	18
06 – 10 anos	08	14
11 – 15 anos	15	27
16 – 20 anos	10	18
20 – 25 anos	02	3
35 anos	01	2
<b>Qual o seu regime e turno de trabalho?</b>		
Plantonista Diurno	26	46
Plantonista Noturno	23	41
Diarista	07	13

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Conforme a **tabela 1** observou-se o predomínio do sexo feminino com 53 (95%) e apenas 03 (5%) do sexo masculino, sendo a faixa etária predominante de 31 a 40 anos (52%), seguida 20 a 33 anos (23%), 41 a 50 anos (21%) e por último 51 a 60 anos com (4%). No que concerne o estado civil a maioria dos profissionais são casados 30 (53%), subsequentemente vieram os solteiros 19 (34%) e uma parcela mínima representada por divorciados, viúvo e união estável, totalizando (13%).

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2010 corrobora o predomínio de mulheres na profissão, ao informar que, entre os profissionais de enfermagem no país, 1.264.641 (87,24%) são do sexo feminino, enquanto 184.942 (12,76%) são do sexo masculino (COFEN, 2011). Evidenciando assim, que a enfermagem é uma área de atuação essencialmente desempenhada por mulheres, o que perpetua o caráter histórico da profissão.

Pesquisa de campo, exploratória realizada com 40 enfermeiros de Terapia Intensiva de quatro hospitais, da esfera governamental, sendo 01 federal, 02 estaduais e 01 municipal, da cidade de João Pessoa – PB, no qual caracteriza o perfil sociodemográfico dos participantes, evidenciou que há predomínio do sexo feminino com 33 (82,5%), no que concerne a faixa etária em maior proporção se encontram os profissionais na faixa etária de 26 a 45 anos (77,5%) (ALBUQUERQUE et al., 2014). Considerando, assim, os dados compatíveis com a pesquisa em loco, ponderando uma população jovem.

Outro estudo realizado com 26 (100%) profissionais de enfermagem atuantes em UTI constatou que 23 (88%) eram do sexo feminino, as faixas etárias predominantes foram de 30 a 39 anos (38%) e de 40 a 49 anos (27%) (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013).

Viana et al. (2014) obteve em sua pesquisa uma amostra de 295 enfermeiros de diferentes regiões do Brasil que atuam em UTIs, dentre eles também houve predomínio do sexo feminino representado por (80%) dos profissionais, preponderando a idade média entre 30 e 39 anos (41%) seguido de (40%) de 20 a 29 anos, em relação ao estado civil em maior proporção estiveram os solteiros (54%), casados (38%), divorciados e viúvo totalizando (8%), no que concerne à formação de pós-graduação, 81% dos profissionais concluíram especializações *Lato Sensu*. O presente estudo apresenta resultados semelhantes ao da pesquisa em loco, no qual, em uma visão mais ampla do quadro de enfermeiros que trabalham nas UTIs de diversas regiões do país, permanece o predomínio das mulheres nos setores, sendo representadas por pessoas jovens.

Quanto ao questionamento sobre a formação profissional, a maioria possui especialização 33 (59%), outros apresentam algum tipo de capacitação 19 (34%), uma minoria apresenta título de mestrado 4 (7%) e nenhum dos participantes referiu apresentar o título de doutor.

Estudo realizado por Albuquerque et al. (2014) aponta que em relação ao tempo de atuação profissional, 70% dos profissionais assistiam aos pacientes no CTI a menos de 10 anos. Destes, em relação à formação profissional, (25%) eram especialistas em terapia intensiva, (70%) não apresentavam Licenciatura em Enfermagem e apenas (2,5%) afirmou possuir a titulação de mestre em Saúde Coletiva, área considerada distante da sua atuação profissional. Diante o exposto, os resultados das pesquisas reiteram a necessidade de investimento em capacitação dos profissionais para garantir uma assistência cada vez mais especializada e resolutive.

A partir da análise dos dados da pesquisa e comparando com a literatura atual, evidencia-se que os profissionais precisam buscar cada vez mais o aperfeiçoamento, visto que para atuar neste setor é primordial, por se tratar de um ambiente que admite pacientes em estado grave, sem contar que para adentrar nestes setores o mercado de trabalho está cada vez mais seletivo, exigindo profissionais capacitados e diante disso estejam habilitados para prestar uma assistência de qualidade.

Em estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, realizado por Frota, Loureiro e Ferreira (2014) com 25 profissionais das UTIs de um Hospital Universitário no

Mato Grosso, constatou que a média de tempo de experiência foi de 17,16 anos  $\pm$  7,74 (1-30) e para o tempo de exercício em UTI adulta a média foi de 10,12 anos  $\pm$  6,03 (1-23). Nenhum dos enfermeiros era intensivista, apenas um era pós-graduado (curso *lato sensu*) e, entre os profissionais de nível profissionalizante, 16 (70%) tinham ensino médio completo, 06 (26%) eram graduados e 01 (4%) era pós-graduado em enfermagem intensiva. No presente estudo, nota-se que, apesar da maioria dos participantes não apresentar titulações, são profissionais experientes, visto que, o tempo de exercício em terapia intensiva adulta foi relativamente alto.

Em relação ao tempo de trabalho nas UTIs adulto e pediátrica 15 (27%) possuem de 11 a 15 anos no setor, 10 (18%) apresentam de 01 a 11 meses e com o mesmo percentual estão os profissionais com 01 a 05 anos e 16 a 20 anos; em seguida 08 (14%) tem de 06 a 10 anos, de 20 a 25 anos são 02 (3%) profissionais e apenas 01 (2%) com 35 anos. Os dados referentes ao regime e turno de trabalho revelam que 26 (46%) são plantonistas diurno, 23 (41%) plantonistas noturno e 07 (13%) são diaristas.

Quanto ao tempo de atividade profissional, os autores LIMA, BATISTA e BARBOSA (2013) constataram que, 08 (31%) apresentavam tempo maior que 20 anos, 06 (23%) de 10-15 anos, 06 (23%) de 5-10 anos, 03 (11,5%) de 15-20 e 03 (11,5%) com menos de cinco anos de assistência. Em relação ao tempo de trabalho na UTI prevaleceu que 08 (31%) dos profissionais tinham entre 1-5 anos e 06 (23%) de 5-10 anos de assistência.

Souza et al. (2011) em sua pesquisa sobre a utilização dos EPIs pelos profissionais de enfermagem em quatro UTIs de um Hospital de Emergência de Fortaleza – CE, evidenciaram que, em relação à jornada de trabalho, 4 trabalhavam no período diurno e 6 no vespertino. Havia também os que trabalhavam em dois turnos, sendo 1 no período da manhã e tarde, 22 na tarde e noite, 7 na manhã e noite, destacando que 5 profissionais ainda trabalhavam sem turno fixo.

## **5.2 Conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual na Terapia Intensiva**

A **tabela 2** apresenta quais os Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) a instituição fornece ao setor das Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica para desenvolver as atividades laborais, a maioria 37 (66%) refere que todos os EPIs citados no instrumento estão disponíveis nos referidos setores e o restante afirma que apenas alguns desses equipamentos estão disponíveis, variando conforme o setor.

**Tabela 2 - Distribuição dos Equipamentos de Proteção Individual que a Instituição fornece aos setores das UTIs Adulta e Pediátrica, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Equipamentos de Proteção Individual fornecidos pela Instituição aos setores da Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Todos (Gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, propés, avental descartável).	37	66
Gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, avental descartável.	15	27
Gorro, máscara, luva de procedimento, luva estéril, propés, avental descartável.	03	5
Gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril.	01	2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

De acordo com a Norma Regulamentadora (NR-6), Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e para os membros inferiores. São de responsabilidade do empregador o fornecimento do EPI adequado ao risco e o treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação (BRASIL, 2001).

A legislação sobre a saúde do trabalhador no Brasil garante o fornecimento gratuito de EPIs adequados ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, cabendo ao empregador orientar e treinar o trabalhador sobre o uso correto, armazenamento e conservação, bem como exigir seu uso (BRASIL, 2005).

A **tabela 3**, a seguir, dispõe sobre quais os EPIs são usados pelos profissionais de enfermagem na assistência ao paciente nas UTIs Adulta e Pediátrica.

Dos 56 profissionais de enfermagem representados nas UTIs obteve-se um escore de 20 (36%) que afirmaram usar durante a assistência (gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, avental descartável), 12 (21%) utilizavam (gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, propés, avental descartável), 6 (11%) referiram o uso de (gorro, óculos, máscara, luva de procedimento, luva estéril, avental descartável), com o mesmo percentual de 11% (gorro, máscara, luva de procedimento, luva

estéril), 4 (7%) utilizavam (gorro, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, propés, avental descartável), outros 7% relataram (gorro, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, avental descartável), 2 (3%) afirmaram (gorro, óculos, máscara, luva de procedimento), 1 (2%) afirmou utilizar (gorro, máscara, máscara N95, luva de procedimento), por fim, apresentando mesmo percentual 1 (2%) descreveu que só utilizava (gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril).

**Tabela 3 - Distribuição dos Equipamentos de Proteção Individual usados na UTIs Adulta e Pediátrica na assistência ao paciente, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Equipamentos de Proteção Individual usados na assistência ao paciente</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, avental descartável.	20	36
Gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, propés, avental descartável.	12	21
Gorro, óculos, máscara, luva de procedimento, luva estéril, avental descartável.	06	11
Gorro, máscara, luva de procedimento, luva estéril.	06	11
Gorro, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, propés, avental descartável.	04	7
Gorro, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, avental descartável.	04	7
Gorro, óculos, máscara, luva de procedimento.	02	3
Gorro, máscara, máscara N95, luva de procedimento.	01	2
Gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril.	01	2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Ressaltamos que as tabelas 2 e 3 permitem correlacionar os dados referentes aos EPIs disponíveis nos setores das UTIs Adulta e Pediátrica e aqueles que são utilizados pelos profissionais durante a assistência prestada ao paciente. Observa-se que foram obtidas muitas variáveis, o que significa que os profissionais de enfermagem mantêm uma postura

diversificada quanto ao uso de EPIs, não seguindo a Norma Regulamentadora NR6 preconizada pelo Ministério da Saúde já descrita anteriormente.

Em um estudo do tipo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva no município de Itaporanga-Paraíba, com 35 profissionais de enfermagem, sendo 25 técnicos e 10 enfermeiros evidenciou que em relação aos EPIs os entrevistados afirmaram ter todos os EPIs disponíveis para uso e a carência desses está relacionada com o setor, alegando que a clínica e a emergência são dispensáveis à utilização desses EPIs, no que concernem os que não estão disponíveis no setor de trabalho, observou-se que 94% correspondem aos óculos protetores e 6% aos propés, lembrando que, o uso dos óculos e outros EPIs são indispensáveis na execução de procedimentos invasivos e sua utilização é imprescindível para prevenção de acidentes (LIMA et al., 2015a).

Em relação aos EPIs utilizados pelos profissionais durante a assistência, uma pesquisa descritiva exploratória com dados quantitativos e qualitativos foi realizada com 20 enfermeiros de um hospital filantrópico em Ribeirão Preto e como resultados obteve-se que a máscara e as luvas são os EPIs mais usados sendo mencionados por (100%) dos profissionais, os óculos foram mencionados por (90%) dos participantes, o avental/capote por (75%) e (25%) se referiram a outros EPIs, tais como: sapatos fechados (5%), máscara N95 e o gorro ambos com (10%) (CARVALHO; CHAVES, 2010).

Estudo realizado em um Serviço de Emergência de um Hospital do Sul do Brasil na qual participaram enfermeiros, técnicos e auxiliares, revelou que a equipe de enfermagem promove o cuidado rápido, realiza procedimentos simples e complexos com agilidade, o que em algumas situações ocorre sem o uso dos EPIs como foi afirmado, na referida pesquisa, pelos profissionais. Os óculos são os EPIs menos utilizados nos procedimentos e, em várias situações, não utilizam a luva, pois eles afirmaram que seu uso atrapalha a execução dos procedimentos (CHAGAS et al., 2013).

Ainda revelam os autores supracitados, que os profissionais não utilizam EPIs, até mesmo, em procedimentos como punções ou passagem de sonda nasogástrica que possibilitam o contato direto com secreções potencialmente contaminadas. Justificaram tal conduta pela autoconfiança, acomodação e negligência. Alguns ainda referiram apresentar desconhecimento acerca dos procedimentos que necessitam utilizar luvas.

O Ministério da Saúde menciona alguns EPIs, citando-os em que situações devem ser utilizadas. As luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, capotes (aventais) e botas, atendem às seguintes indicações: **luvas** - sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra (ferimentos, escaras,

feridas cirúrgicas e outros); **máscaras, gorros e óculos de proteção** - durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional; **capotes ou aventais** - devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas; e as **botas** - proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (BRASIL, 2006).

Ainda em relação à utilização dos EPIs, Santos et al. (2011) realizou um estudo descritivo e quantitativo com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de cinco hospitais públicos que dispõem de serviço de urgência e emergência em Teresina/PI evidenciou que, dos 360 profissionais entrevistados, a maioria utilizava luvas (96,5%), máscaras (90,8%) e jaleco (75,4%), e menos da metade dos profissionais afirmaram usar gorro (42,3%), propés (27,1%) e óculos (17,0%) durante a assistência.

As luvas são consideradas o EPI mais importante, todavia, na prática, observa-se que os profissionais de saúde por vezes não as empregam em suas atividades laborais. Sabe-se que seu uso nas atividades de manuseio de materiais perfuro cortantes não impede o acidente, pois o material é capaz de perfurá-las e atingir a pele, entretanto, elas reduzem o volume de sangue que atinge o profissional de saúde (RONDON; TAVARES; SANTOS, 2012).

Martins et al. (2014) considera que, o uso correto do EPI oferece benefícios ao próprio profissional, aos empregadores, assim como aos pacientes. Favorecem uma maior produtividade além de reduzir o número de licenças de saúde e, conseqüentemente, a redução dos gastos hospitalares com equipamentos e materiais. Portanto, destaca-se que o uso de EPI deve atender às recomendações do procedimento, avaliando o conforto, o tamanho do equipamento e o tipo de risco envolvido, a fim de evitar despesas para a instituição e não intervir no desempenho do procedimento. Não usar o EPI, quando recomendado, pode desencadear danos para todos os envolvidos, afetando as relações psicossociais, familiares e laborais, além de favorecer os acidentes de trabalho.

A **tabela 4** apresenta a frequência que os profissionais utilizam os EPIs, no qual a maioria 43 (77%) afirmou usar sempre os EPIs, 5 (9%) relatam o uso sempre durante procedimentos invasivos e quando há restrição de contato, 3 (5%) dos entrevistados usam às vezes, 2 (3%) às vezes, sendo durante procedimentos invasivos, quando há doenças infectocontagiosas e restrição de contato, com o mesmo percentual de 1 (2%) temos as respectivas situações: às vezes em caso de doenças infectocontagiosas, e durante procedimentos invasivos, doenças infectocontagiosas e restrição de contato, e por último,

sempre utilizam durante procedimentos invasivos, doenças infectocontagiosas e restrição de contato.

**Tabela 4 - Distribuição da frequência que os profissionais (n=56) usam os EPIs, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Frequência que os profissionais usam os Equipamentos de Proteção Individual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sempre	43	77
Às vezes	03	5
Sempre (Durante procedimentos invasivos e restrição de contato)	05	9
Às vezes (Durante procedimentos invasivos, doenças infectocontagiosas e restrição de contato)	02	3
Às vezes (Doenças infectocontagiosas)	01	2
Durante procedimentos invasivos, doenças infectocontagiosas e restrição de contato	01	2
Sempre (Durante procedimentos invasivos, doenças infectocontagiosas e restrição de contato)	01	2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

**Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.**

Os Equipamentos de Proteção individuais (EPIs) nem sempre são usados em todos os procedimentos, sendo esta conduta justificada pela ausência destes equipamentos, sobrecarga de trabalho ou mesmo pelo desconhecimento pelos profissionais a respeito das medidas de biossegurança, ausência de rotina no serviço durante a assistência ao paciente, estresse, sobrecarga de trabalho dos profissionais, improvisação durante os procedimentos e desgaste nas relações de trabalho (MACHADO; MOURA; CONTI, 2013; NEVES et al., 2011).

As medidas de precauções padrão recomendam o uso de luvas, aventais, máscaras, gorros, capotes e protetores oculares, sempre que houver o contato com fluidos corporais, independente do diagnóstico do paciente assistido (SANTOS et al., 2011).

Apesar da clareza das barreiras existentes para a adesão, os profissionais não se eximem da responsabilidade pessoal para o uso dos EPIs. A adesão é um comportamento individual e pessoal, contudo, fortemente determinado pelas crenças em saúde. A percepção da susceptibilidade e da severidade aos riscos de exposição no ambiente laboral desses

profissionais, somada à percepção do benefício dos equipamentos de proteção, representa força positiva que contribui para a tomada de decisão quanto ao uso dos mesmos. As inúmeras barreiras percebidas por esses profissionais no ambiente laboral para o uso dos EPIs, entretanto, anulam as forças positivas e influenciam negativamente a tomada de decisão para essa medida preventiva (NEVES et al., 2011).

De acordo com uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário de Londrina no Paraná, constatou-se que o desconhecimento do diagnóstico médico do paciente é considerado um risco para a equipe de saúde, visto que, quando o diagnóstico não está claro, possibilita que os profissionais de enfermagem negligenciem as medidas de proteção, ao prestar a assistência ao paciente, usando os EPI apenas quando realiza cuidados ao paciente, cuja patologia é conhecida, ou seja, esquecem-se da vulnerabilidade do ser humano às infecções. Destarte, é imprescindível que o profissional garanta a proteção sempre que apresentar contato com material biológico e, quando for prestar assistência ao paciente, independente do diagnóstico (MARTINS et al., 2014).

Nesse sentido, podemos revelar que as medidas de biossegurança se aplicam ao cuidado de todos os pacientes, independentemente do seu diagnóstico, pois nem sempre a presença de patógenos é evidenciada por manifestações clínicas. Para garantir a segurança do paciente e do profissional recomenda-se o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), como: luvas, aventais, máscaras e protetores oculares sempre que o procedimento oferecer risco de contato com fluídos corpóreos. Vale ressaltar que a higienização das mãos antes do contato e após o contato com o paciente é de grande valia para o controle e disseminação de patógenos (SILVA; NASCIMENTO; SILVA, 2014).

A adesão aos EPIs é considerada uma conduta fundamental para prevenir os acidentes com materiais perfuro cortantes ou biológico, posto que, a enfermagem constitui uma profissão de elevado risco de acidentes, no entanto, este risco torna-se menor à medida os profissionais adotam as medidas de biossegurança e autocuidado durante a assistência.

A **tabela 5** revela os dados referentes ao uso dos EPIs durante todo o plantão, assim, comparando com a tabela 3 a mesma também apresenta muitas variáveis, o que denota uma postura diversificada entre os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) quanto à utilização dos EPIs.

Os dados obtidos revelam que 32 (57%) dos profissionais permanecem todo o plantão com (gorro e máscara), o mesmo quantitativo de 5 (9%) dos sujeitos afirmam que utilizam: (gorro, propés e máscara), (gorro, óculos e máscara) e (gorro, máscara e avental descartável), 3 (5%) (gorro, óculos, máscara, máscara N95 e avental descartável), 3 (5%) (gorro, óculos,

máscara e avental descartável), 2 (4%) usam (gorro e propés) e, por fim, apenas 1 (2%) permanece com (máscara e avental descartável).

**Tabela 5 - Distribuição das variáveis sobre os EPIs utilizados durante o plantão na UTIs Adulta e Pediátrica, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Quais dos Equipamentos de Proteção Individual que você utiliza durante todo o seu plantão?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gorro e Máscara	32	57
Gorro, propés e máscara	05	9
Gorro, óculos e máscara	05	9
Gorro, máscara e avental descartável	05	9
Gorro, óculos, máscara, máscara N95 e avental descartável	03	5
Gorro, óculos, máscara e avental descartável	03	5
Gorro e propés	02	4
Máscara e avental descartável	01	2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

**Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.**

A norma regulamentadora NR 6, da assistência em serviços de saúde determinam que os equipamentos de proteção como os óculos e as máscaras faciais, precisam estar disponíveis em qualquer circunstância em que houver risco de contaminação de olhos e mucosas, o gorro é recomendado para proteger os cabelos da contaminação através de aerossóis e gotículas de sangue e saliva, além de que, os cabelos soltos dispersam muitas partículas transmissoras de bactérias, podendo, assim levar contaminação entre os pacientes e o restante da equipe (BRASIL, 2001; VIEIRA et al., 2013).

Dados da pesquisa de Silva et al. (2012), realizada com 266 profissionais de saúde de três cidades do Estado do Rio de Janeiro apontam que, a frequência de uso dos EPIs durante as atividades laborais foram: 250 (93,9%) dos profissionais usam jaleco, 177 (66,5%) máscara, 135 (50,7%) óculos e 95 (35,7%) o gorro. Em relação ao uso dos EPIs, a maioria relatou o uso do jaleco, enquanto, o gorro foi o EPI menos referido pelos profissionais.

Enquanto, o estudo de Chagas et al. (2013) realizado com dois enfermeiros, sete técnicos e dois auxiliares de enfermagem de um Serviço de Emergência de um Hospital do Sul do Brasil, revelou que em relação aos EPIs de maneira geral os profissionais relataram

utilizá-los apenas frente à presença visível das secreções corporais. Os participantes do estudo mostram-se cientes quanto aos riscos que correm se não a utilizarem a máscara N95 (bico de pato), contudo, alegam que apesar de muitos possuírem a sua máscara, mas a mantém guardado, geralmente, usam máscaras de pano ou de papel, mesmo sabendo serem inadequadas para algumas situações.

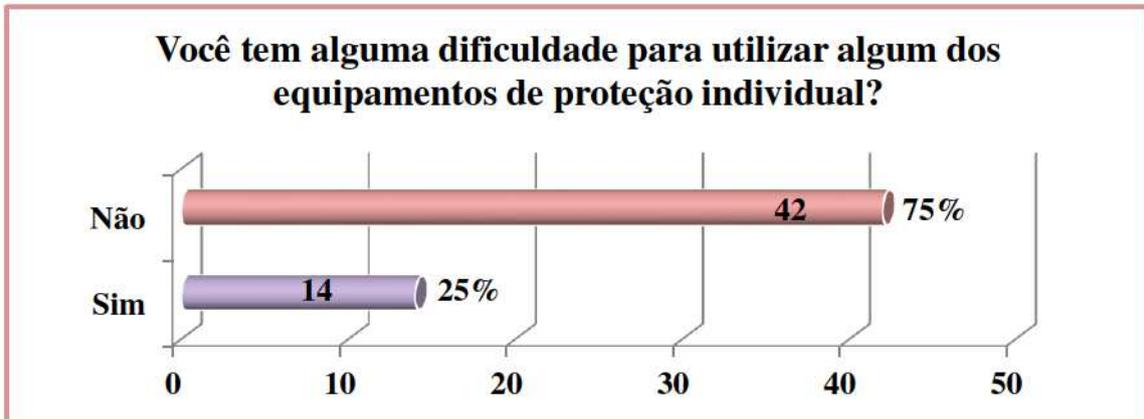
A relação entre o conhecimento científico e o estar consciente, há uma reciprocidade, uma vez que a fim de que aquele seja aplicado o profissional precisa estar conscientizado. À medida que o saber influencia no cuidado de si, o profissional se conscientiza e emprega as precauções padrão, o que, por sua vez, diminui o risco de acidentes. Quando há conhecimento a respeito da técnica correta de descarte de materiais, de utilização dos EPIs, entre outros, é possível, verdadeiramente, cuidar de si, uma vez que, não basta usar luva, máscara, é preciso saber como, para que e em que ocasião seu uso é indicado (CAMARGO; LACERDA; SARQUIS, 2010).

Destarte, a padronização e a socialização das condutas referente ao uso e manejo dos EPIs são imprescindíveis para que os profissionais tenham subsídios para proporcionar a segurança no ambiente laboral, nortear as práticas direcionadas para o controle e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS) e a adoção de comportamentos adequados diante dos riscos (NEVES et al., 2011).

Diante dos dados apresentados reflete-se que, apesar dos profissionais de enfermagem, especificamente enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário, esse sendo um Hospital Escola e referência para diversas patologias, de conhecerem cientificamente no que diz respeito à prática profissional, os riscos e a importância da adesão aos Equipamentos de Proteção Individual, os profissionais ainda demonstram uma postura diversificada e revelam não usar todos os EPIs preconizados pela legislação vigente e através da cobrança por parte da instituição.

Conforme o **gráfico 2**, a seguir, observamos que 42 (75%) dos profissionais de enfermagem afirmaram não apresentar dificuldades para usar os equipamentos de proteção individual, enquanto que 14 (25%) alegam ter alguma dificuldade.

**Gráfico 2 - Distribuição das dificuldades apresentadas pelos participantes (n=56) para utilização dos equipamentos de proteção individual nas UTIs Adulta e Pediátrica, Campina Grande – Paraíba, 2015.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A **tabela 6** complementa o gráfico anterior, descrevendo as dificuldades referidas pelos participantes para utilização desses EPIs, no qual se destaca que 42 (75%) afirmaram não ter dificuldade, 6 (11%) informaram o desconforto causado pelo EPI, 3 (5%) ao esquecimento, com o mesmo quantitativo 5% alegam ao esquecimento e desconforto, 1 profissional (2%) acha que não há necessidade o uso e causa desconforto, seguido pelo mesmo percentual 2% alega que a instituição não oferta todos os EPIs necessários, bem como ao esquecimento do profissional, configurando assim o percentual de 100%.

Ainda complementando a tabela 6 foi também questionado aos participantes o que o profissional de enfermagem faz quando falta algum EPI no setor? Para esse questionamentos foram elencadas variáveis distintas, portanto ficou evidente, que dentre as respostas 19 (34%) afirmaram que comunica o fato a coordenação do setor e solicita em outro setor do hospital, 17 (30%) apenas comunica a coordenação do setor, 07 (12%) solicita os EPI em outro setor da instituição, 5 (9%) realiza o procedimento sem o EPI e comunica a coordenação do setor, 3 (5%) realiza o procedimento sem o EPI, comunica a coordenação e solicita em outro setor do hospital, 2 (4%) realiza o procedimento sem o EPI e com 1 (2%) respectivamente as respostas foram realiza o procedimento sem o EPI e solicita em outro setor do hospital; não realiza o procedimento, compra por conta própria e comunica a coordenação do setor.

**Tabela 6 - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre a dificuldade para o uso do EPI, e qual conduta do profissional quando falta algum EPI no setor, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>A dificuldade para utilização desses Equipamentos de Proteção Individual se dá devido?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não tenho dificuldade	42	75
Ao desconforto causado pelo EPI	06	11
Esquecimento	03	5
Esquecimento e desconforto	03	5
Achar que não há necessidade e ao desconforto	01	2
A instituição não oferece todos os EPIs e ao esquecimento do profissional	01	2
<b>O que você faz quando falta algum EPI no setor?</b>		
Comunica a coordenação do setor e solicita em outro setor do hospital	19	34
Comunica a coordenação do setor	17	30
Solicita em outro setor	07	12
Realiza o procedimento sem o EPI e comunica a coordenação do setor	05	9
Realiza o procedimento sem o EPI, comunica a coordenação e solicita em outro setor do hospital	03	5
Realiza o procedimento sem o EPI	02	4
Realiza o procedimento sem o EPI e solicita em outro setor do hospital	01	2
Não realiza o procedimento	01	2
Compra por conta própria e comunica a coordenação do setor	01	2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

De acordo com a pesquisa de Carvalho e Chaves (2010), as justificativas para o não uso dos EPI pela equipe de enfermagem foram: a falta de responsabilização da equipe citada por 15 (75%) dos entrevistados, 10 (50%) indicaram a diminuição da habilidade no desenvolvimento do procedimento como dificuldade, a inconveniência do uso foi citada por 9 (45%) dos entrevistados; 7 (35%) justificaram que o EPI atrapalha na assistência, e 3 (15%) afirmaram com itens de acesso difícil, desconhecimento de indicação para o uso, a falta de supervisão, entre outros.

Os autores identificaram em suas pesquisas que, os profissionais consideram o fato de acreditar que possui domínio da técnica, a autoconfiança, o descuido, a pressa, difícil acesso, ausência de recursos financeiros, estrutura organizacional, crença de que não vai contrair doença, resistência e desconhecimento do seu papel preventivo, são fatores que favorecem a omissão/negligência da equipe de enfermagem na adesão aos EPIs, assim como, ainda afirmam que alguns EPIs atrapalham o desempenho durante o procedimento, desconsiderando sua vulnerabilidade e expondo-se aos riscos ocupacionais. Portanto, se os EPIs são considerados desconfortáveis, a adesão é dificultada. Diante dos fatos, faz-se necessário muito além do que incentivar o uso, é imprescindível oferecer os EPIs adequados ao tamanho e a estrutura anatômica de quem vai usar (FROTA et al., 2012; GALLAS; FONTANA, 2010).

As justificativas para o não uso dos EPIs relatadas no estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo realizado em três instituições de ensino superior de enfermagem de um município paulista com 529 alunos que já realizavam atividades práticas de ensino-aprendizagem em instituições de saúde, foram: remover o esparadrapo com as luvas, afirmar que não era necessário, pressa ou falta de tempo, distração, dificuldade para achar o EPI adequado, tamanho exato e por achar que não precisava usá-lo. Considera-se um fato preocupante mencionar que os participantes julgam desnecessário o uso de EPI na execução de procedimentos como, por exemplo, a coleta de sangue, punção venosa e descarte de material biológico (CANALLI; MORIYA; HAYASHIDA, 2010).

Diante do exposto torna-se ainda mais preocupante, pois comparando a pesquisa acima com os outros estudos referidos anteriormente, reflete-se que os hábitos para o não uso dos EPIs são frequentes desde a formação dos profissionais nas instituições de ensino e perpetuando, assim no ambiente da assistência a nível hospitalar.

Ainda em relação às dificuldades referidas pelos profissionais para a adesão aos EPIs um estudo quantitativo realizado com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em três unidades hospitalares do Estado do Goiás, revelou que 36% dos entrevistados afirmaram ter dificuldade para manipular o esparadrapo fazendo uso de luvas de procedimento, dificultando assim a assistência; 29% proferiram que a luva de procedimento faz com que o profissional perca a sensibilidade na hora de localizar um acesso venoso; e 33% descreveram que em situações de emergência não a tempo de fazer o uso correto dos EPIs (RONDON; TAVARES; SANTOS, 2012).

Para Oliveira, Santos e Santos (2013), umas das justificativas mencionadas nas ocasiões em que os profissionais relatam a não utilização dos EPI, sucede a falta de hábito e disciplina, a indisponibilidade do equipamento por parte da instituição, além da ideia que,

teoricamente não havia risco nos procedimentos realizados. Vale ressaltar que o uso exclusivo de EPIs não é suficiente para garantir a segurança, porém, podem contribuir para a adoção de práticas seguras e minimização de riscos.

Diante de tantas condutas distintas cogita-se que, faz se necessário a padronização das ações frente às dificuldades encontradas para o não uso dos EPIs durante a assistência, visto que a adesão previne agravos não só ao paciente, mas também confere segurança para os profissionais.

Em relação à falta de EPIs nos setores Brasil (2005) e Gallas e Fontana (2010) afirmam que os EPIs necessários para a realização dos procedimentos são fornecidos pela instituição, entretanto nem todos estão disponíveis no setor, estão armazenados na farmácia hospitalar. É válido destacar que conforme a NR 32, os EPIs deverão estar à disposição do profissional, em número suficiente e garantir o imediato fornecimento ou reposição, no setor da instituição. Acredita-se que a disponibilidade destes dispositivos no setor pode favorecer a adesão, pois resulta em economia de tempo e prevenção eficaz, na medida em que estão junto ao evento da provável exposição.

A frequência em que ocorrem os improvisos no serviço de assistência à saúde está cada dia mais recorrente, congelando essa cultura, tanto em nível de gestão quanto da assistência. Os profissionais têm consciência que a recusa em realizar os procedimentos, em decorrência da ausência dos EPIs, poderia ser uma conduta adotada para iniciar um processo de discussão e de mudança da prática. Todavia, o medo de perder o emprego, o distanciamento entre o gestor e quem atua na assistência, bem como, a responsabilidade ética da profissão representam estímulos ao comportamento submisso de não reclamar e continuar executando os cuidados de maneira insegura (NEVES et al., 2011).

Dados de uma pesquisa exploratória, de natureza transversal e análise descritiva realizada com 13 enfermeiros do Serviço Hospitalar de Emergência em Londrina – PR evidenciaram que os recursos materiais insuficientes foram considerados a principal dificuldade na assistência aos pacientes graves, o processo de adaptação e improviso dos materiais e equipamentos está inserido nos casos de elevado distanciamento entre o trabalho prescrito e a assistência real (ZANDOMENIGHI et al., 2014).

Desse modo, ainda de acordo com os autores supracitados, os enfermeiros precisam prover os equipamentos necessários, por vezes, cedido de outros setores, o que demanda tempo e ausência no setor. Ainda que, necessite realizar adaptações e improvisos durante a assistência, cabe ao profissional atentar para a promoção do bem-estar ao paciente, praticando o cuidado livre de danos.

Ainda em relação à ausência de EPIs para a assistência, uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes em Vitória – ES, envolvendo 15 profissionais de enfermagem, evidenciou-se que a falta desses EPIs gera condutas de risco para alguns profissionais, quando, por vezes, ele, objetivando a continuidade da assistência, informa que “[...] se enrola em lençol e bota sacola plástica no pé”. Nesse sentido, o estudo refere que o desuso do EPI ou a utilização inadequada expõem o profissional aos riscos laborais desnecessariamente. Além disso, tentativas de “improvisos” aumentam as chances de acidentes. Diante do relato, percebe-se que o profissional tem dispêndio de energia e tempo ao percorrer os setores em busca dos EPIs, que deveriam estar à sua disposição para garantir uma prática assistencial segura para si e, para o paciente sob sua assistência (CASTRO; MORAES, 2013).

Quanto ao fato de comprar o EPI quando o mesmo estiver em falta, evidenciado por 1 (2%) profissional, esse dado não foi encontrado na literatura atual, o que evidencia que os profissionais conhecem a NR 32 que, garante o fornecimento gratuito de EPIs adequados ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento pelos empregadores (BRASIL, 2005).

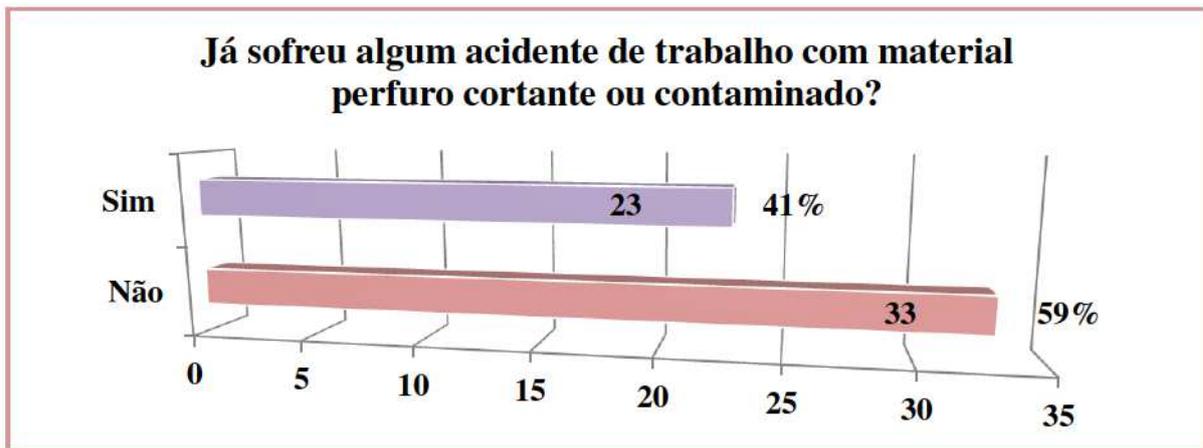
Assim como, o Código de Ética dos profissionais de enfermagem destaca que é direito do profissional de Enfermagem desenvolver suas atividades laborais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a do paciente, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamento de proteção individual e coletiva, segundo as normas regulamentadas vigentes no país (COFEN, 2007). Portanto, quando ocorrer à falta do EPI é preciso que o profissional comunique o ocorrido e proceda com a solicitação para reposição ao setor competente, geralmente à farmácia da instituição.

De acordo com as respostas dos profissionais foi possível identificar que na ausência do EPI, 20% realiza o procedimento sem o uso do mesmo e apenas 2% o equivalente a um profissional, alegou não realizar o procedimento. Diante dos dados apresentados, ainda pode-se afirmar que, os motivos para o não uso do EPI, citados acima, podem ter determinado o acidente com material perfuro cortante ou contaminado referidos na pesquisa em loco, a seguir.

A pesquisa em tela apresenta outros questionamentos no instrumento de coleta de dados, dentre esses foi questionado aos participantes da pesquisa se já sofreu algum acidente de trabalho com material perfuro cortante ou contaminado. Portanto, de acordo com os dados dispostos no **gráfico 3**, a seguir, em relação as respostas foi evidenciado que 33 (59%)

afirmam não ter sofrido acidente de trabalho com material perfuro cortante ou contaminado, enquanto 23 (41%) alegam ter sofrido acidente no ambiente laboral.

**Gráfico 3 - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre acidentes de trabalho com material perfuro cortante, Campina Grande – Paraíba, 2015.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Comparando os dados da pesquisa com a literatura atual, o estudo quantitativo, desenvolvido no Estado de Goiás-GO com a participação de 36 profissionais da assistência hospitalar, sendo: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem revelou que, 71% afirmaram que já sofreram algum acidente de trabalho e 29% não sofreram nenhum acidente, dos que já afirmaram que sofreram algum acidente de trabalho, a maioria, com 90% ocorreu com perfuro cortante e 10% com secreções dos pacientes. E, em relação aos motivos que levaram ao acidente destacaram a falta de atenção com 49%, ausência de material com 14%, 19% por carência de conhecimento e treinamento, 7% relacionou às situações emergenciais, e 12% à sobrecarga de serviço e cansaço (RONDON; TAVARES; SANTOS, 2012).

Ainda confrontando os dados referentes aos acidentes durante a assistência, o estudo quantitativo realizado em município Paraibano com 35 profissionais de enfermagem enfatiza que houve um alto índice entre os entrevistados, no qual 65,7% sofreram acidentes com material perfuro cortantes e 2,9% com outros tipos de acidentes, totalizando 68,6% dos participantes, e 31,4% afirmaram nunca ter sofrido acidentes de trabalho durante a assistência (LIMA et al., 2015a).

Mendonça et al. (2015) em sua pesquisa descritiva, transversal e quantitativa realizada com 45 profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário na região nordeste do Brasil, destacou que 27 (60%) dos profissionais afirmaram

que já tinham sofrido algum tipo de acidente relacionado à atividade profissional, enquanto 18 (40%) não.

Complementando as respostas positivas de contaminação com material perfuro cortante ou contaminado pelos participantes da pesquisa, ficam evidentes que diante da problemática foram distribuídos na **tabela 7** os objetos que ocasionaram o acidente aos 23 profissionais, no qual destacamos que 11 (19,6%) com agulha, o mesmo quantitativo de 3 (5,4%) dos profissionais afirmam que: o acidente ocorreu por meio de (agulha e lâmina de bisturi), (contato direto com sangue/secreção) e (agulha, escalpe e contato direto com sangue/secreção), 2 (3,5%) com lâmina de bisturi e contato direto com sangue/secreção, por fim, 1 (1,8%) com o escalpe e nenhum profissional afirmou ter sofrido acidente com lacenta ou cateter curto, compondo, assim, o percentual de 100%, pois os 33 (59%) profissionais restantes não responderam a pergunta em questão, a deixando em branco.

**Tabela 7 - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre o objeto que causou o acidente com material perfuro cortante ou contaminado, e atendimento após a exposição, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Qual objeto causou o acidente?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	33	58,9
Agulha	11	19,6
Agulha e lâmina de bisturi	03	5,4
Contato direto com sangue/secreção	03	5,4
Agulha, escalpe e contato direto com sangue/secreção	03	5,4
Lâmina de bisturi e contato direto com sangue/secreção	02	3,5
Escalpe	01	1,8
<b>Você teve algum atendimento após exposição com material perfuro cortante ou contaminado?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	33	58,9
Nenhum	13	23,2
Teste rápido no paciente	04	7,1
Notificação na CCIH e terapia medicamentosa profilática	02	3,6
Notificação na CCIH, terapia medicamentosa profilática e teste rápido no paciente	02	3,6
Notificação na CCIH	01	1,8

Notificação na CCIH e teste rápido no paciente	01	1,8
--	----	-----

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Ainda contemplando a **tabela 7** referente ao atendimento após exposição com material perfuro cortante ou contaminado 33 (58,9%) não responderam a pergunta, pois afirmaram não ter sofrido acidente, enquanto os 23 profissionais que apresentaram resposta positiva para o ocorrido afirmaram condutas diversificadas: 13 (23,2%) não tiveram nenhuma conduta, 4 (7,1%) realizaram teste rápido no paciente, 2 (3,6%) notificaram na CCIH, receberam a terapia medicamentosa profilática e realizaram teste rápido no paciente, com mesmo percentual 1 profissional (1,8%) relatou ter notificado na CCIH e realizado teste rápido no paciente.

Quanto aos questionamentos a respeito da ocorrência de acidentes com material perfuro cortante em pesquisa quantitativa e descritiva, realizada em cinco hospitais públicos em Teresina/PI concluiu que, dos 317 profissionais de enfermagem entrevistados, 152 (47,9%) afirmaram já ter sofrido acidente dessa natureza, sendo que destes, (76,9%) aconteceu com agulha, (12,5%) com scalp e (5,3%) com lâmina de bisturi e jelco (SANTOS et al., 2011).

Confrontando os dados com um estudo descritivo, não experimental, de abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) em Maceió – AL, a população estudada foi composta por 45 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), no qual 18 (40%) afirmaram ter sofrido acidentes com perfuro cortantes com exposição ocupacional a material biológico no decorrer de sua experiência na instituição, 27 (60%) afirmaram não ter sofrido nenhum acidente. O material perfuro cortante mais envolvido nos acidentes foi agulhas 16 (88,9%), seguido por sangue 11 (61,1%), bisturis 2 (11,1%) e outros 7 (38,9%) (VERÇOSA; MONTEIRO; FERREIRA, 2014).

No que diz respeito às condutas realizadas após a exposição, uma pesquisa descritiva e quantitativa desenvolvida por Silva et al. (2012), envolvendo 266 profissionais de saúde de três cidades do Estado do Rio de Janeiro evidenciou que 48 (56,4%) dos profissionais referiram a lavagem do local afetado com água e sabão como a primeira conduta, em seguida, 23 (27%) afirmaram realizar exames sorológicos para detectar doenças infectocontagiosas, 10 (11,7%) buscaram atendimento médico sendo ele especializado ou não, e 8 (9,4%) procederam à notificação do acidente biológico na comissão de controle de Infecção Hospitalar - CCIH, como principais cuidados após o acidente biológico.

Já em um estudo realizado em duas Unidades de Pronto Atendimento no município de Mossoró-RN revelou que, a conduta após exposição com material contaminado consistiu em lavar o local exposto com água e sabão, em casos de exposição cutânea e percutânea, recomenda-se que o paciente fonte deve ser identificado e comunicado sobre o ocorrido, realizar testes rápidos para HIV e hepatites no profissional e no paciente, bem como notificar o acidente de trabalho a CCIH (LEITE et al., 2014).

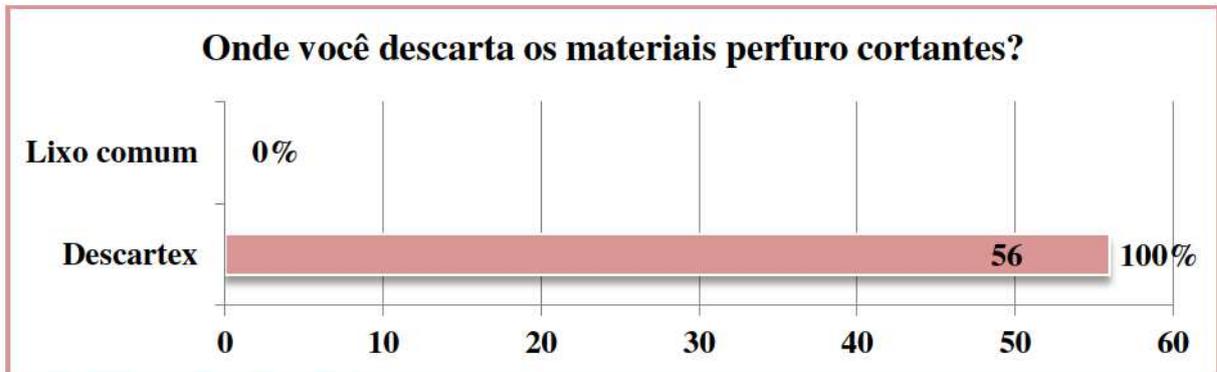
A pesquisa de Lima et al., (2015a) determinou que quanto à notificação dos acidentes, apenas 3% recorreu à comunicação na instituição, enquanto que os 97% não realizaram nenhuma notificação, em razão desses desconhecerem o protocolo que normatizasse essa conduta. Diante desse resultado é imprescindível que aconteça a notificação desses acidentes, a fim de se obter a incidência, pois a subnotificação impossibilita a identificação do número real de casos ocorridos, impedindo que medidas apropriadas sejam realizadas para preservar e melhorar a saúde e segurança dos profissionais.

Ainda contemplando os procedimentos realizados após a exposição ao material perfuro cortante ou contaminado realizados pelos profissionais da pesquisa, obteve-se que 12 (66,7%) notificou o acidente e 6 (33,3%) não, em seguida, as condutas realizadas pelos 12 profissionais após a notificação foram: 12 (100%) realizaram exames: Anti-HIV 12 (100%); HBsAg 10 (83,3%) Anti-HCV 10 (83,3), e quanto a quimioprofilaxia 1 (8,3) apenas realizou, enquanto 11 (91,7%) não realizaram (VERÇOSA; MONTEIRO; FERREIRA, 2014).

De acordo com Oliveira et al. (2015), que realizaram um estudo documental retrospectivo, com abordagem quantitativa no banco de dados do SINAN NET do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Sobral/CE, concluiu que dos 189 casos notificados (68,2%) apresenta o seguimento da evolução ignorada. Logo, os dados evidenciaram que tanto o profissional quanto o gestor costumam menosprezar esse tipo de acidente, entretanto, os materiais biológicos podem, ao longo do tempo, resultar em doenças e mortes no ambiente hospitalar. Desse modo, verifica-se que ainda existe despreparo entre os profissionais de saúde quanto aos acidentes, desconhecem os cuidados locais com o ferimento, o procedimento de notificação, o processo de acompanhamento pós-exposição (monitoramento sorológico) entre outros (OLIVEIRA et al., 2015).

O descarte de material perfuro cortante contemplado no **gráfico 4** evidencia que os 56 (100%) dos profissionais utilizam o descartex como local de destino dos referidos materiais e nenhum afirmou desprezar em lixo comum, conduta essa preconizada pelas instituições de saúde.

**Gráfico 4 - Distribuição referente ao descarte do material perfuro cortante, Campina Grande – Paraíba, 2015.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

De acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os materiais perfuro cortantes devem ser descartados separadamente, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, considerando os parâmetros referenciados na norma NBR 13853/97 da ABNT, sendo proibido o esvaziamento desses recipientes para o reaproveitamento. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou realizar a sua remoção manualmente (BRASIL, 2004).

A Norma Regulamentadora NR 32 determina que, os recipientes para o acondicionamento dos materiais perfuro cortantes devem ser mantidos em locais exclusivos e em altura que possibilite a visualização da abertura para descarte, além de que o limite máximo de enchimento deve estar localizado 5 cm abaixo da abertura (BRASIL, 2005).

Comparando os dados da pesquisa em tela, Lima et al. (2015a) afirmam que o descarte de material perfuro cortante foi realizado corretamente pelos 100% dos profissionais, isto evidencia que há responsabilidade por parte dos profissionais entrevistados, pois eles não se preocupam unicamente com sua saúde, mas também com a dos outros profissionais da instituição, que manipulam os recipientes de descarte.

O dados referentes ao descarte de materiais perfuro cortante em recipientes adequados na pesquisa de corte transversal realizada por Pereira et al. (2013), realizada com 178 profissionais da equipe de enfermagem em uma UTI de um hospital público universitário do interior paulista, revelaram que 97,8% dos profissionais realizam essa prática sempre, 1,7%

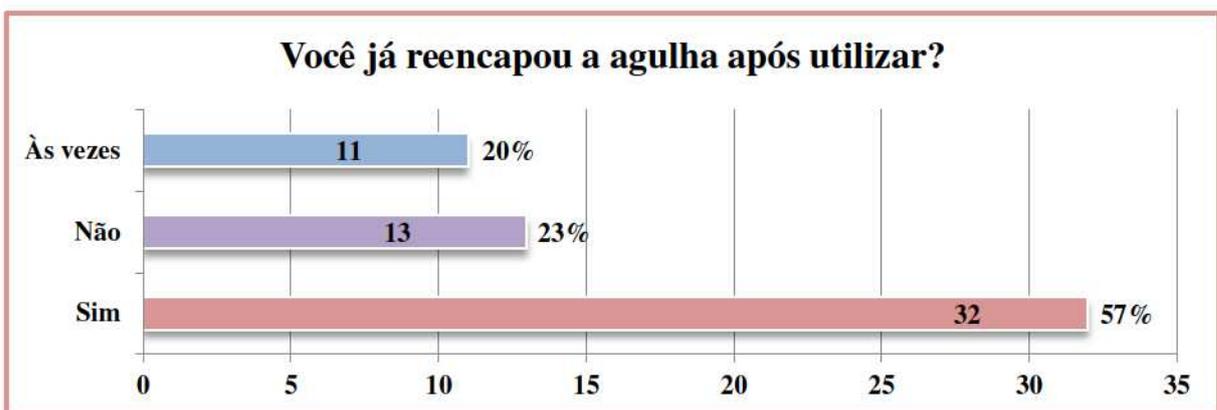
muitas vezes, 0,6% às vezes, ou seja, nem todos os profissionais descartam da maneira correta.

Por fim em, um estudo desenvolvido no Hospital Universitário de Maceió – AL, com 45 profissionais da enfermagem, revelou que o hábito de descarte de materiais perfuro cortantes em caixas padronizadas foi referido por 37 (82,2%) profissionais, enquanto 8 (17,8%) relataram que o descarte ocorreu em recipientes não próprios para essa finalidade (VERÇOSA; MONTEIRO; FERREIRA, 2014).

Confrontando os achados da pesquisa em tela, no qual todos os profissionais referiram descartar os materiais perfuro cortantes de maneira correta, após a comparação com a literatura atual, percebe-se que alguns profissionais ainda perpetuam comportamentos errôneos, o que pode resultar em agravos à saúde desses, dos pacientes ou até mesmo da equipe multiprofissional.

Dentre as respostas para a prática de reencape as agulhas após o uso, dispostas no **gráfico 5** percebe-se que: 32 (57%) dos participantes afirmaram que já reencaparam, 13 (23%) não realizaram tal ação e 11 (20%) afirmaram que já aconteceu algumas vezes.

**Gráfico 5 - Distribuição referente ao reencape de agulhas após o uso, Campina Grande – Paraíba, 2015.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A Portaria nº 1.748 de 30 de agosto de 2011 assegura que os profissionais que utilizarem objetos perfuro cortantes devem ser responsáveis pelo seu descarte, sendo vedado o reencape e a desconexão manual de agulhas (BRASIL, 2005). Atualmente, segundo o Ministério da Saúde deve ser assegurado o uso de materiais perfuro cortantes com dispositivo de segurança (BRASIL, 2011).

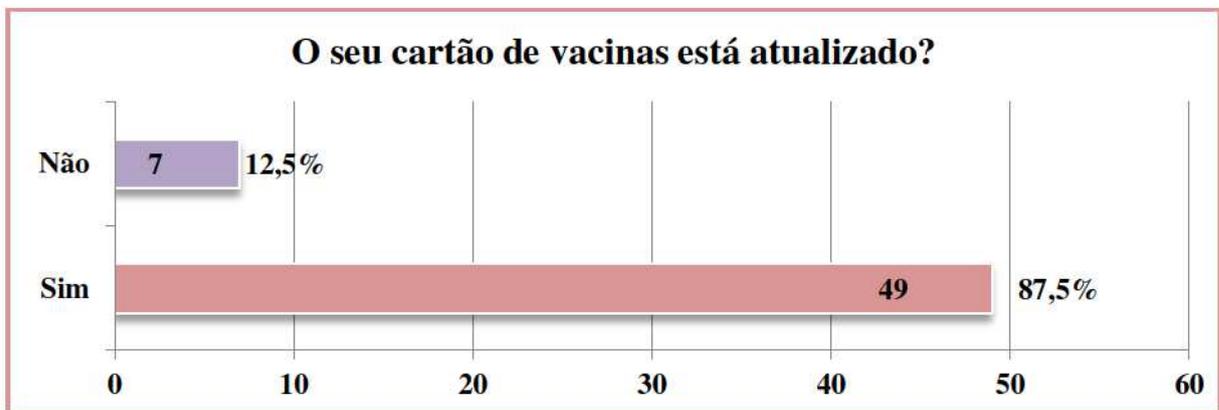
No que concerne o reencape de agulhas após o uso, a pesquisa de Pereira et al. (2013) evidenciou que dos 178 profissionais de enfermagem da UTI negaram realizar essa prática totalizando 53,4%, enquanto 18,5% relatou raramente, 17,4% às vezes, 6,2% muitas vezes e 4,5% alegou realizar a conduta sempre.

Quanto ao hábito de reencapar, entortar ou desconectar as agulhas das seringas após o uso a pesquisa de Lima et al. (2015a) evidenciou que 21 (60%) realizam tal conduta, enquanto 14 (40%) afirmam que não.

Comparando os resultados obtidos com a literatura atual percebe-se que a prática de reencape das agulhas ainda é uma postura adotada pelos profissionais o que aponta que a maioria não adota as medidas preventivas, ocasionando, assim a ocorrência de acidentes laborais.

O gráfico 6 representa o percentual sobre a atualização do cartão de vacina dos profissionais no qual 49 (87,5%) afirmaram estar com o cartão atualizado e 7 (12,5%) não estão.

**Gráfico 6 - Distribuição referente ao cartão de vacinas do profissional, Campina Grande – Paraíba, 2015.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Conforme a NR 32, todo profissional dos serviços de saúde devem receber, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), além de, sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os profissionais estão, ou poderão estar expostos, o empregador deverá ofertá-las gratuitamente (BRASIL, 2005).

Dentre as vacinas indicadas aos profissionais e que são ofertadas gratuitamente são: a vacina contra o vírus da hepatite B, a tríplice viral (contra o sarampo, caxumba e rubéola), a

dupla adulto (contra a difteria e o tétano), a antiamarfílica (contra a febre amarela), e a BCG (Bacilo Calmette Guérin, contra o bacilo de Koch), indicada para profissionais que tem contato com pacientes portadores de tuberculose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e para aqueles que apresentem o Purified Protein Derivative (PPD) negativo ou com reator fraco (SANTOS et al., 2010).

Levando em consideração o esquema vacinal, Verçosa, Monteiro e Ferreira, (2014) certificam em sua pesquisa que dos 18 profissionais que sofreram acidente, 14 (77,8%) relataram que a vacina para hepatite B está atualizada, 2 (11,1%) incompleta, e com o mesmo percentual 11,1% afirmam que não sabem, enquanto que em relação ao esquema para o tétano 17 (94,4%) o esquema encontra-se atualizado, nenhum afirmou estar incompleta, e 1 (5,6%) não sabe.

Os resultados apontam que ainda existem profissionais com o cartão de vacina incompleto, mesmo sendo esta uma conduta essencial para os profissionais da saúde, pois, assim, reduz a chance de contaminação. Portanto, os profissionais da área da saúde, em especial os da enfermagem em terapia intensiva, devem ter a consciência de atualizar cartão de vacina sempre que necessário, posto que, isso proporciona benefícios ao profissional e, além disso, as vacinas são de fácil acesso e estão disponíveis gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

### 5.3 Medidas de biossegurança

A **tabela 8** apresenta os dados referentes à frequência que os participantes recebem capacitação sobre medidas de biossegurança, no qual em maior percentual 34 (61%) destacaram que nunca receberam capacitação, 20 (36%) afirmaram que ocorre quando há algum protocolo novo, 2 (3%) anualmente e nenhum alegou receber atualização semestral.

A **tabela** ainda expõe os dados referentes à frequência que os profissionais realizam a HM, 32 (57,1%) afirmaram realizar antes e depois de qualquer contato com o paciente, antes e depois de executar qualquer procedimento no paciente, 15 (26,8%) antes e depois de qualquer contato com o paciente, 6 (10,7%) antes de qualquer contato com o paciente, e com o percentual igual 1 (1,8%) afirmou que (antes e depois de executar qualquer procedimento no paciente), (antes de executar qualquer procedimento no paciente) e (antes e depois de qualquer contato com o paciente; antes e depois de executar qualquer procedimento no paciente e quando percebo que minha mão está visivelmente suja).

**Tabela 8 - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre a capacitação das medidas de biossegurança, qual a frequência e o que utiliza para realizar a higiene das mãos, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Com que frequência você recebe capacitação sobre medidas de biossegurança?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nunca	34	61
Quando há algum protocolo novo	20	36
Anual	02	3
<b>Com que frequência você realiza a higiene das mãos?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Antes e depois de qualquer contato com o paciente; antes e depois de executar qualquer procedimento no paciente	32	57,1
Antes e depois de qualquer contato com o paciente	15	26,8
Antes de qualquer contato com o paciente	06	10,7
Antes e depois de executar qualquer procedimento no paciente	01	1,8
Antes de executar qualquer procedimento no paciente	01	1,8
Antes e depois de qualquer contato com o paciente; antes e depois de executar qualquer procedimento no paciente e quando percebo que minha mão está visivelmente suja	01	1,8
<b>O que você utiliza para realizar a higiene das mãos?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Água e sabão líquido	24	42,9
Água e sabão líquido; álcool a 70%	11	19,6
Água e solução degermante	05	8,9
Água e sabão líquido; Água e solução degermante; álcool a 70%	05	8,9
Água e solução degermante; álcool a 70%	04	7,1
Água e sabão líquido; Água e solução degermante	03	5,4
Água e sabão líquido; álcool em gel	03	5,4
Água e solução degermante; álcool em gel	01	1,8

**Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.**

A educação permanente é considerada o conjunto de conhecimentos subsequentes à formação inicial, que permitem ao profissional conservar, expandir ou aperfeiçoar sua competência, a fim de que seja compatível com a execução de sua competência. Também é entendida como um conjunto de práticas educativas contínuas, designadas a ampliação das

potencialidades, para que ocorra mudança de condutas e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação de sua prática (OLIVEIRA et al., 2011; VIANA et al., 2014).

Comparando os dados da literatura, a pesquisa de Lima et al. (2015a) destaca que a realização de capacitação por parte da instituição aos profissionais de enfermagem nos últimos quatro anos foi de que 23% realizaram treinamento, enquanto que 77% não realizaram.

A capacitação é preconizada, a fim de que o empregador assegure aos profissionais antes de iniciar as atividades laborais e de forma continuada. Acredita-se que, com tal conduta, os profissionais estarão em condições adequadas para oferecer uma assistência de qualidade, com minimização de danos para si e para o paciente que recebe os cuidados (CASTRO; MORAES, 2013).

Deste modo os autores supracitados reforçam que, é necessário que tanto os gestores quanto a coordenação de enfermagem proporcionem condições básicas e indispensáveis para a execução dessas atribuições, com disponibilidade, compatibilidade de horários e adoção de mecanismos estratégicos que estimule a participação dos profissionais envolvidos com a educação continuada.

A pesquisa de Viana et al., (2014) desenvolvida com os enfermeiros que atuam em terapia intensiva revelou que, a ausência de programas de capacitação em serviço específicos para os profissionais deste setor foi apontada, juntamente com a ausência de tempo para a qualificação fora da assistência. Sabe-se que para que os programas de capacitação possam ser executados de modo eficiente, são necessários também a disponibilidade de recursos humanos, materiais, financeiros e físicos. É indispensável ainda, que a instituição proporcione mínimas condições de trabalho, para que, os profissionais envolvidos desenvolvam suas atividades de modo eficiente e contínuo.

De acordo com Dutra et al. (2015) o enfermeiro, mesmo não compondo a equipe da CCIH, é considerado componente fundamental para disseminar o conhecimento sobre as ações de vigilância das infecções hospitalares (IH), e atua como multiplicador das ações preventivas. Tal conduta é facilitada pela criação de protocolos de prevenção e controle fixados em pontos estratégicos, permitindo que a equipe sempre esteja em contato com as fontes, reforçando a necessidade de comportamento apropriado para reduzir os riscos e ocorrência das IHS (DUTRA et al., 2015).

Essas atitudes propostas pelos autores supracitados favorecem uma assistência com menos riscos e danos aos pacientes e a equipe que, por vezes, sofre as consequências de atos

inadequados, como a exposição a material biológico, muitas vezes atribuído ao não uso dos EPIs. Acredita-se que a educação continuada, por meio da discussão e reflexão, é a melhor maneira a mudança de comportamento dos profissionais, possibilitando a redução das IHS e oferecendo um cuidado qualificado.

Diante do exposto, a garantia de um serviço hospitalar de qualidade não compreende apenas a disposição de equipamentos de qualidade, quadro de profissionais suficiente e área física adequada, os profissionais que atuam na terapia intensiva precisam de capacitação periódica, visto que a garantia do conhecimento técnico-científico causa impacto direto na qualidade do cuidado prestado ao pacientes hospitalizados nestes setores de maior complexidade, além de garantir aos profissionais a valorização profissional.

No que concerne à prática da Higiene das Mãos (HM) a literatura refere que: as mãos são partes do corpo utilizadas no contato direto com os pacientes, constituindo o principal meio de propagação de microrganismos. Desse modo, não realizar a Higiene das Mãos (HM) adequadamente compromete a qualidade e segurança da assistência prestada. A fim de romper essa cadeia de transmissão é imprescindível a adoção de regras básicas de higiene no ambiente hospitalar, sendo a HM a que causa maior impacto. Destarte, recomendações para realizar a HM: antes e depois do contato com o paciente, antes da execução de procedimentos assépticos, após a exposição a fluidos corporais, e após o contato com superfícies próximas ao paciente. A frequência da HM não é suficiente para restringir a disseminação de patógenos, é necessário também o desempenho adequado da técnica (SANTOS et al., 2014).

O protocolo para a prática de Higiene das Mãos (HM) em serviços de saúde da ANVISA determina que, as mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e indispensáveis, conforme o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção das IRAS causadas a partir da transmissão cruzada pelas mãos, considerando “Os cinco momentos para a higiene das mãos” são: antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento limpo/asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, antes e depois do contato com o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente (BRASIL, 2013a).

Corroborando os dados da pesquisa com a literatura atual, um estudo quantitativo realizado com dados secundários obtidos do banco de dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital escola da região Centro-oeste, e como respostas acerca da HM obteve-se que, a distribuição da frequência de não adesão à HM apresentada pelos profissionais da área de saúde segundo as situações que são recomendadas: antes de realizar procedimentos não invasivos com o paciente 228 (24%), após procedimento não invasivo com o paciente 132 (13,9%), após contato com matéria orgânica 03 (0,3%), antes de colocar

luvas 168 (17,7%), depois de retirar as luvas 79 (8,3%), entre procedimentos com o mesmo paciente 64 (6,7%), antes de preparar medicação 32 (3,4%), antes de procedimento invasivo 85 (8,9%), após procedimentos invasivos 52 (5,5%), entre contato com diferentes pacientes 108 (11,4%) (PRIMO et al., 2010).

Ainda confrontando os dados com a literatura, uma pesquisa transversal sobre o uso dos EPIs na UTI do hospital de emergência em Fortaleza - CE, com 45 profissionais de enfermagem no qual evidenciou que, ao questioná-los sobre a frequência em que realiza a HM, 35 (78%) afirmaram que realizavam a antisepsia antes de qualquer procedimento a ser executado e 10 (22%) apenas às vezes, alegando falta de tempo. A HM é considerada a ação isolada mais importante no controle de infecções, quando realizada na técnica correta, eliminam-se bactérias transitórias e algumas residentes, células mortas, sujidades e oleosidade da pele. Todavia, a baixa adesão pelos profissionais de saúde a essa técnica é, ainda, um fato comum e que tem sido objeto de estudo em diversas partes do mundo (SOUZA et al., 2011).

Os autores Vieira et al. (2013) afirmam que a HM é universalmente considerada como a conduta mais eficaz e menos onerosa para a prevenção das IRAS. Representa uma medida que antecede e sucede a execução de qualquer procedimento na assistência à saúde. O uso correto das luvas não substitui a necessidade de higienizar as mãos, uma vez que elas protegem o profissional, diminuindo a incidência de contaminação das mãos com material infectado. Destarte, deverão ser higienizadas após o uso das luvas, caso isto não aconteça, ocorrerá uma ampla propagação de microrganismos.

Assim, os gestores devem ofertar capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, com base na abordagem dos “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”, monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, dispor lembretes no local de trabalho para alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância, indicações e procedimentos adequados para realizá-la, proporcionar um ambiente que promova a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente e no aperfeiçoamento da higienização das mãos (BRASIL, 2013a).

Apesar de ser um tema, constantemente, estudado e abordado por parte das CCIHs nos diversos serviços de saúde, a HM continua sendo um procedimento negligenciado por muitos profissionais. Tal conduta representa uma realidade que requer uma maior abordagem nas instituições de saúde, em especial na terapia intensiva, visto que, a falta de informação dos profissionais em relação à adequada higienização reduz, expressivamente, a eficácia e a adesão a este método imprescindível para prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde.

A **tabela 8** ainda contempla as respostas dos profissionais referente ao que eles utilizam para realizar a HM, no qual em maior percentual foi relatado a utilização de (água e sabão líquido) por 24 (42,9%) dos participantes, seguido de 11 (19,6%) que usam (água e sabão líquido e álcool a 70%), 5 (8,9%) (água e solução degermante) e com o mesmo percentual 8,9% (água e sabão líquido, água e solução degermante e álcool a 70%), 4 (7,1%) destacam o uso de (água e solução degermante e álcool a 70%), 3 (5,4%) preferem (água e sabão líquido, água e solução degermante) e com o mesmo quantitativo 5,4% (água e sabão líquido e álcool em gel), por fim, apenas 1 (1,8%) utiliza (água e solução degermante e álcool em gel).

Confrontando os dados obtidos com a literatura, o estudo epidemiológico transversal realizado com 374 profissionais de saúde, no qual foram observadas as condutas de HM obteve-se que, os produtos utilizados foram: o álcool a 70% (por 53,4%), a clorexidina, o Polivinil Pirrolidona Iodo (PVP-I) por (7,9%), sabão ou sabonete líquido com anti-séptico (por 22,1%) e outros produtos por 16,5% dos profissionais (LOCKS et al., 2011).

Comparando os dados de outra pesquisa desenvolvida por Coelho, Silva e Faria (2011) envolvendo 50 profissionais de enfermagem do Hospital Universitário Antônio Pedro em Niterói, no qual os dados revelaram que os produtos utilizados para a HM, houve grande prevalência no uso de água e sabão, sendo esta citada por 92%, em seguida 44% afirmaram a adesão ao álcool em gel, apenas 4% dos profissionais mencionaram a solução degermante, além disso, 4% não responderam o que usam para realizar tal conduta.

Os autores Primo et al. (2010) evidenciaram que a distribuição da frequência de problemas apresentados pelos profissionais da área de saúde na execução da técnica de HM foi que 81 (22,2%) não usou sabão, 123 (33,7%) não higienizou todas as partes das mãos, 48 (13,2%) não fechou a torneira com papel toalha, 105 (28,8%) não higienizou todas as partes das mãos e não fechou a torneira com papel toalha, e por fim 08 (2,2%) não usou sabão, não higienizou todas as partes das mãos e não fechou a torneira com papel toalha.

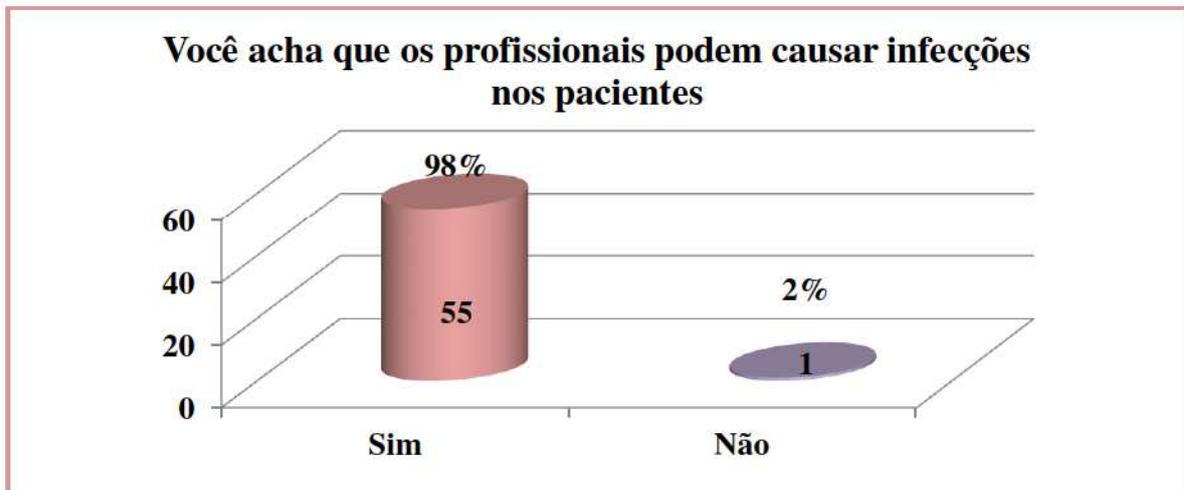
De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº 42, de setembro de 2010, a preparação alcoólica para HM nas formas de gel, espuma e outras deve conter uma concentração final mínima de 70% com atividade antimicrobiana comprovada, enquanto a preparação alcoólica sob a forma líquida deve conter álcool com concentração final entre 60% a 80%. Portanto, pode-se inferir que o álcool a 70% em qualquer formulação pode ser utilizado para HM, visto que contém a concentração recomendada para garantir a sua eficácia (BRASIL, 2010b).

As indicações para higiene das mãos com água e sabão líquido, conforme o protocolo para a prática de HM que considera: quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais, após o uso do banheiro, em todas as outras situações nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica. A higiene das mãos com preparação alcoólica deve-se proceder quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, antes e depois do contato com o paciente e após remover luvas, antes da manipulação de medicação ou preparação de alimentos (BRASIL, 2013a).

Os dados da pesquisa comparados com a literatura atual revelaram que os profissionais ainda negligenciam a HM, realizam de maneira inadequada, não executam na proporção em que prestam a assistência aos pacientes ou até mesmo não utilizam as soluções recomendadas para essa finalidade. Diante das dificuldades evidenciadas, faz-se necessário que os gestores juntamente com a CCIH realizem capacitações ou a criação de protocolos institucionais, a fim de sensibilizar os profissionais para realizar a HM adequadamente e em momentos recomendados, conforme com o manual ANVISA preconiza.

O **gráfico 7** revela que 55 (98%) dos participantes da pesquisa consideram que os profissionais podem provocar infecções nos pacientes, enquanto apenas 1 (2%) teve opinião contrária e nenhum dos profissionais alegou não saber, conforme o questionamento do instrumento.

**Gráfico 7 - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre as infecções nos pacientes, Campina Grande – Paraíba, 2015.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Apesar da assistência apresentar benefícios, prevenção e monitoramento de eventos adversos, pode também, elevar o risco de IHS, visto que, o contato frequente dos profissionais

de saúde é considerado uma via importante de propagação de microorganismos entre pacientes, no qual a maioria das infecções nosocomiais ou infecções relacionadas à assistência a saúde são adquiridas após o contato com as mãos contaminadas dos profissionais (LIMA et al., 2015b).

O impacto de uma IRAS na evolução clínica do paciente foi descrito na **tabela 9** por 27 (48%) dos profissionais que consideraram muito alto, 23 (41%) relatam ser alto, 5 (9%) baixo e apenas 1 (2%) afirma ser muito baixo. Portanto, a percepção acerca das IRAS é entendida pelos profissionais de maneira distinta o que pode refletir diretamente na assistência.

**Tabela 9 - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre o impacto de uma infecção relacionada à assistência a saúde, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Qual é o impacto de uma infecção relacionada à assistência a saúde na evolução clínica do paciente?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muito alto	27	48
Alto	23	41
Baixo	5	9
Muito baixo	1	2
<b>Quais dessas ações você considera imprescindíveis para a prevenção da infecção relacionada à assistência a saúde?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Todas (higiene das mãos, o uso de EPI, orientações aos familiares, utilização de artigos estéreis ou descartáveis e realizar técnica asséptica durante os procedimentos)	39	70
Higiene das mãos	15	27
Higiene das mãos e realizar técnica asséptica durante os procedimentos	2	3
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Além de gerar altos custos financeiros, as IRAS também provocam impactos sociais, indiretos e imensuráveis relacionados à qualidade de vida do paciente (dor, sofrimento, doença, morte prematura), podendo ser evitados através das medidas preventivas e de controle das infecções (BARBOSA, 2010).

Os pacientes admitidos nas UTIs apresentam um maior risco de adquirir IHS devido à submissão aos inúmeros procedimentos invasivos, a internações prolongadas, cirurgias complexas, administração de drogas imunossupressoras e uso de antimicrobianos de amplo espectro, presença de doenças prévias e as interações com a equipe multiprofissional, familiares e os fômites (LIMA et al., 2015b).

As ações consideradas imprescindíveis para a prevenção de IRAS também dispostas na **tabela 9** foram: 39 (70%) avaliam que deve ser cumprido (a HM, o uso de EPI, orientações aos familiares, utilização de artigos estéreis ou descartáveis e realizar técnica asséptica durante os procedimentos), 15 (27%) afirmam que apenas a HM e 2 (3%) relata a HM e realizar técnica asséptica durante os procedimentos.

De acordo com a ANVISA, a prevenção e o controle das IRAS são condutas essenciais para garantir a segurança do paciente. A redução dos riscos de IRAS consideradas evitáveis requer uma mudança de cultura, no modo e abordagem da assistência prestada aos pacientes, e para que ocorram estas mudanças faz-se necessário compreender quais são os fatores que elevam os riscos do paciente adquirir a infecção e como as melhorias na estrutura, organização e nas práticas assistenciais podem diminuir esta ameaça e aumentar a segurança do paciente (BRASIL, 2013b).

Enquanto, no estudo de Lorenzini, Costa e Silva (2013) realizado com a equipe de enfermagem do Hospital Universitário foi evidenciado que os profissionais acreditam que a HM é a principal conduta para prevenir e controlar as IRAS, bem como a orientação aos familiares quanto à manipulação dos pacientes, foi também mencionado como fator importante que contribui para a prevenção das IRAS.

Dentre as medidas fundamentais para prevenção das infecções, faz-se necessário garantir que os profissionais usem materiais esterilizados durante a execução dos procedimentos com os pacientes, atentando para a sua consequente manutenção durante o armazenamento e a manipulação (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Apesar da existência de algumas ações, ainda existe a falta de informações qualificadas a respeito das IRAS para os pacientes e seus familiares (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014). Além disso, os pacientes estão cada vez mais expostos às infecções, em decorrência do agravamento no quadro clínico e pela diversidade de procedimentos invasivos constantemente realizados, por vezes com técnicas e materiais inadequados, bem como a propagação das infecções por bactérias multirresistentes (SOUZA et al., 2015).

Diante dos dados obtidos na pesquisa e na literatura atual, conclui-se que: os impactos das infecções são considerados muito alto, pois, provocam danos não só para o paciente, mas

também aos familiares, bem como para a instituição, de modo que aumentam os custos com medicamentos e ocupa um leito que poderia ser destinado para outro paciente. Em relação às ações destinadas a prevenção das IRAS as condutas de higiene das mãos, o uso de EPIs, orientações aos familiares, utilização de artigos estéreis ou descartáveis, realizar técnica asséptica durante os procedimentos foram consideradas importantes para garantir a prevenção adequada.

**Tabela 10 - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre a relação da presença dos familiares no setor e as infecções, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Você acha que os familiares podem trazer infecções para os pacientes na UTI?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	56	100
Não	0	0
<b>Quais orientações você fornece aos familiares antes de entrar na Unidade de Terapia Intensiva?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Realizar higiene das mãos e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar	12	21,4
Realizar higiene das mãos; não sentar no leito e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar	11	19,6
Realizar higiene das mãos; estar com roupas limpas; não sentar no leito; não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar e não beijar o paciente	07	12,5
Realizar higiene das mãos; usar EPI; estar com roupas limpas; não sentar no leito e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar	06	10,7
Todas: Realizar higiene das mãos; usar EPI; estar com roupas limpas; não sentar no leito; não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar e não beijar o paciente	06	10,7
Realizar higiene das mãos; usar EPI; não sentar no leito e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar	05	9
Realizar higiene das mãos; usar EPI; e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar	04	7,1
Realizar higiene das mãos; não sentar no leito; não chegar perto de outros	02	3,6

pacientes que não seja o seu familiar e não beijar o paciente		
Realizar higiene das mãos e usar EPI;	02	3,6
Realizar higiene das mãos; estar com roupas limpas; não sentar no leito e não beijar o paciente	01	1,8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Em relação à presença dos familiares no setor e as infecções os 56 profissionais em sua totalidade afirmaram que esses podem trazer infecções para os pacientes. O controle das infecções precisa ser realizado através do domínio no fluxo de pessoas que frequentam a UTI, pois visitantes, familiares e demais profissionais provenientes de outros setores da instituição podem se constituir em potenciais fontes de transmissão de microorganismos (STUBE et al., 2013).

As orientações direcionadas aos familiares antes de entrar na UTI apresentou uma multiplicidade de abordagens à temática dentre elas destacam-se: 12 (21,4%) orientam a (realizar higiene das mãos e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar), 11 (19,6%) (realizar higiene das mãos; não sentar no leito e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar), 7 (12,5%) consideram que deve (realizar higiene das mãos; estar com roupas limpas; não sentar no leito; não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar e não beijar o paciente), em igual percentual 6 (10,7%) norteiam a (realizar higiene das mãos; usar EPI; estar com roupas limpas; não sentar no leito e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar) e (realizar higiene das mãos; usar EPI; estar com roupas limpas; não sentar no leito; não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar e não beijar o paciente), 5 (9%) afirma que deve-se (realizar higiene das mãos; usar EPI; não sentar no leito e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar), 4 (7,1%) (realizar higiene das mãos; usar EPI; e não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar) com percentual igual também obteve-se que 2 (3,6%) precisa (realizar higiene das mãos; não sentar no leito; não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar e não beijar o paciente) e (realizar higiene das mãos e usar EPI), por fim, apenas 1 (1,8%) afirmou que orienta (realizar higiene das mãos; estar com roupas limpas; não sentar no leito e não beijar o paciente).

Deve ser assegurado, por todos os profissionais que atuam na UTI o fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta. A equipe da UTI deve

orientar os visitantes e acompanhantes quanto às ações que visam à prevenção e o controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH, ou seja, estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais e visitantes (BRASIL, 2010c).

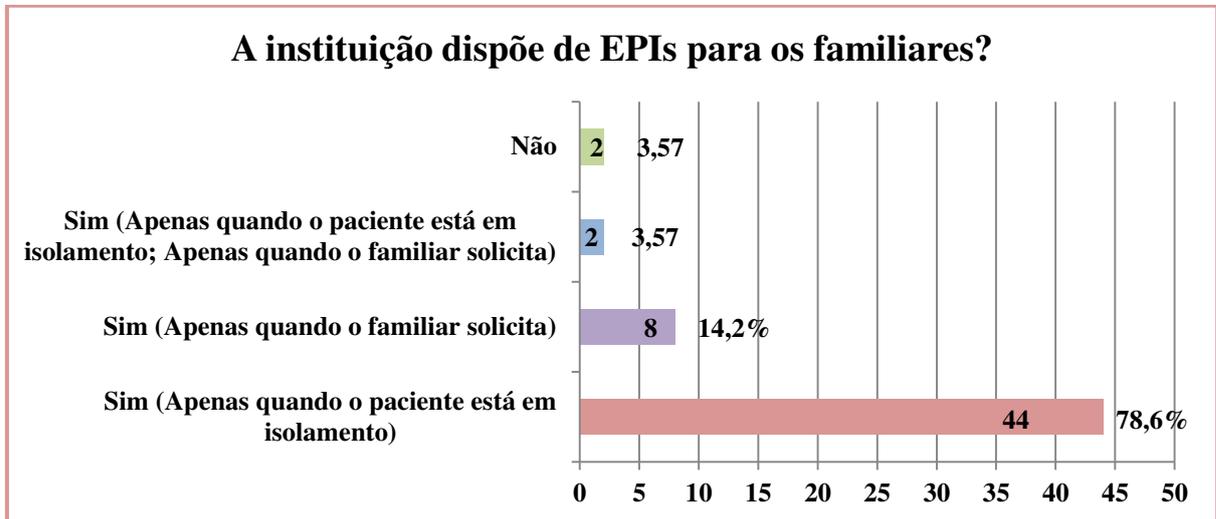
A pesquisa de Castro e Moraes (2013) explica que, o planejamento das ações minimiza a exposição do profissional ao risco biológico, uma vez que, através de práticas como: “cuidar de um paciente sem ter contato com outro e também com o acompanhante, não deixar o acompanhante chegar perto de outro paciente” pode-se evitar a infecção cruzada, que ocorre pela transferência de microrganismos de um paciente para outro. Por fim, 2 profissionais (13,3%) referiram a importância de prover “Orientações à equipe e aos pacientes”, percebe-se que, além da orientação da equipe voltada aos pacientes e acompanhantes, há também a necessidade de orientar a própria equipe, por meio de capacitações, para ampliar o conhecimento e a reflexão sobre as condutas preventivas relacionadas com a segurança no ambiente laboral.

Os enfermeiros também devem atentar para a importância de fornecer orientações aos familiares durante o período de internação hospitalar sobre as medidas de prevenção de infecções cruzada, tendo em vista que os pacientes estão fragilizados e podem adquirir infecções através das mãos contaminadas de seus próprios parentes (ALBUQUERQUE et al., 2013).

As recomendações do estudo de Stube et al. (2013) foram que, antes de entrar na UTI os familiares são orientados a realizar a lavagem das mãos, utilizar o álcool em gel, além do uso de EPIs e ainda evitar o uso de objetos durante a visita como condutas que contribuem na redução de infecções.

As respostas dos participantes sobre os EPIs disponíveis no setor para os familiares, dispostas no **gráfico 8**, revelaram que: 44 (78,6%) afirmaram estar disponíveis apenas para quando o paciente está em isolamento, 8 (14,2%) alegaram que estão disponíveis apenas quando o familiar solicita, 2 (3,57%) asseguram que estão disponíveis apenas para quando o paciente está em isolamento e quando o familiar solicita, por fim com o mesmo percentual 3,57% afirmam que não estão a disposição.

**Gráfico 8 - Distribuição das respostas dos participantes (n=56) sobre os equipamentos de proteção individual disponíveis no setor para os familiares, Campina Grande – Paraíba, 2015.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

De acordo com a resolução nº 7 do Ministério da Saúde a direção do hospital na qual a UTI está implantada deve garantir a segurança e a proteção dos pacientes, profissionais e visitantes, inclusive fornecendo equipamentos de proteção individual e coletiva (BRASIL, 2010c).

Não foram encontrados dados na literatura que abordassem a temática descrita anteriormente, porém percebe-se que apesar de estarem disponíveis no setor, os EPIs não são ofertados conforme preconizado, conduta essa que pode resultar na propagação de microorganismos dentro da UTI.

As variáveis sobre quais os Equipamentos de Proteção Individual estão disponíveis para os familiares, referente à **tabela 11**, também apresentaram número elevado com 30 (53,5%) profissionais que afirmaram está disponível (gorro, máscara, luva de procedimento e avental), 12 (21,4%) alegam ter (gorro, máscara e luva de procedimento), com igual percentual (gorro e máscara), (máscara, luva de procedimento e avental), (apenas a máscara) e (gorro, óculos facial, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, propés e avental) 2 (3,5%) asseguram que estão a disposição (gorro, máscara, máscara N95, luva de procedimento e avental).

Embora não tenham sido evidenciados dados semelhantes em outras pesquisas, conclui-se que, apesar de estarem disponíveis no setor, os EPIs não são ofertados pelos profissionais para o uso diário durante as visitas dos familiares.

**Tabela 11 - Distribuição das variáveis sobre quais os equipamentos de proteção individual estão disponíveis para os familiares, Campina Grande – Paraíba, 2015.**

<b>Quais dos equipamentos de proteção individual estão disponíveis para os familiares?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gorro, máscara, luva de procedimento e avental	30	53,5
Gorro, máscara e luva de procedimento	12	21,4
Gorro e máscara	03	5,4
Máscara, luva de procedimento e avental	03	5,4
Máscara	03	5,4
Todos (Gorro, óculos facial, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, propés e avental)	03	5,4
Gorro, máscara, máscara N95, luva de procedimento e avental	02	3,5
<b>Quais as maiores dificuldades que você encontra para prevenção das infecções relacionadas à assistência a saúde entre profissionais e pacientes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sistema imunológico comprometido e Micro-organismos multirresistentes aos antibióticos	15	27
Baixa adesão aos EPIs pelos profissionais; sistema imunológico comprometido e Micro-organismos multirresistentes aos antibióticos	14	25
Baixa adesão aos EPIs pelos profissionais e manipulação de vários pacientes sem realizar a higiene das mãos	12	21
Baixa adesão aos EPIs pelos profissionais; sistema imunológico comprometido; micro-organismos multirresistentes aos antibióticos e manipulação de vários pacientes sem realizar a higiene das mãos	10	18
Sistema imunológico comprometido; micro-organismos multirresistentes aos antibióticos e contato com os familiares	04	7
Todos (Baixa adesão aos EPIs pelos profissionais; sistema imunológico comprometido; contato com os familiares; micro-organismos multirresistentes aos antibióticos e manipulação de vários pacientes sem realizar a higiene das mãos)	01	2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Ainda conforme a **tabela 11**, as maiores dificuldades que os profissionais destacaram para prevenir as Infecções relacionadas à assistência a saúde entre profissionais e pacientes são: 15 (27%) consideram o (sistema imunológico comprometido e micro-organismos multirresistentes aos antibióticos), 14 (25%) refere a (baixa adesão aos EPIs pelos profissionais; sistema imunológico comprometido e micro-organismos multirresistentes aos antibióticos), 12 (21%) afirma a (baixa adesão aos EPIs pelos profissionais e manipulação de vários pacientes sem realizar a HM), 10 (18%) alega a (baixa adesão aos EPIs pelos profissionais; sistema imunológico comprometido; micro-organismos multirresistentes aos antibióticos e manipulação de vários pacientes sem realizar a HM), 4 (7%) assegura o (sistema imunológico comprometido; micro-organismos multirresistentes aos antibióticos e contato com os familiares) e apenas 1 (2%) considera todos (baixa adesão aos EPIs pelos profissionais; sistema imunológico comprometido; contato com os familiares; micro-organismos multirresistentes aos antibióticos e manipulação de vários pacientes sem realizar a HM).

Os pacientes que são admitidos nas UTIs são considerados mais graves, permanecem mais tempo hospitalizados, utilizando mais antimicrobianos, são constantemente manipulados por vários profissionais de saúde causando, conferindo maior exposição à pressão seletiva no ambiente hospitalar, assim como, favorecendo a colonização e com isso ao desenvolvimento da IRAS (OLIVEIRA et al., 2012).

Ao autores Lorenzini, Costa e Silva (2013) afirmam que, a execução da HM de forma imprópria, ou o não uso dos EPIs, são condutas que podem desencadear em infecções, além do uso de antimicrobianos de modo indiscriminado pode provocar vários prejuízos à saúde, visto que o uso excessivo é um fator predisponente para desencadear as IRAS. A superlotação nas unidades é comum em todo o país, o que gera grande impacto nas IRAS, pois afetam na qualidade da assistência, devido à manipulação de vários pacientes com patologias distintas.

Corroborando com essas afirmações, Padoveze e Fortaleza (2014) revelam que a ampliação de condições que acarretam à admissão de pacientes cada vez mais graves e com o sistema imunológico comprometido, somado à alta incidência de resistência antimicrobiana, atribui às IRAS grande preocupação para os serviços de saúde, em especial os setores de terapia intensiva. Além de que, os altos custos, os recursos de materiais e profissionais especializados limitados, são considerados dificuldades relevantes para o controle das IRAS.

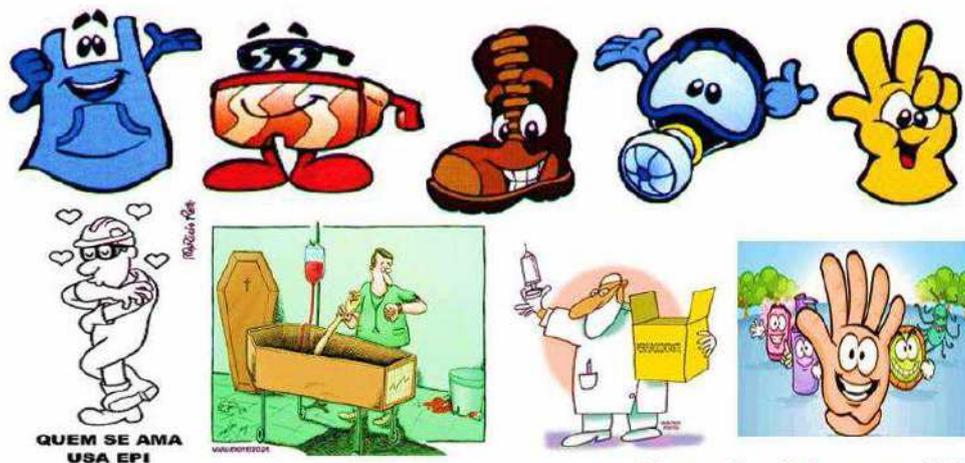
Em estudo descritivo, com abordagem qualitativa realizado com 18 enfermeiros das UTIs Adulto, Neonatal/Pediátrica e Coronariana de uma instituição hospitalar do Noroeste do

Estado do Rio Grande do Sul revelou que, os enfermeiros relacionam as infecções hospitalares às transmissões cruzadas, as quais acontecem entre pacientes, profissionais da equipe, familiares e demais visitantes, além de relacionar-se aos numerosos procedimentos invasivos e à quebra das barreiras de proteção (STUBE et al., 2013).

Diante das dificuldades referidas na pesquisa e comparadas à luz da literatura percebe-se que apesar de perpetuarem condutas inadequadas durante a assistência aos pacientes, os profissionais reconhecem as fragilidades, contudo faz-se necessário que os gestores juntamente com a CCIH promovam programas de capacitação frequente e supervisão nos setores a fim de garantir uma assistência de qualidade, livre de danos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação à caracterização da população dessa pesquisa podemos afirmar que 17 (30,3%) são enfermeiros e 13 (23,2%) técnicos de enfermagem atuando na UTI adulta, enquanto que na UTI pediátrica foram 5 (9%) enfermeiros e 21 (37,5%) técnicos de enfermagem, quantitativo esse que está de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em relação os requisitos mínimos para funcionamento das UTIs.

Dos 56 (100%) dos participantes 53 (95%) é do sexo feminino e 3 (5%) do sexo masculino, comparando os dados da pesquisa com a literatura atual foi possível identificar que a enfermagem ainda é uma profissão desempenhada em maior proporção por mulheres, o que caracteriza o perfil histórico da profissão.

A faixa etária dos participantes predominou em maior proporção de 31 a 40 anos (52%) e em menos quantidade 51 a 60 anos com (4%), 30 (53%) dos profissionais são casados, e 19 (34%) encontram-se solteiros. A pesquisa revelou que 33 (59%) dos profissionais possuem especialização, 19 (34%) apresentam capacitação. Em relação ao tempo de trabalho 15 (27%) possuem de 11 a 15 anos no setor, 10 (18%) apresentam de 01 a 11 meses e com o mesmo percentual estão os profissionais com 01 a 05 anos e 16 a 20 anos, 26 (46%) são plantonistas diurnos, 23 (41%) plantonistas noturnos e 07 (13%) são diaristas.

Diante dos dados percebe-se que os profissionais estão buscando cada vez mais aprimorar os conhecimentos, e que a maior parte da equipe é composta por profissionais experientes, visto que o tempo de exercício na função em terapia intensiva é relativamente alto, porém percebe-se que está em ascensão os profissionais que atuam há pouco tempo no setor.

A relação entre os EPIs disponíveis e aqueles utilizados durante os procedimentos revelaram que foram obtidas muitas variáveis, o que constitui uma postura diversificada dos profissionais quanto ao uso dos EPIs, pois apesar de 37 (66%) dos profissionais garantirem que todos os EPIs citados no instrumento (gorro, óculos, máscara, máscara N95, luva de procedimento, luva estéril, propés, avental descartável), estão disponíveis nas UTIs adulta e pediátrica, apenas 12 (21%) usam todos durante a assistência, conduta que pode gerar prejuízos para o paciente e para o próprio profissional.

A frequência revelada pelos profissionais para o uso dos EPIs foi de 43 (77%) que afirmaram sempre usar os EPI durante a assistência, e quanto àqueles usados durante todo o plantão o gorro e a máscara foram o que obtiveram maior score 32 (57%), enquanto os propés foram citados por apenas 7 profissionais. O não uso do EPI pode ser justificado a partir das

dificuldades elencadas pelos 14 (25%) profissionais que destacaram: o desconforto causado pelo EPI, esquecimento, achar que não há necessidade usar, a instituição não oferta todos os EPIs necessários, bem como ao esquecimento do profissional.

Os comportamentos mais referidos pelos participantes da pesquisa frente à ausência dos EPIs no setor foram proceder com a comunicação à coordenação, relatado por 45 profissionais e 30 alegaram solicitar em outro setor do hospital o que, por vezes, provoca dispêndio de energia, tempo, pode prejudicar ou atrasar os procedimentos, ou até mesmo levar o profissional a realizá-los mesmo estando em falta, conduta essa referida por 11 participantes.

Sobre a ocorrência dos acidentes de trabalho com material perfuro cortante, 33 (59%) dos profissionais entrevistados negaram tal acontecimento, e o restante 23 (41%) respondeu, afirmativamente, a essa questão, sendo a agulha o principal objeto responsável. Diante do acidente, a maioria desses participantes não realizou nenhuma conduta 13 (23,2%), 4 (7,1%) realizaram teste rápido no paciente, 2 (3,6%) notificaram na CCIH, receberam a terapia medicamentosa profilática e realizaram teste rápido no paciente, com mesmo percentual 1 profissional (1,8%) relatou ter notificado na CCIH e realizou teste rápido no paciente, revelando assim o risco que estão expostos diante desses comportamentos.

De acordo com as respostas dos participantes, o descarte do material perfuro cortante era realizado por todos de maneira correta, todavia na literatura ainda menciona que alguns profissionais perpetuam comportamentos errôneos. A prática de reencape as agulhas após o uso foi realizada por 32 (57%) dos participantes, enquanto, 13 (23%) não realizaram tal ação e 11 (20%) afirmaram que aconteceram algumas vezes, ações nas quais podem provocar agravos à saúde desses, dos pacientes ou até mesmo de toda a equipe.

As respostas quanto à atualização do cartão de vacina dos profissionais foram que 49 (87,5%) afirmaram estar com o cartão atualizado e 7 (12,5%) não estão, sendo assim, evidencia-se que apesar das vacinas estarem disponíveis gratuitamente, tanto na pesquisa quanto na literatura ainda há profissionais com o esquema de vacinas incompleto.

As variáveis referentes à capacitação dos profissionais revelaram que 34 (61%) nunca receberam e 20 (36%) mencionaram quando há um protocolo novo. A instituição, através dos gestores, deve oferecer além de condições de trabalho seguro, a oportunidade para reflexões, discussões, críticas e atualizações, pois apesar não prestar um cuidado direto ao paciente, eles fornecem subsídios para que a prática aconteça e são responsáveis pela assistência de qualidade no ambiente hospitalar.

A Higiene das Mãos (HM) foi relatada por 32 (57,1%) que é realizada antes e depois de qualquer contato com o paciente, antes e depois de executar qualquer procedimento no paciente, sendo essa prática realizada na maioria das vezes com água e sabão líquido, conforme as respostas dos profissionais. Os dados revelam que 55 (98%) afirmaram que os profissionais podem causar infecções nos pacientes e apenas 1 (2%) respondeu que não, e em relação ao impacto de uma Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (IRAS) 27 (48%) e 23 (41%) referiram ser muito alto e alto, respectivamente, o que reflete que a maioria dos profissionais se preocupa com as infecções, contudo ainda houve profissionais que consideraram baixo 5 (9%) e muito baixo 1 (2%), dados que podem relacionar-se com a propagação das IRAS.

As ações consideradas imprescindíveis para a prevenção das IRAS pelos profissionais foram relatadas pela maioria 39 (70%) no qual deve realizar a higiene das mãos, usar os EPIs, orientar os familiares, utilizar artigos estéreis ou descartáveis e realizar técnica asséptica durante os procedimentos. Levando em consideração o risco de infecção todos os profissionais afirmaram que os familiares podem provocar infecções, e, dentre as orientações que são fornecidas aos familiares antes de entrar na UTI apenas 6 (10,7%) relataram que elucidam todas: realizar higiene das mãos; usar EPI; estar com roupas limpas; não sentar no leito; não chegar perto de outros pacientes que não seja o seu familiar e não beijar o paciente, enquanto os outros profissionais apresentaram respostas diversificadas fragmentando as informações essenciais e podendo gerar ações inadequadas dos familiares no ambiente.

As situações que os EPIs estão disponíveis para os familiares são relatadas por 44 (78,6%) que estão à disposição apenas quando o paciente está em isolamento 2 (3,57%) afirmam que não estão disponíveis, dentre os que estão inclusos, 30 (53,5%) alegam que são o gorro, a máscara, a luva de procedimento e o avental.

Dentre as maiores dificuldades encontradas para prevenir as IRAS entre os profissionais e pacientes 15 (27%) consideram o sistema imunológico comprometido e os micro-organismos multirresistentes, enquanto apenas 1 (2%) considera todos que contemplavam o instrumento, ou seja a baixa adesão aos EPIs pelos profissionais; sistema imunológico comprometido; contato com os familiares; micro-organismos multirresistentes aos antibióticos e manipulação de vários pacientes sem realizar a higiene das mãos.

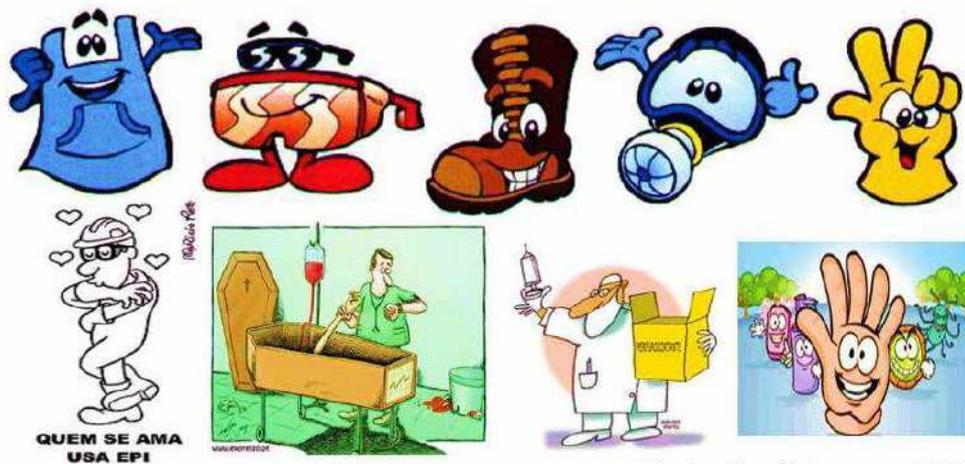
O estudo apresenta grande relevância para o crescimento e amadurecimento dos participantes da pesquisa, pois permite a reflexão das ações que cada profissional perpetua durante a assistência ao paciente, visto que, as condutas avaliadas na pesquisa, como inadequadas, podem ocasionar infecções nos pacientes gerando, assim, maior tempo de

internação e, conseqüentemente, sofrimento para os pacientes e familiares, elevação nos gastos hospitalares, ocupação de um leito que poderia ser utilizado por outro paciente que está precisando da vaga, bem como danos ao próprio profissional, que ao se contaminar poderá contrair alguma doença infectocontagiosa, e necessitará afastar-se do emprego ou ter que realizar quimioprofilaxia após a exposição biológica.

Diante dos dados faz-se necessário que a instituição promova capacitações regulares para os profissionais de enfermagem, e também realize ações de vigilância para que os enfermeiros e técnicos de enfermagem adotem as medidas de precaução padrão por meio de comportamentos adequados, durante a assistência ao paciente de terapia intensiva, e que concerne ao uso correto dos Equipamentos de proteção individual, na realização da higienização das mãos com a técnica correta, descartem os materiais perfuro cortante em locais adequados, e, assim, realizem uma assistência de qualidade livre de danos para o profissional, para os pacientes e a equipe multiprofissional que atuam nas unidades de terapia intensiva adulta e pediátrica.

## REFERÊNCIAS

---



Fonte: Google imagens, 2015.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. M. et al. Avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: conhecimento e prática. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 229-39, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4688/8417>. Acesso em 12 out. 2015.

ALBUQUERQUE, A. M. et al. Infecção cruzada no centro de terapia intensiva à luz da literatura. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 11, n. 1, p. 78-87, jun. 2013. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/INFEC%E2%94%9C%2587%E2%94%9C%2583O-CRUZADA-NO-CENTRO-.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

BARBOSA, L.R. **Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva neonatal**. 2010. 145f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-05102010-103307/pt-br.php>. Acesso em: 12 out. 2015.

BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200010&script=sci_arttext). Acesso em: 09 nov. 2014.

BRAND, C. I.; FONTANA, R. T. Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 78-84, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100078](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100078). Acesso em: 18 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. **Anexo 1: Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: [http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_higiene\\_das\\_maos.pdf](http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_higiene_das_maos.pdf). Acesso em: 29 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. **Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência a saúde. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2010b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042\\_25\\_10\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html). Acesso em: 29 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Expede na forma de anexos diretriz e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares: **Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998**. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8c6cac8047457a6886d6d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+2.616,+DE+12+DE+MAIO+DE+1998.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 03 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. NR 6 - **Equipamento de Proteção Individual (EPI) Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812DC56F8F012DCDAD35721F50/NR-06%20%28atualizada%29%202010.pdf> Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.012 de 1º de dezembro 2009**. Torna pública a proposta de Projeto de Resolução "Regulamento Técnico Mercosul para Produtos com Ação Antimicrobiana Utilizados em Artigos Críticos e Semicríticos, Áreas Críticas e Semicríticas e Esterilizantes" e dá outras providências, dez. 2009. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3012\\_01\\_12\\_2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3012_01_12_2009.html). Acesso em: 29 out. 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a norma regulamentadora nº 32 - Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2005. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/avalia/saude\\_do\\_trabalhador\\_portaria\\_485\\_aprova\\_NR32.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/avalia/saude_do_trabalhador_portaria_485_aprova_NR32.pdf). Acesso em: 20 ago. 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 1.748 de 30 de agosto de 2011**. Institui o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes e altera a Norma Regulamentadora nº 32, que trata da segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portaria-mte-1748-2011.htm>. Acesso em 29 set. 2015.

BRASIL, Ministério da saúde. **Resolução nº. 466/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do trabalhador protocolos de complexidade diferenciada: exposição a materiais biológicos**. Série A: Normas e Manuais Técnicos, Brasília (DF), 2006. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_expos\\_mat\\_biologicos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf). Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. **Classificação de risco dos agentes biológicos**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde, 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em

<http://www2.fcfar.unesp.br/Home/CIBio/ClassificRiscoBiologico.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html). Acesso em: 24 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 20 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 07 de Dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/legislacao/residuos/lei%20federal/RDC%20N%20306,%20DE%207%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202004.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução – **RDC nº 26, de 11 de maio de 2012**. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, 2012b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026\\_11\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html). Acesso em: 24 ago. 2015.

CÂMARA, P. F.; et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 583-586, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a13.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2014.

CAMARGO, T.B.; LACERDA, M.R.; SARQUIS, L.M.M. Cuidado de si e acidente com material biológico: Teoria Fundamentada nos Dados. **Online Braz J Nurs**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 37-43, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2797/617>. Acesso em: 28 ago. 2015.

CANALLI, R. T. C.; MORIYA, T. M.; HAYASHIDA, M. Acidentes com material biológico entre estudantes de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 259-264, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a16.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

CARVALHO, J.F.S.; CHAVES, L.D.P. Supervisão de enfermagem no uso de equipamento de proteção individual em um hospital geral. **Rev. Cogitare Enferm**, Paraná, v. 15, n. 3, p.

513-520, 2010. Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/18897>. Acesso em: 12 jan. 2015.

CASTRO, M. R.; MORAES, C. D. Conduas da equipe de enfermagem de um hospital universitário em frente à minimização da exposição aos riscos ocupacionais. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n. 2, p. 56-63, 2013. Disponível em:

<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5675/4122>. Acesso em: 28 set. 2015.

CHAGAS, M. C.S; et al. Risco ocupacional na emergência: uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por profissionais de enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 2, p. 337-344, 2013. Disponível em:

[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3549/pdf\\_2112](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3549/pdf_2112). Acesso em: 20 set. 2015.

CHAVAGLIA, S. R. R. et al. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 654-661, 2011.

Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18122>. Acesso em: 07 nov. 2014.

COELHO, M.S.; SILVA, C.A.; FARIA, S.M.S. Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: um estudo quantitativo. **Enfermería Global**, n. 21, p. 1-12, 2011. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt\\_clinica2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt_clinica2.pdf).

Acesso em: 29 ago. 2015.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Comissão de Business Intelligence. Produto 2: **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Brasília, 2011. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2015.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 391, de 08 de fevereiro de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em: 22 de ago. 2015.

CORREIA, C. M. A. et al. Fatores predisponentes e medidas preventivas aos acidentes com materiais perfurocortantes: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 3, p. 726-734, 2014. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5051>. Acesso em: 07 nov. 2014.

DUTRA, G.G. et al. Controle da infecção hospitalar: função do enfermeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Onlinne**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 2159-2168, 2015. Disponível em:

[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3571/pdf\\_1471](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3571/pdf_1471). Acesso em: 17 set. 2015.

ERCOLE, F. F. et al. Risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, 2011.

Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_12.pdf) Acesso em: 21 nov. 2014.

FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D. Avaliação microbiológica de luvas de procedimento: Considerações para seu uso na técnica de curativo. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 191-197, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a05.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2014.

FROTA, O.P. et al. O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 625-30, 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a13.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

FROTA, O.P.; LOUREIRO, M.D.R.; FERREIRA, A.M. Aspiração endotraqueal por sistema aberto: práticas de profissionais de enfermagem em terapia intensiva. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 296-302, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200296](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200296). Acesso em: 24 set. 2015.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 786-792, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500015&script=sci_arttext). Acesso em: 22 set. 2015.

GIAROLA, L. B. et al. Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: Um estudo bibliográfico. **Rev. Cogitare Enferm**, Paraná, v. 17, n. 1, p. 151-157, 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/26390>. Acesso em: 20 out. 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAPA, A. T.; SILVA, J. M.; SPINDOLA, T. A ocorrência de acidentes por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem intensivista. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.esp.1, p. 642-647, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuernj/article/view/5964>. Acesso em: 18 set. 2014.

LEITE, A. R. et al. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico na enfermagem em unidades de pronto atendimento. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 4, p. 910-918, 2014. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/9342/1/2014\\_art\\_agvPontes.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/9342/1/2014_art_agvPontes.pdf). Acesso em: 26 set. 2015.

LIMA, C. S. P.; BATISTA, A. C. O.; BARBOSA, S. F. F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 15, n. 3, p. 780-789, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17497>. Acesso em: 16 set. 2015.

LIMA, I. A. S. et al. Acidentes ocupacionais com pérfurocortantes: estudo com profissionais de enfermagem. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 2, n. 1, p. 26-43, 2015a. Disponível em: [http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_3/Trabalho\\_03.pdf](http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_3/Trabalho_03.pdf). Acesso em: 26 set. 2015.

LIMA, M. F. P. et al. *Staphylococcus aureus* e as infecções hospitalares: revisão de literatura. **Revista UNINGÁ Review**, Paraná, v. 21, n.1, p. 32-39, 2015b. Disponível em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150101\\_115618.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150101_115618.pdf). Acesso em: 26 set. 2015.

LOCKS, L. et al. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 569-575, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300019). Acesso em: 09 nov. 2014.

LORENZINI, E.; COSTA; T. C.; SILVA, E. F. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Gaúcha Enferm.*, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 4, p. 107-113, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n4/14.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.

MACHADO, K. M.; MOURA, L. S. S.; CONTI, T. K. F. Medidas preventivas da equipe de enfermagem frente aos riscos biológicos no ambiente hospitalar. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.3, Pub.1, p. 1-11, 2013. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/1.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

MAGAGNINI, M. A. M.; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n.2, p. 302-308, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/15087>. Acesso em: 29 out. 2014.

MARTINS, J.T. et al. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 334-340, 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13690/10480>. Acesso em: 18 set. 2015.

MENDONÇA, A. E. O. et al. Perfil de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente da Terapia Intensiva. **Revista Enfermería Global**, Espanha, n. 39, p. 202-210, 2015. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/201861/177311>. Acesso em: 22 set. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, T. F. M. **Prevenções básicas de infecção e controle**. Universidade Fernando Pessoa, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/1645> Acesso em: 21 nov. 2014.

NEVES, H.C.C., et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 1-8, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421955018>. Acesso em: 23 set. 2015.

OLIVEIRA, A. C. et al. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 3, p. 89-96, 2012. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/25068/21950>. Acesso em: 02 dez. 2014.

OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 233-239, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_14.pdf). Acesso em: 02 dez. 2014.

OLIVEIRA, Q. B.; SANTOS, R. S.; SANTOS, C. M. F. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 32-52, 2013. Disponível em: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/199/187>. Acesso em: 28 set. 2015.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. D. M.; GARBACCIO, J. L. Vestuário de profissionais de saúde como potenciais reservatórios de microrganismos: Uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 684-691, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a25>. Acesso em: 02 dez. 2014.

OLIVEIRA, E. C. et al. Análise epidemiológica de acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre profissionais de enfermagem. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.14, n.1, p.27-32, 2015. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/603/320>. Acesso em: 24 set. 2015.

OLIVEIRA, F. M. C. S. N. et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **AQUICHAN**, Colômbia, v. 11, n. 1 p. 48-65, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a05.pdf>. Acesso em: 24 set. 2015.

PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência a saúde; desafios para a saúde pública no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt\\_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf). Acesso em: 28 set. 2015.

PASSOS, B. B. C. et al. Desatenção às normas de biossegurança por profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva de hospital na cidade de Fortaleza/CE. **Rev. Saúde Públ**, Santa Catarina, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 35-49, 2013. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/164/199>. Acesso em: 03 out. 2014.

PEREIRA, F. M. V. et al. Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 686-693, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n3/0080-6234-reusp-47-3-00686.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.

PRIMO, M. G. B. et al. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 266-271, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7656/6907>. Acesso em: 25 set. 2015.

PROCHNOW, A. et al. Perfil dos acidentes de trabalho publicados em estudos brasileiros. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 37, n. 1, p. 77-90, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/2900/2060>. Acesso em: 01 dez 2014.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo – RGS: Universidade Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/Ebook%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

REZENDE, K. C. A. D. et al. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na Atenção Básica em Saúde. **Revista Cienc. Cuid. Saude**, Maringá (PR), v. 11, n. 2, p. 343-351, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15204/pdf>. Acesso em: 02 dez. 2014.

RIBEIRO, L. C. M. et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. **Rev. Cienc. Cuid. Saude**, Maringá (PR), v. 9, n. 2, p. 325-332, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8282/6083>. Acesso em: 27 nov. 2014.

RONDON, E. C.; TAVARES, M. S.; SANTOS, W. L. Fatores dificultadores e facilitadores que os profissionais de enfermagem enfrentam relacionados ao uso dos EPI's. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.3, n. 3, p.1045-1060, 2012. Disponível em: <http://repat.eerp.usp.br/repositorio/files/publicacoes/publicacao58.pdf>. Acesso em: 21 set. 2015.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica: Guia para eficiência nos estudos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SANTOS, A. S.; et al. Acidentes perfurocortantes em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência em uma capital brasileira. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, (Ed.Supl.), p. 229-241, 2011. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1986/pdf\\_539](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1986/pdf_539). Acesso em: 18 set. 2015.

OLIVEIRA, V. G. et al. A imunização dos profissionais da área de saúde; uma reflexão necessária. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 14, n.4, p. 595-601, out/dez 2010. Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4db582300901f.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4db582300901f.pdf). Acesso em: 25 set. 2015.

SANTOS, J. L. G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200028). Acesso em: 27 nov. 2014.

SANTOS, T. C. R. et al. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 70-77, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt\\_1983-1447-rgenf-35-01-00070.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00070.pdf). Acesso em: 29 set. 2015.

SILVA, C. D. L.; PINTO, W. M. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Revista Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada (PE), v. 2, n. 1, p. 95-105, 2012. Disponível em: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo10.pdf>. Acesso em: 03 out. 2014.

SILVA, G. S. et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução padrão por profissionais de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 103-110, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100014&script=sci_arttext). Acesso em: 26 nov. 2014.

SILVA, J. F.; NASCIMENTO, J. C. C.; SILVA; L. C. S. Exposição ocupacional a micro-organismos multirresistentes em unidade de terapia. **Revista Movimenta**, Goiás, v. 7, n. 3, p. 764-772, 2014. Disponível em: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewFile/689/562>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SILVA, T. R. et al. Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 615-622, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a02v31n4.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2014.

SIMÃO, S. A. F. et al. Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de unidade de emergência hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 400-404, 2010a. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a11.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.

SIMÃO, S. A. F. et al. Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Paraná (PR), v. 15, n. 1, p. 87-91, 2010b. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17177/11312>. Acesso em: 21 out. 2014.

SOUZA, E. L. V. et al. Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, v. 3, n. 4, p.125-133, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200013](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200013). Acesso em: 18 set. 2014.

SOUZA, E. S. et al. Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada a assistência a saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 220-228, jan-mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00220.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00220.pdf). Acesso em: 28 set. 2015.

SOUZA, J. O. et al. Infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar Uninovafapi**, Teresina, v.5, n.3, p.77-80, 2012. Disponível em:

[http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev7\\_v5n3.pdf](http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev7_v5n3.pdf). Acesso em: 21 out. 2014.

STUBE, M. et al. O enfermeiro na prevenção de infecções em terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, n. 7, v. esp, p. 6989-6997, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5271/8092>. Acesso em: 18 set. 2015.

VALLE, A. R. M. C. et al. A biossegurança sob o olhar de enfermeiros. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 361-367, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4108/2884>. Acesso em: 18 set. 2014.

VERÇOSA, R. C. M.; MONTEIRO, V. G. N.; FERREIRA, F. A. S. Acidentes com perfurocortantes entre profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 4, p. 864-871, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4190/8826>. Acesso em: 23 set. 2015.

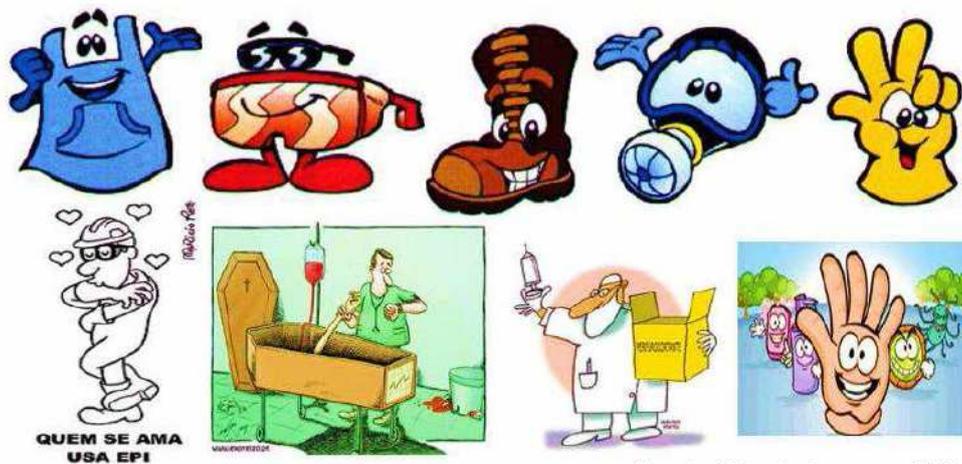
VIANA, R. A. P. P. et al. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 151-159, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100151&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100151&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 24 set. 2015.

VIEIRA, A. N. et al. Adesão aos princípios técnicos, de prevenção e controle de infecção durante a aspiração traqueobrônquica em uma UTI. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 37, n. 1, p. 179-191, 2013. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/350/362>. Acesso em: 02 dez. 2014.

ZANDOMENIGHI, R. C. et al. Cuidados intensivos em um serviço hospitalar de emergência: desafios para os enfermeiros. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v. 18, n. 2, p. 415-425, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/936>. Acesso em: 21 set. 2015.

# ANEXOS

---



Fonte: Google imagens, 2015.

**ANEXO I**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**OFÍCIO**

**Cuité, 13 de Fevereiro de 2015.**

**Ofício n.º 01 de 2015**

**A Ilma. Diretora Geral**

**Dra. Berenice Ferreira Ramos**

É com grande estima que venho por meio deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada “Uso de Equipamento de Proteção Individual na Terapia Intensiva”, que será realizada com profissionais de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, da discente Josefa Jéssica Silva Dantas, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* Cuité sob a orientação da Professora Mestre Adriana Montenegro de Albuquerque para fins de conclusão do referido curso. Certo de que o referido estudo trará importantes contribuições aos acadêmicos, profissionais e a sociedade principalmente.

Agradecemos desde já a vossa compreensão e apoio na concordância da referida pesquisa.

Certos da sua atenção agradecemos antecipadamente.

---

Adriana Montenegro de Albuquerque  
Orientadora da Pesquisa de TCC  
Curso de Bacharelado em Enfermagem  
Matrícula SIAPE - 1517227

---

Maria Benegelânia Pinto  
Coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem  
Matrícula SIAPE: 1355457

**ANEXO II****Termo de Compromisso das Pesquisadoras**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente, pesquisadora responsável e pesquisadora colaboradora da pesquisa intitulada: “Uso de Equipamento de Proteção Individual na Terapia Intensiva”, assumiram cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, a nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos, após o seu término. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Universitário Alcides Carneiro - CEP/HUAC, ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ou, ainda, as Curadorias envolvidas na presente pesquisa, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

Cuité, 13 de Fevereiro de 2015.

---

Josefa Jéssica Silva Dantas  
Orientanda Colaboradora da Pesquisa

---

Adriana Montenegro de Albuquerque  
Orientadora Responsável da Pesquisa

**ANEXO III****TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL****Pesquisa Intitulada: “Uso de Equipamento de Proteção Individual na Terapia Intensiva”**

Eu, Adriana Montenegro de Albuquerque, matrícula 1517227, portadora do RG: 1.70.634 SSP/PB e CPF: 549.039.474-91, Mestre em Enfermagem, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - CES/UFCEG, *Campus Cuité*, comprometo-me em cumprir inteiramente os componentes da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Pela veracidade dessa pesquisa, assino o presente compromisso.

Cuité, 13 de Fevereiro de 2015.

---

Adriana Montenegro de Albuquerque  
Orientadora Responsável da Pesquisa

**ANEXO IV****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO****CNPJ: 05.055.128/0002-57****ENDEREÇO: RUA CARLOS CHAGAS, S/N – SÃO JOSÉ CEP: 58.107-670****E-mail: huacfatura@uol.com.br****Termo de Autorização Institucional**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado: “Uso de Equipamento de Proteção Individual na Terapia Intensiva”, da Prof<sup>a</sup> Mestre Adriana Montenegro de Albuquerque tendo como orientanda a discente Josefa Jéssica Silva Dantas, regularmente matriculada no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. A coleta de dados será realizada pelo orientando. A orientadora será responsável por todos os dados do projeto, o Trabalho de conclusão de curso deverá ser repassado a Hospital Universitário Alcides Carneiro para o seu arquivo de pesquisa, em forma de uma cópia impressa e outra em CD.

Cuité, 13 de Fevereiro de 2015.

---

**Diretora Geral****Berenice Ferreira Ramos**

## ANEXO V

## Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



## DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 42611415.2.0000.5182, Número do Parecer: 1.161.668 intitulado: **USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA TERAPIA INTENSIVA.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

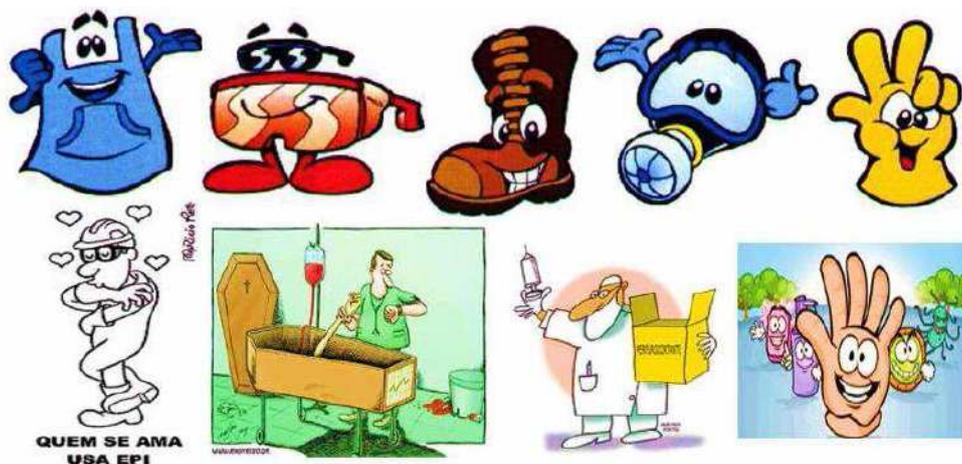
  
Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes  
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 30 de julho de 2015.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)

# APÊNDICES

---



Fonte: Google imagens, 2015.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE A**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Senhor (a):

Esta pesquisa intitulada “Uso de Equipamento de Proteção Individual na Terapia Intensiva” está sendo desenvolvido por Josefa Jéssica Silva Dantas, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, com orientação da Prof.<sup>a</sup>. Mrs. Adriana Montenegro de Albuquerque. A referida pesquisa apresenta como objetivo geral: Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as medidas de biossegurança com enfoque em EPI durante a assistência a pacientes na Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro da cidade de Campina Grande – Paraíba.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da pesquisa, não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa: “Uso de Equipamento de Proteção Individual na Terapia Intensiva” que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras. Declaro ainda que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas sobre a Resolução 466/2012, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, estou ciente que:

I) A pesquisa se faz necessário para que se possa: Caracterizar o perfil dos profissionais de enfermagem nas UTIs; Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) disponíveis, elencando quais os EPIs mais utilizados durante a assistência aos pacientes; Identificar a ocorrência de acidentes pelo não uso dos EPIs; Conhecer quais as ações utilizadas para prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde e infecções cruzadas.

II) A participação nesta pesquisa terá uma ponderação entre riscos/desconfortos e benefícios, conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, podendo causar apenas um leve desconforto no momento de preencher o questionário, mas este será minimizado conforme as condições instituídas pelo sujeito participante, através da decisão do local, data e horário que lhe será conveniente, podendo desistir, a qualquer momento, da participação na pesquisa sem que lhe sofra penalização ou dano pessoal, profissional ou financeiro. Atendendo a este requisito, será garantido o anonimato dos participantes envolvidos, já que a exposição às informações coletadas pode causar algum desconforto/constrangimento;

III) Procurará a ocasião, a condição e o local mais apropriado para que ocorra a explicação sobre a pesquisa, ponderando, para isso, que a coleta dos dados sucederá no local disponível pelo HUAC, respeitando as particularidades e a privacidade do participante;

IV) O participante terá a livre-arbítrio de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo em qualquer fase da pesquisa, sem que haja necessidade de qualquer esclarecimento;

- V) A desistência não ocasionará nenhum dano à minha saúde, ou bem estar físico, educacional e profissional.
- VI) Será garantido o ressarcimento e serão cobertos os custos tidos por mim, durante a pesquisa e dela decorrente;
- VII) Será garantida indenização perante eventuais prejuízos decorrentes da pesquisa;
- VIII) A pesquisa será realizada a partir do preenchimento de um instrumento em formato de *checklist*, impresso pela pesquisadora.
- IX) O participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- X) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, contudo concordo que os mesmos sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam citados;
- XI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
- XII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC<sup>1</sup>, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, a Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité e a 10ª Delegacia Seccional Dpeolícia Civil de Campina Grande-PB.

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

---

**Josefa Jéssica Silva Dantas**

Orientanda da Pesquisa de TCC

(Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité-PB. Endereço: Rua Francisco Xavier, 11, Centro, Picuí-PB, CEP: 58.197-000. Telefone: (83) 99655-2276, e-mail: [jessica\\_picui@hotmail.com](mailto:jessica_picui@hotmail.com)).

---

**Adriana Montenegro de Albuquerque**

Orientadora da Pesquisa de TCC.

Curso de Bacharelado em Enfermagem, Professora Assistente II - Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* Cuité-PB. Sítio Olho D'Água, S/N, Zona Rural, Cuité-PB, CEP 58.175-000. Contato: (83) 99984.2446 ou (83) 3372.1900 Ramal 1959.

---

<sup>1</sup>Endereço do Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP: 58.107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados**

**Título: Uso de Equipamentos de Proteção Individual na Terapia Intensiva**

**Iniciais:** \_\_\_\_\_ **Formulário N°:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015 **Sector:** ( ) UTI Adulta ( ) UTI Pediátrica

**Profissão:** ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Enfermeiro

Dados Sóciodemográficos		
<b>1. Sexo:</b> ( ) Feminino ( ) Masculino	<b>2. Faixa etária:</b> ( ) 20 – 30 ( ) 41 – 50 ( ) 31 – 40 ( ) 51 – 60 ( ) Outro _____	<b>3. Estado civil:</b> ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo (a) ( ) Outro _____
<b>4. Formação:</b> ( ) Capacitação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado	<b>5. Há quanto tempo trabalha na UTI?</b> ( ) 01 – 11 meses ( ) 11 – 15 anos ( ) 01 – 05 anos ( ) 16 – 20 anos ( ) 06 – 10 anos	<b>6. Qual seu regime e turno de trabalho?</b> ( ) Plantonista ( ) Diarista ( ) Diurno ( ) Noturno
Conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre o uso dos EPI na terapia Intensiva		
<b>7. Quais EPIs que a instituição oferece para o setor?</b> ( ) Gorro ( ) Óculos facial ( ) Máscara ( ) Máscara N95 ( ) Luva de procedimento ( ) Luva estéril ( ) Propés ( ) Avental descartável ( ) Outros _____		
<b>8. Quais dos EPIs você utiliza na sua assistência junto ao paciente?</b> ( ) Gorro ( ) Óculos facial ( ) Máscara ( ) Máscara N95 ( ) Luva de procedimento ( ) Luva estéril ( ) Propés ( ) Avental descartável ( ) Outros _____		
<b>9. Qual a frequência que você utiliza esses EPIs?</b> ( ) Sempre ( ) Apenas durante procedimentos invasivos ( ) Nunca ( ) Apenas quando o paciente apresenta doença infectocontagiosa ( ) As vezes ( ) Apenas quando o paciente está com restrição de contato		
<b>10. Quais dos EPIs você utiliza durante todo o seu plantão?</b> ( ) Gorro ( ) Óculos facial ( ) Máscara N95 ( ) Máscara ( ) Avental descartável ( ) Propés ( ) Outros _____		
<b>11. Você tem alguma dificuldade para utilizar algum dos EPIs?</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>12. A dificuldade para utilização desses EPIs se dá devido:</b> ( ) A instituição não oferece todos os EPIs necessários ( ) Achar que não há necessidade ( ) Ao esquecimento do profissional ( ) Ao desconforto causado pelo EPI ( ) Não tenho dificuldade		
<b>13. O que você faz quando falta algum EPI no setor?</b> ( ) Compra por conta própria ( ) Comunica a coordenação do setor ( ) Não realiza o procedimento ( ) Solicita em outro setor do hospital ( ) Realiza o procedimento sem o EPI, mesmo conhecendo os riscos		
<b>14. Já sofreu algum acidente de trabalho com material perfuro cortante ou contaminado?</b> ( ) Sim ( ) Não		

<p><b>15. Qual objeto causou o acidente?</b> ( ) Agulha ( ) Lâmina de bisturi ( ) Escalpe ( ) Lanceta ( ) Contato direto com sangue / secreção ( ) Cateter curto ( ) Outro _____</p>
<p><b>16. Você teve algum atendimento após exposição com material perfuro cortante ou contaminado?</b> ( ) Notificação na CCIH ( ) Teste rápido no paciente ( ) Terapia medicamentosa profilática ( ) Nenhum</p>
<p><b>17. Onde você descarta os materiais perfuro cortantes?</b> ( ) Descartex ( ) Lixo comum</p>
<p><b>18. Você já reencapou a agulha após utilizar?</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes</p>
<p><b>19. O seu cartão de vacinas está atualizado?</b> ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>Medidas de Biossegurança</b></p>
<p><b>20. Com que frequência você recebe capacitação sobre medidas de biossegurança?</b> ( ) Semestral ( ) Anual ( ) Quando há algum protocolo novo ( ) Nunca</p>
<p><b>21. Com que frequência você realiza a higienização das mãos?</b> ( ) Antes de qualquer contato com o paciente ( ) Depois de qualquer contato com o paciente ( ) Antes de executar qualquer procedimento no paciente ( ) Depois de executar qualquer procedimento no paciente ( ) Apenas quando vou executar procedimentos invasivos ( ) Apenas quando percebo que minha mão está visivelmente suja</p>
<p><b>22. O que você utiliza para realizar a higienização das mãos?</b> ( ) Água e sabão líquido ( ) Apenas água ( ) Álcool a 70% ( ) Água e solução degermante ( ) Apenas com álcool gel</p>
<p><b>23. Você acha que os profissionais podem provocar infecções nos pacientes?</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei</p>
<p><b>24. Em geral, qual é o impacto de uma infecção relacionada à assistência à saúde na evolução clínica do paciente?</b> ( ) Muito baixo ( ) Baixo ( ) Alto ( ) Muito alto</p>
<p><b>25. Quais dessas ações você considera imprescindíveis para a prevenção de infecções relacionadas à assistência a saúde?</b> ( ) Higiene das mãos ( ) Uso de EPI ( ) Orientações aos familiares ( ) Utilização de artigos estéreis ou descartáveis ( ) Realizar técnica asséptica durante os procedimentos</p>
<p><b>26. Você acha que os familiares podem trazer infecções para os pacientes na UTI?</b> ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>27. Quais orientações você fornece aos familiares antes de entrar na UTI?</b> ( ) Realizar a higiene das mãos ( ) Usar EPI ( ) Estar com roupas limpas ( ) Não sentar no leito ( ) Não chegar perto de outros paciente que não seja seu familiar ( ) Não beijar o paciente ( ) Outro _____</p>
<p><b>28. A instituição dispõe de EPIs para os familiares?</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Apenas quando o paciente está em isolamento ( ) Apenas quando o familiar solicita</p>
<p><b>29. Quais dos EPIs estão disponíveis para os familiares?</b> ( ) Gorro ( ) Óculos facial ( ) Máscara ( ) Máscara N95 ( ) Luva de procedimento ( ) Luva estéril ( ) Propés ( ) Avental descartável ( ) Outros _____</p>
<p><b>30. No geral quais as maiores dificuldades que você encontra para prevenção das Infecções relacionadas à assistência a saúde entre profissionais e pacientes?</b> ( ) Baixa adesão aos EPIs pelos profissionais ( ) Sistema imunológico comprometido ( ) Contato com os familiares ( ) Micro-organismos multirresistentes aos antibióticos ( ) Manipulação de vários pacientes sem realizar a higiene das mãos</p>

Muito obrigado pela atenção!



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE C**

**DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**Uso de Equipamentos de Proteção Individual na Terapia Intensiva**” está sendo desenvolvida por Josefa Jéssica Silva Dantas, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* Cuité-PB, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. MsC. Adriana Montenegro de Albuquerque. A referida pesquisa apresenta como objetivo geral: Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as medidas de biossegurança com enfoque em EPI durante a assistência a pacientes na Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro da cidade de Campina Grande – Paraíba. Portanto, informamos que as pesquisadoras garantem encaminhar os resultados da referida pesquisa para publicação em periódicos científico nacional e/ou internacional priorizando o que descreve a Resolução 466/2012.

Cuité-PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2015.

---

Josefa Jéssica Silva Dantas

Orientanda da Pesquisa de TCC

(Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité-PB. Endereço: Rua Francisco Xavier, n. 11, Centro, Picuí-PB CEP: 58.187-000. Telefone: (83) 99655-2276, e-mail: [jessica\\_picui@hotmail.com](mailto:jessica_picui@hotmail.com)).

---

Adriana Montenegro de Albuquerque

Orientadora da Pesquisa de TCC. Curso de Bacharelado em Enfermagem

Professora Assistente II - Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* Cuité-PB. Sítio Olho D'Água, S/N, Zona Rural, Cuité-PB CEP 58.175-000.

Contato: (83) 99984.2446 ou (83) 3372.1900 Ramal 1959.