

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE RISCO DE  
INFECÇÃO HOSPITALAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI**

**BEATRIZ ALENCAR VIEIRA**

**CAJAZEIRAS/PB**

**2009**



**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE RISCO DE  
INFECCÃO HOSPITALAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI**

**BEATRIZ ALENCAR VIEIRA**

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE RISCO DE  
INFECCÃO HOSPITALAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI**

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

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro**  
**Co-orientadora: Enf.<sup>a</sup> Alana Tamar Oliveira de Sousa**

**CAJAZEIRAS/PB**

**2009**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

V658c Vieira, Beatriz Alencar  
Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre risco de infecção hospitalar em pacientes internados em UTI / Beatriz Alencar Vieira - Cajazeiras, 2009.  
57f. : il. Color. -  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.  
Coorientadora: Enfa. Alana Tamar Oliveira de Sousa.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2009.

1.Infecção hospitalar - UTI . 2.Infecção em UTI . 3.Procedimentos invasivos. 4.Equipamentos de Proteção Individual –EPIs. 5.Biossegurança. 6.Enfermeiro em UTI. 7.Controle de Infecção hospitalar. I.Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II.Sousa, Alana Tamar Oliviera de. III. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 616-022.1:614.21

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Denize Santos Saraiva Lourenço CRB/15-046

**BEATRIZ ALENCAR VIEIRA**

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE RISCO DE  
INFECCÃO HOSPITALAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI**

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro**  
**(Orientadora)**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Anúbes Pereira de Castro**  
**(Membro examinador)**

---

**Enf<sup>ª</sup>. Policena Vieira de Lucena**  
**(Membro examinador)**

**CAJAZEIRAS/PB**

**2009**

*Aos meus pais, Ronaldo e  
Zuleide, com amor.*

*Dedico*

## AGRADECIMENTOS

*Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por ter me abençoado, iluminado, guiado e protegido contra os obstáculos. Por permitir que o curso de enfermagem fizesse parte de minha vida, para aqueles que gostam é uma profissão encantadora e que exige atenção redobrada, inteligência, habilidades, conhecimento científico, técnico e popular.*

*À meus pais Raimundo Ronaldo Vieira e Zuleide Eneas de Alencar Vieira agradeço pelo esforço e dedicação que tens me dado durante minha vida e principalmente nesse momento, onde mais uma vitória se concretiza, e tudo isso foi fruto de carinho, amor, apoio, incentivo, repreensão quando necessário, lições de vida e para a vida. Além de pais vocês são meus amigos de todas as horas. Tudo aquilo que sou devo infinitamente a vocês e esta é uma pequena maneira de retribuir o meu amor.*

*À meus irmãos Bruno, Bianca e Breno por serem companheiros e amigos aos quais posso contar a todo momento. Por serem frutos juntos comigo de uma união matrimonial que preza respeito, amor, diálogo, compreensão, carinho, confiança e fé.*

*À meus avós paternos Maria do Socorro Vieira e Antônio Fernandes Vieira por sempre estarem ao meu lado desde meu nascimento até esse sonho que se concretiza. Obrigada por sempre investirem junto com meus pais em minha educação e formação pessoal.*

*Dedico este trabalho a meus avós paternos José Francisco de Paula e Raimunda Félix Fernandes, maternos Teodoro Eneas de Alencar Joana e Laurinda da Conceição (In Memoriam), foi curto nosso tempo juntos mais muito intenso os ensinamentos que recebi.*

*A meus Tios e tias, em especial: Valdevino Teodoro Alencar e Edilma Enéas de Alencar (In Memoriam), pessoas significativas em minha vida. E a Nicodina Fernandes de Moraes, pelo carisma e afetividade, meu muito obrigada.*

*À minha querida Alba Rita Fernandes que teve sua parcela de contribuição nos meus estudos.*

*À meus amigos (as) Soraia Gonçalves, Berenice (Berê), Alana Tamar, Ir. Maria Lima, Ir. Creuziene, Ir. Ana Queiroga, Adília, Ana Lúcia Alves, José Eneas (Zé de Ló), Graça Alencar, Antônio Lopes, Elionésia, José Feitosa (Val), Dayanne Ellen, Maria Juvêncio*

*(Maria de Val), Tânia, Francisca Magalhães (Madrinha Bebê), Maria Helena, Werona, Odília, Sr. Antônio, Jiliélison, Reinaldo (motorista).*

*À minha amiga Soraia Gonçalves por todo carinho, amizade, incentivo, sinceridade, respeito e confiança. Você foi muito importante em minha caminhada, dedico a você esse momento.*

*À minha amiga Berenice Gomes, além de amiga é uma professora e orientadora maravilhosa, foi uma grande satisfação trabalharmos juntas durante este tempo, espero que possamos trabalhar mais vezes. E o melhor de tudo é que nossa amizade se fortaleceu, graças a você, por ser uma pessoa de fácil acesso, divertida, sorridente e parceira, essas são apenas algumas de suas qualidades diante de milhares que tens. Obrigada por todos os momentos vivenciados e lições transmitidas. Te adoro muito.*

*À minha amiga Alana Tamar, uma professora e co-orientadora de grandes qualidades, fomos seus primeiros alunos, orgulho-me de você, quem diria que nos tornássemos grandes amigas, hoje estou aqui pra agradecer com poucas palavras seu apoio, paciência, amizade, carinho, sorriso e confiança. Espero um dia retribuir tudo o que fizestes e o que fazes por mim. Obrigada.*

*Ao amigo José Enéas, agradeço-lhe pelo apoio que me destes em minha formação acadêmica e pessoal. O senhor é um grande amigo e que sempre esteve ao meu lado, só Deus pra colocar pessoas assim em nosso caminho.*

*Ao amigo Antônio Lopes, pelas brincadeiras, respeito, palavras fortificadoras, acolhimento, humildade e sinceridade. Foi por suas qualidades que cativastes minha amizade, tenho um carinho enorme por você. Obrigada.*

*À Silvana Rochelly e Lynara Alves por terem sido companheiras e amigas maravilhosas no decorrer de nossa convivência, no nosso inesquecível apartamento.*

*À Karla Duarte e Joana Celine por terem sido minhas guias no projeto do PIVIC e demais trabalhos, sem esquecer os bons momentos que passamos juntas. Obrigada pela orientação, compreensão, ajuda e escuta.*

*À minhas amigas Leidiane, Leilly Anne, Aurélia e Ana Flávia. Que nossa amizade nunca se apague.*



*Ao amigo Marcos Campos, pelo apoio que destes a nossa turma, tendo vivenciado junto conosco todas as dificuldades e conquistas. Obrigada.*

*A todos os professores da graduação em enfermagem. Em especial a: Sérgio Moura, Alana Tamar, Berenice Gomes, Mônica Paulino, Anúbes de Castro (coordenadora do curso) e Erlane.*

*À Márcia (secretária), que sempre dava um jeitinho pra resolver os problemas e estava sempre de braços abertos.*

*Às meninas da Xerox, pessoas maravilhosas: Claudinha, Vanessa, Lidiane e Fátima. À todos os funcionários que fazem parte da Universidade Federal de Campina Grande Campus Cajazeiras. Em especial: Seu Diá, Dona Ritinha, Fátima Pinheiro (Coordenadora do RU), Rivaneide (Galega RU), Maria José (RU), Eurismar (Nêga RU), André (RU), Fátima Moura (RU), Seu Chico (Dono do Barraco) e Eliane de Sousa (Enfermeira).*

*Ao Excelentíssimo Magnífico Reitor Professor Thomppson Mariz, pelo apoio que destes a turma de enfermagem 2005.2, sempre nos acolheu como filhos, ouviu nossas dificuldades, nossos medos, conquistas e ansiedades. O senhor foi um grande amigo, sua acessibilidade e sua forma acolhedora será sempre lembrada. Muito obrigada.*

*Aos Campos de estágio, profissionais e usuário: Hospital Regional de Cajazeiras/PB, Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande/PB, PSF José Leite Rolim – Cajazeiras/PB, PSF Centro de Saúde Mãe Maria Tereza – Paraná/RN, CAPS II de Cajazeiras/PB, Hospital Menino Jesus – Uiraúna/PB, Hospital Universitário Lauro Wanderley – João Pessoa/PB, Clínica Psiquiátrica Santa Helena – Cajazeiras/PB e Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira – João Pessoa/PB.*

*À minha turma por terem sido companheiros nessa longa jornada. Que Deus abençoe cada um de vocês. Obrigada!*

**“Posso todas as coisas naquele que me fortalece.”**

**(fil 4.13)**

## RESUMO

VIEIRA, B.A. **Conhecimento de Profissionais de Enfermagem Sobre Risco de Infecção Hospitalar em Pacientes Internados em UTI**. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.

A infecção hospitalar (IH) é compreendida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o paciente está mais exposto ao risco de infecção, haja vista sua condição clínica e a diversidade de procedimentos invasivos realizados. O objetivo deste estudo é analisar o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre risco de infecções hospitalares durante a assistência aos pacientes internados em unidade de terapia intensiva no Hospital de Cajazeiras. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, realizada na UTI do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), tendo como amostra dez profissionais de enfermagem que trabalham no referido setor. Os dados foram coletados por meio de um instrumento contendo itens de caracterização da amostra e questões abertas que subsidiaram o discurso do sujeito coletivo, técnica da análise qualitativa. Constatou-se que a maioria dos sujeitos do estudo é do sexo feminino, com idade que variou dos 20 aos 40 anos, casada. O número de profissionais tem prevalência de técnicos de enfermagem, com tempo de formação, em sua maioria, de 2-5 anos. Os resultados evidenciaram que a infecção hospitalar é causada por microorganismo presentes no ambiente hospitalar. Procedimentos invasivos e a não lavagem das mãos predis põem ao desenvolvimento infecção hospitalar. As precauções padrão e técnica asséptica ao realizar os procedimentos invasivos são medidas que previnem e controlam o surgimento de infecção. A pesquisa serviu para investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os riscos dos pacientes adquirirem infecção na Unidade de Terapia Intensiva e observou que a equipe do hospital trabalhado ainda necessita de maiores esclarecimentos acerca do controle da infecção hospitalar.

**Palavras - chave:** Unidade de Terapia Intensiva. Infecção. Procedimentos Invasivos.

## ABSTRACT

VIEIRA, B.A. **Knowledge of Professional Nurses on the Risk of Nosocomial Infection in ICU Patients.** 56s. Monograph Completion of Course – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras,2009.

The nosocomial infection (NI) is understood as that which is acquired after the admission of the patient and it is manifested during hospitalization or after discharge that can be related to hospitalization or hospital procedures. In the Intensive Care Unit (ICU) patients are more exposed to the risk of infection, due to their clinical condition and the diversity of invasive procedures. The aim of this study is to analyze the knowledge of nurses about the risk of nosocomial infection during patient care in the intensive care unit at the Hospital de Cajazeiras. This is a quantitative and qualitative research conducted in the ICU of the Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), and a sample of ten professional nurses working in that sector. Data were collected through an instrument containing items to characterize the sample and open questions which helped the collective subject discourse and qualitative analysis technique. Quantitative data were analyzed using the index of frequency and percentage. It was found that the majority of the study subjects were married female, aged 20 to 40 years old. The number of professionals has a prevalence of practical nurses with a training time of mostly 2-5 years. The results showed that hospital infection is caused by microorganisms present in the hospital environment. Invasive procedures and not washing hands tend to develop nosocomial infection. Standard precautions and aseptic technique when performing invasive procedures are measures that prevent and control the onset of infection. The survey analyzed the knowledge of healthcare professionals about the risk of patients acquiring an infection in the intensive care unit and observed that the hospital staff is still in need of further information about the control of nosocomial infection.

Keywords: Intensive Care Unit. Infection. Invasive Procedures.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1-</b>	Distribuição dos participantes, conforme o sexo.....	38
<b>Gráfico 2-</b>	Distribuição dos participantes, conforme faixa etária.....	39
<b>Gráfico 3-</b>	Distribuição dos participantes, conforme estado civil.....	39
<b>Gráfico 4-</b>	Distribuição dos participantes, conforme categoria dos participantes.	40
<b>Gráfico 5-</b>	Distribuição dos participantes, conforme tempo de formação.....	41
<b>Gráfico 6-</b>	Distribuição dos participantes, conforme curso de atualização/aperfeiçoamento.....	41
<b>Quadro 1-</b>	Idéia central 01 e discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo em resposta à pergunta: Para você o que é infecção hospitalar?.....	42
<b>Quadro 2-</b>	Idéia central 02 e discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo em resposta à pergunta: Quais os procedimentos que você realiza que estão relacionados a predisposição para infecção hospitalar?.....	43
<b>Quadro 3-</b>	Idéia central 03 e discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo em resposta à pergunta: Quais medidas que você adota para prevenir ou controlar a infecção hospitalar?.....	44

## **LISTA DE SIGLAS**

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**CCIH** - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

**CTI** - Centro de Terapia Intensiva.

**EPI** - Equipamento de proteção individual.

**IH** - Infecção Hospitalar.

**IC** - Infecção Comunitária.

**HRC** - Hospital Regional de Cajazeiras.

**PCIH** - Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar.

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva.

## SUMÁRIO

<b>1. REFLEXÕES INICIAIS.....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 GERAL.....	19
2.2 ESPECÍFICO.....	19
<b>3. CONSIDERAÇÕES DA LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
3.1 Conceito de infecção hospitalar e fatores de riscos.....	21
3.2 Importância da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.....	25
3.3 Infecção em UTI e uso de procedimentos invasivos.....	26
3.4 Biossegurança e equipamentos de proteção individual – EPIs.....	27
3.5 Atuação do enfermeiro na UTI.....	29
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>30</b>
4.1 Tipo do estudo .....	31
4.2 Local da pesquisa .....	31
4.3 População e amostra.....	32
4.4 Posicionamento ético da pesquisadora.....	32
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	32
4.6 Análise dos dados.....	33
<b>5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
5.1 Dados de caracterização da amostra.....	35
Aspectos Sociais.....	35
Discurso do sujeito coletivo.....	39
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>52</b>
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados	
Apêndice C – Ofício a Instituição	



## **1 REFLEXÕES INICIAIS**



Com o passar dos anos o desenvolvimento tecnológico e antimicrobiano foram sendo aprimorados, surgiram técnicas modernas de assistência e o tratamento de doenças passou a ter alta complexidade. No entanto, esses avanços também propiciaram um ambiente adequado para o desenvolvimento de bactérias multirresistentes, que por sua vez desafiam as ações de profissionais de saúde, no que se refere à prevenção de infecções hospitalares (FONTANA; LAUTERT, 2006).

Como apontam Andrade, Leopoldo e Haas (2006) o uso indiscriminado de antibióticos e quimioterápicos tem resultado no desenvolvimento de bactérias resistentes. Nesse contexto, destaca-se a susceptibilidade de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Centro de Terapia Intensiva (CTI), por estes apresentarem o sistema imunológico deficiente devido ao comprometimento da doença e ao número elevado de procedimentos invasivos.

A infecção hospitalar (IH) é um problema de saúde pública na qual os dados, muitas vezes, são pouco divulgados. Alguns hospitais omitem o verdadeiro número de IH, uma vez que denigre a imagem do serviço hospitalar um elevado índice de IH. Por isso há necessidade de investigações, debates e divulgações sobre o processo de infecções na assistência hospitalar (FONTANA; LAUTERT, 2006).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) as atividades do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) foram delineadas pela Lei nº 9431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos hospitais manterem um Programa de Infecções Hospitalares e criarem uma Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) para execução deste controle, que tem por finalidade a redução de disseminação das IH (BRASIL, 2009).

Sabe-se que grande parte das IH é de origem endógena e, portanto, de difícil prevenção, contudo, o número das que podem ser prevenidas ou controladas é significativamente alto. Este controle é realizado por meio da lavagem das mãos antes e após os procedimentos, da assepsia rigorosa durante a realização de um procedimento invasivo, por meio de desinfecção e esterilização de materiais utilizados na assistência, dentre outros. Essas medidas preventivas também são fundamentais na UTI (ANDRADE, 2005).

Vários procedimentos são risco de IH realizados dentro da unidade, dentre podem ser citados ventilação mecânica, sonda vesical de demora, acesso venoso central, exposição do paciente a terapias imunossupressoras e antimicrobianas, manipulação dos pacientes pelos profissionais constantemente.

As UTIs representam uma importante parte da medicina moderna, criadas a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado crítico exige assistência e observação contínua da equipe de saúde. Caracteriza-se por prestar atendimento a pacientes criticamente enfermos e, para tanto, dispõem de recursos humanos especializados e tecnologia avançada destinada ao diagnóstico e terapêutica (OLIVEIRA et al., 2007). De acordo com Silveira et al. (2005) pacientes criticamente enfermos, admitidos em UTI, apresentam alto risco de instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos, cuja vida pode encontrar-se no limite com a morte, o que requer uma rápida intervenção.

A responsabilidade da equipe de saúde dentro de uma UTI, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções, é intenso e complexo. Sendo assim estes profissionais devem estar atentos e preparados para qualquer ocasião, uma vez que alterações no estado hemodinâmico dos pacientes exigem conhecimento específico e agilidade na tomada das decisões as quais devem ser implementadas (TURINI, 2000).

Profissionais na área da saúde devem assumir um compromisso com a sociedade de respeito aos princípios bioéticos (autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência). Buscar estudar e pesquisar indicadores epidemiológicos, avaliar condutas, intervir, sistematizar ações de prevenção de infecções assim como oferecer uma assistência igualitária e justa àquele que está sob cuidados (FONTANA; LAUTERT, 2006). Bem como, devem trabalhar de acordo os princípios éticos e bioéticos da profissão, e para isto ele devem pensar criticamente, analisando os problemas e encontrando soluções para os mesmos.

Os enfermeiros também passam por dificuldades no controle de IH porque muitas vezes ocorre a falta de recursos humanos e materiais necessários, desatualização e despreparo para implementar cuidados invasivos, contudo esta problemática não deve ser vista como barreira, mas sim como forma de encontrar caminhos os quais avancem na perspectiva do controle de IH.

O enfermeiro é co-partícipe na assistência, devendo ter atenção nas medidas preventivas durante a prestação do cuidado, por este estar em tempo integral junto ao paciente, manipulado-o mais vezes, bem como criando uma relação de confiança. Desse modo, o enfermeiro desempenha importante papel no âmbito da UTI por ele ser o elo entre o paciente e demais profissionais de saúde, exigindo um trabalho dentro das práticas legais (FONTANA; LAUTERT, 2006).

São necessárias pesquisas que subsidiem reflexões acerca da temática, possibilitando discussões e práticas que viabilizem medidas de prevenção de IH. Face ao exposto, este

trabalho contribui para informação de profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros no que se refere à importância do controle de IH.

A realização da pesquisa relacionada à IH em UTI surgiu por interesse pessoal após participação em estágio na disciplina UTI e Emergência, onde vivenciei a realização de procedimentos invasivos, nos quais observei a predisposição e vulnerabilidade dos pacientes em adquirir infecção. Além disso, a falta de recursos humanos e materiais necessários interferia na realização para o cumprimento rigoroso da técnica asséptica. Observei ainda que alguns profissionais não seguiam cuidados de prevenção de IH, em ações simples, como por exemplo, a lavagem das mãos antes e após os procedimentos. Outros fatores importantes em minhas reflexões foram as prescrições com vários antimicrobianos combinados para o mesmo paciente, além do uso frequente de antibióticos para cepas resistentes. Nessa realidade questioneimei-me se esses profissionais tinham conhecimento de práticas corretas para prevenção e controle das IH no referido setor.



**2 OBJETIVOS**

**GERAL:**

- Analisar o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre risco de infecções hospitalares durante a assistência aos pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

**ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar o perfil socio-demográfico dos participantes;
- Identificar as práticas realizadas pelos participantes do estudo que estejam relacionadas com infecções hospitalares a partir do discurso dos participantes;
- Verificar as práticas realizadas pela equipe de enfermagem no setor da UTI que contribuam para o risco do desenvolvimento de infecções hospitalares;



### **3 REVENDO A LITERATURA**

### 3.1 Conceito de infecção hospitalar e fatores de riscos

A infecção é uma doença que envolve microrganismos (bactérias, fungos, vírus e protozoários). Inicialmente ocorre a penetração do agente infeccioso (microrganismos) no corpo do hospedeiro (ser humano) e há proliferação (multiplicação dos microrganismos), com conseqüente apresentação de sinais e sintomas (VEIGA; PADOVEZE, 2003).

De acordo com Pereira *et al.* (2005) a IH pode ser definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

Segundo Silva *et al.* (2006) a infecção pode ser definida como a invasão e a multiplicação dos microrganismos, que por sua vez produzem sinais e sintomas, gerando uma resposta imunológica, através de um desequilíbrio que ocorre entre o agente infeccioso, o meio ambiente e o hospedeiro.

Os microrganismos que predominam nas IH raramente causam infecções em outras situações, por apresentar baixa virulência, devido a sua propagação e a queda de resistência do hospedeiro, o processo infeccioso desenvolve-se (PEREIRA *et al.*, 2005).

De acordo com Cavalcante *et al.* (2006) o *Staphylococcus aureus* é um dos principais patógenos que coloniza indivíduos saudáveis e responde por infecções em pacientes hospitalizados. O autor ainda cita que o *Staphylococcus aureus*, é patógeno da flora cutânea normal e das vias respiratórias, podendo causar infecções, associados a dispositivos e aparelhos implantados, principalmente em pacientes imunocomprometidos, muito jovens ou idosos. A transmissão pode ser através de contato direto. No ambiente hospitalar, ao prestar assistência a pacientes portadores persistentes ou manusear objetos colonizados, podem contaminar suas mãos e subseqüentemente transmitir o organismo para outros pacientes.

Existem várias formas de se transmitir infecções, como: contato, partículas de saliva, ar, veículo comum e vetores (HOFEL; KONKEWICE, 2001). Sendo assim, para se tomar as providências cabíveis é necessário conhecer as formas de transmissão das infecções. Procedimentos simples como lavagem de mãos tem ajudado no controle de infecções, antes e depois do contato com o paciente, evitando principalmente as infecções cruzadas, pois nas UTIs a manipulação direta e indireta com os pacientes é realizada de forma constante, e os mesmos se encontram em condições vulneráveis e com necessidade de procedimentos invasivos o que predispõe as infecções.

O desencadeamento dessas infecções como apontam Kusahara *et al.* (2007) ocorrem quando existe um desequilíbrio entre o hospedeiro e o potencial de virulência dos microorganismos. Esses patógenos atravessam as defesas do organismo, invadindo e acometendo o hospedeiro.

A IH pode ser em alguns casos evitada de acordo com Pereira *et al.* (2005) as infecções podem ser preveníveis e não preveníveis. As infecções preveníveis são aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão dos microorganismos. Podendo ser realizada por meio de medidas como a lavagem das mãos, o processamento dos artigos e superfícies, a utilização dos equipamentos de proteção individual e a observação das medidas de assepsia. Infecções não preveníveis são aquelas que ocorrem e apesar de todas as precauções adotadas, pode-se encontrar em pacientes imunologicamente comprometidos, provenientes de sua microbiota.

Machado, Colares e Piva (1997) afirmam que essa infecção venha se desenvolver vários fatores de risco podem ser citados dentre eles temos os fatores endógenos como a ruptura da integridade das barreiras naturais, diminuição da motilidade de estruturas orgânicas, diminuição da imunidade fagocitária, diminuição da imunidade humoral, diminuição da imunidade celular, idade, alteração da microbiota do indivíduo. E os fatores exógenos que são os modos de transmissão, ambiente físico, funcionários, limpeza e desinfecção da unidade.

Corroborando com isso, os autores supracitados apontam os fatores de risco para o desenvolvimento de infecções:

➤ **Ruptura da integridade das barreiras naturais:**

É ocasionada por lesões de pele ou mucosas, traumas queimaduras, procedimentos invasivos (drenos, tubos, cateteres) causando acesso para a entrada de microorganismos.

Estes fatores desencadeantes da infecção podem ser controlados por meio de cuidados de higiene, limpeza e preservação da pele das mucosas do paciente, e atenção voltada para a qualidade e necessidade de procedimentos invasivos. Sendo que estes procedimentos devem obedecer a técnicas de assepsia.

➤ **Diminuição da motilidade de estruturas orgânicas:**

O movimento peristáltico das vísceras é um importante mecanismo de defesa, este dificulta a adesão de bactérias, e provoca eliminações periódicas, reduzindo as contagens de microorganismos. É importante o funcionamento normal dos movimentos corporais para evitar o acúmulo de secreções e melhor funcionamento dos músculos. Se esses movimentos



são atingidos por doenças de base, por uso indiscriminado de drogas e por sedativos, as defesas vão se encontrar comprometidas.

➤ **Diminuição da imunidade fagocitária:**

Uma das causas mais freqüentes é a quimioterapia para tratamento do câncer, sendo que existem outras causas tais como: infecções virais, doenças congênitas e depressão medular por medicamentos. Por a imunidade desses pacientes estar deprimida os mesmos estão vulneráveis ao desenvolvimento de infecções por todo tipo de microorganismo e devem ser colocados em ambientes isolados afim de diminuir a exposição ambiental.

➤ **Diminuição da imunidade humoral:**

Várias formas de imunodeficiência e algumas doenças de base, como diabetes, cardiopatias entre outras, associam-se a uma maior incidência de processos infecciosos.

Devido estes pacientes apresentar imunodeficiência e doenças de base avançadas estas causam alterações na farmacodinâmica, farmacocinética e nos efeitos colaterais dos antimicrobianos, recomenda-se maior flexibilidade e agilidade na realização de exames complementares.

➤ **Diminuição da imunidade celular:**

Pacientes internados na UTI podem piorar. As principais causas são a desnutrição, vírus do HIV, o câncer e seus tratamentos e drogas como corticóides.

A desnutrição reduz a resistência da pele e das mucosas e a redução das atividades do sistema do complemento. A desnutrição pode torna-se mais intensa durante a internação, pela diminuição da ingesta relacionada ao aumento das necessidades.

➤ **Idade:**

Os pacientes idosos apresentam particularidades que devem ser consideradas ao se instituir terapias. Especialmente aqueles com doenças subjacentes podem apresentar quadros infecciosos inespecíficos. Os idosos geralmente são acometidos por alguma doença de base, dificultando o efeito da medicação sobre os antimicrobianos.

Os recém-nascidos são pacientes com várias deficiências imunológicas, por exemplo, pele frágil, deficiências de fagocitose, mucosas permeáveis. Esses pacientes requerem cuidados ao serem manejados, pois os riscos de exposição a agentes infecciosos são bastante elevados.

➤ **Alteração da microbiota do indivíduo:**

Os seres humanos apresentam estruturas bioquímicas, que se localizam nas mucosas, e se adequam a ligação de moléculas presentes na superfície de microorganismos. Estes por sua vez são os receptores microbianos, no decorrer do desenvolvimento os mais variados tipos de

germes se multiplicam e formam uma população mantendo o meio equilibrado formando um microbiota normal, que se torna uma barreira contra o desenvolvimento de germes. O uso indiscriminado de antibióticos faz com que a microbiota normal seja destruída ou diminuída e colonizada por germes resistente.

Grandes avanços científicos e tecnológicos ocorreram e, no entanto a IH continua a se constituir em séria ameaça à segurança dos pacientes hospitalizados, contribuindo para elevar as taxas de morbi-mortalidade, aumentar os custos de hospitalização mediante o prolongamento da permanência e gastos com procedimentos diagnósticos (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), foi estabelecida a Portaria do Ministério da Saúde nº 2616, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no Brasil e classifica os tipos de infecção em: hospitalar e comunitária.

Ainda segundo o autor, Infecção comunitária (IC): é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

Segundo o autor supracitado, são também comunitárias:

- A infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microorganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;
- A infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);
- As infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

A infecção hospitalar (IH) segundo os mesmos conceitos da portaria, é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A IH pode ser considerada aquela que:

- Quando se desconhece o período de incubação do microorganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento de internação;
- Toda manifestação clínica que apresentar a partir de 72 horas após a admissão;
- Correlacionados com uma internação anterior dentro do prazo de 30 dias;

- As infecções em recém-nascidos, com exceção dos casos citados na IC.

### **3.2 Importância da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar**

Segundo a Portaria N° 2616/98 do Ministério da Saúde, defini-se infecção hospitalar como sendo aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, estando relacionada com a internação ou a procedimentos hospitalares. Caracteriza-se também como infecções hospitalares aquelas manifestadas com menos de 72 horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período (SAÚDE, 1998)

Ainda seguindo a referida Portaria dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares ancorados na supervisão através da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários e profissionais dos hospitais, e que sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, a mesma Portaria considera que o Capítulo I art. 5° e inciso III da Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Para a prevenção de infecções nos hospitais existe a CCIH. Sendo responsável no desempenho de algumas atividades como: detectar casos de IH, conhecer as principais infecções hospitalares detectadas no serviço e definir se a ocorrência destes episódios de infecção está dentro de parâmetros aceitáveis, elaborar normas de padronização para que os procedimentos realizados na instituição sigam uma técnica asséptica, colaborar no treinamento de todos os profissionais da saúde no que se refere à prevenção e controle das infecções hospitalares, realizar controle da prescrição de antibióticos, evitando o seu uso descontrolado, recomendar medidas de isolamento nos pacientes hospitalizados portadores de doenças transmissíveis, oferecer apoio técnico à administração hospitalar para a aquisição correta de materiais e equipamentos e para o planejamento adequado da área física das unidades de saúde (VEIGA; PADOVEZE 2003).

Corroborando com isso, a Portaria Nº 196/MS, de 24 de Junho de 1983, considerando que as infecções hospitalares podem causar significativos danos à clientela dos serviços de saúde, considerando também o seu equacionamento envolve medidas que, basicamente, devem ser tomadas a nível hospitalar, abrangendo a sua estrutura e funcionamento, de acordo com a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, ao Ministério da Saúde como órgão normativo do Sistema Nacional de Saúde, cabe elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da Saúde (BRASIL, 2009).

Esta portaria define que o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) consiste em um conjunto de ações desenvolvidas deliberadas e sistematicamente, com objetivo de reduzir ao máximo a incidência e a gravidade das infecções hospitalares.

As autoras supracitadas citadas acima mostram que é necessário que os profissionais da saúde médicos, enfermeiros, farmacêuticos dentre outros, participem de uma CCIH e que estes devem possuir treinamento para a atuação nesta área.

Dessa forma como aponta Alves e Evora (2009) os profissionais que atuam diretamente na CCIH, bem como aqueles que participam enquanto membros da equipe de saúde estes devem exercer suas atividades em conjunto, por meio da multidisciplinariedade. Devido a inúmeras situações conflitantes entre a teoria e a prática, sentem-se, algumas vezes, mergulhados em incertezas quanto ao que fazer e como fazer para solucionar problemas envolvendo competência, compromisso, responsabilidade, honestidade, diante do seu agir e pensar ético, levando em consideração a individualidade, potencialidades, respeito e direitos do ser humano.

### **3.3 Infecção em UTI e uso de procedimentos invasivos**

Os leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representam aproximadamente 10% de todos os leitos hospitalares e 25% das IH registradas. Isto torna a UTI alvo dos programas de controle de infecção hospitalares dos hospitais (HOFEL; KONKEWICE, 2001).

Neste ambiente o paciente está mais exposto ao risco de infecção, haja vista sua condição clínica e a diversidade de procedimentos invasivos realizados. Como aponta Lima et al. (2007) na UTI os pacientes têm de 5 a 10 vezes mais probabilidades de contrair infecção e que esta pode representar cerca de 20% do total das infecções de um hospital.

A associação de doenças e fatores iatrogênicos faz com que os pacientes sejam mais susceptíveis a adquirir infecções. A resposta imunológica dos pacientes em terapia intensiva

frente ao processo infeccioso é deficiente. Os seus mecanismos de defesa estão comprometidos tanto pela doença motivadora da hospitalização quanto pelas intervenções necessárias para o diagnóstico e tratamento. Isso dificulta a comparação válida quando se pretende medir a qualidade assistencial e validar programas de intervenção ou novos tratamentos (CAMPOS *et al.*, 2009)

Segundo a ANVISA (2009) os procedimentos invasivos é uma das causas para a disseminação da infecção hospitalar por facilitarem a entrada dos agentes no corpo humano. Sem deixar de lado o uso indiscriminado de medicamentos (antibióticos) e nas técnicas não assépticas. Admite preocupação com a proliferação de superbactérias e prepara medida de controle de infecções.

Os métodos invasivos conforme apontam Andrade, Leopoldo e Haas (2006), a cateterização urinária, a intubação traqueal, a ventilação mecânica e cateteres intravasculares são responsáveis pelo desenvolvimento de grande número das infecções. O microrganismo infectante ou seus produtos, tais como a endotoxina da parede externa de bactérias Gram-negativas, peptidoglicanos da parede de organismos Gram-positivos, exotoxinas e hemolisinas, ao invadirem o paciente, geram reações locais que desencadeiam o processo infeccioso.

### **3.4 Biossegurança e equipamentos de proteção individual - EPIs**

Os profissionais de saúde como aponta Andrade e Sanna (2007) que trabalham com a diversidade de agentes desencadeadores de doenças, estão potencialmente expostos a esses riscos. A presença de um agente biológico coloca o profissional na susceptibilidade de adquirir infecção ou como fonte de transmissão desta.

É necessário compreender conceitos como biossegurança, este por sua vez é entendido como um campo de conhecimento e um conjunto de práticas e ações técnicas, com preocupações sociais e ambientais, destinados a conhecer e controlar os riscos que o trabalho pode oferecer ao ambiente e à vida (ALMEIDA; ALBUQUERQUE, 2000). Os procedimentos de biossegurança terão que ser assegurados como instrumentos fundamentais no cotidiano dos profissionais de saúde.

A utilização de precauções básicas auxilia os profissionais nas condutas técnicas adequadas à prestação dos serviços, por meio do uso correto de Equipamento de Proteção Individual (EPI), destinados a proteger a integridade física dos profissionais, de acordo com a

Norma Regulamentadora nº 6 (NR-6) da Portaria nº 3.214, de 08.06.78. Essas medidas devem gerar melhorias na qualidade da assistência e diminuição de custos e infecções (SANTOS; SCHINDLER; PINTO, 2005).

Dentre essas medidas de proteção temos de acordo com Hoefel e Konkewicz (2001) os EPIs, recomendados para serem utilizados na prestação de cuidados em qualquer paciente quando em contato com sangue, secreções e excreções, pele com solução de continuidade e/ou mucosas. Dentre as precauções padrão podemos citar a lavagem de mãos, o uso de máscaras, aventais, óculos e luvas.

➤ Lavagem de mãos:

É uma das medidas mais importantes para o controle de infecções, especialmente na UTI, por ser um local em que ocorre manipulação dos pacientes de forma constante, possuidores de condições graves, presença de procedimentos invasivos e imunossupressão. Devem-se lavar as mãos entre contatos com o paciente e após contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, equipamentos e artigos contaminados (MACHADO, COLARES, PIVA, 1997). A higienização das mãos visa a reduzir a transmissão de microrganismos, prevenindo infecções.

➤ Uso de máscaras:

Estão recomendados para a proteção da mucosa dos olhos, nariz e boca, durante procedimentos e atividades que tragam risco de contaminação por respingos de sangue, fluidos corpóreos e secreções.

➤ Uso de aventais:

O uso de avental está indicado para proteger roupas e superfícies corporais sempre que houver possibilidade de ocorrer contaminação por líquidos corporais e sangue. Após qualquer atividade que exija o uso do avental, ele deverá ser retirado imediatamente, seguido da higienização das mãos, visando a reduzir ou a minimizar a transferência de microrganismos para outros pacientes ou ambientes.

➤ Uso de óculos:

Para proteger a mucosa ocular contra os respingos de sangue ou secreções, os óculos com lentes panorâmicas confeccionados em plástico resistente oferecem especial proteção lateral e válvulas para ventilação.

➤ Uso de luvas:

O uso de luvas requer a higienização prévia das mãos e é indicado quando existir possibilidade de contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, membranas

mucosas, pele não íntegra; ou até mesmo quando existir contato com qualquer objeto ou equipamento que possam estar sujos ou contaminados.

É necessário motivar os profissionais que atuam diretamente na assistência hospitalar a utilizarem os EPI e seguirem as medidas preventivas na sua rotina diária, mesmo que os assistidos não sejam portadores de doenças infecciosas. O objetivo é reduzir, ao máximo, o risco de infecções de fontes conhecidas ou não.

### **3.5 Atuação do enfermeiro na UTI**

Dente estes os profissionais de saúde a equipe de enfermagem merece um destaque, por está em direto contato com o paciente, trabalhando na prevenção de infecções, por meio de medidas que devem ser tomadas em conjunto, num complexo de atividades, fundamentadas em instalações e estrutura adequadas, desempenhadas por uma equipe profissional coesa, onde todos trabalhem voltados para os mesmos objetivos. Além do enfermeiro coordenar a assistência de enfermagem, há várias inquietações relativas aos processos de trabalho: ensinar, pesquisar, administrar e assistir em enfermagem. A complexidade e interlocução desses processos desafiam a capacidade do enfermeiro em diagnosticar e propor intervenções de enfermagem eficazes. Sua percepção é altamente exigida, bem como sua habilidade em priorizar problemas e implementar ações (TURRINI, 2000).

O profissional de enfermagem que supervisiona a equipe de enfermagem e seus procedimentos, invasivos ou não, é segundo a legislação oficial, o responsável por cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica; procedimentos esses de risco para a incidência das infecções hospitalares, dessa forma pode-se dizer que esse profissional é de grande importância para a identificação e notificação dos casos de infecção hospitalar. (FONTANA; LAUTERT, 2006).

No contexto da assistência de enfermagem em UTI, onde os pacientes apresentam de maior risco de adquirir infecção, a aplicação de procedimentos invasivos de maneira frequente, a administração de antibióticos e a que selecionam microorganismos resistentes a atenção às medidas preventivas possuem uma assistência redobrada (Pereira et al. 2000).



#### **4 PERCURSO METODOLÓGICO**



#### **4.1 Tipo do estudo**

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. O estudo exploratório, segundo Gil (2002), tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas a obter uma maior compreensão sobre um determinado fato ou fenômeno.

O método quantitativo, segundo Richardson *et al.* (1999, p. 70) citado por Marconi e Lakatos (2008, p. 269 ):

caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde que as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas como coeficiente de correlação, análise de regressão etc.

Marconi e Lakatos (2008, p.269) referem que a metodologia qualitativa “preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendencias de comportamento etc.” Os autores colocam que o método quantitativo e qualitativo não se diferencia apenas na aplicação de instrumentos estatísticos, mas sim pela forma de coleta e análise dos dados.

Os dados quantitativos estão voltados para o perfil social e de formação das enfermeiras que trabalham na UTI do Hospital Regional de Cajazeiras.

A abordagem quanlitativa está voltada para o análise dos hábitos, atitudes e o comportamento dessas enfermeiras (os) no que diz respeito aos cuidados prestados aos pacientes do referido setor.

#### **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida na UTI do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), localizado na cidade de Cajazeiras – PB, Alto Sertão da Paraíba. O local selecionado para o estudo trata-se de um hospital de médio porte, atendendo a demanda proveniente de todas as cidades limítrofes da região.

A opção por esta instituição deve-se ao fato desta ser referência para a cidade e campo de estágio da pesquisadora, o que possibilitou o acesso da mesma nas dependências hospitalares.

### **4.3 População e amostra**

A população é constituída pelos profissionais da equipe de enfermagem que atuam no setor de Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Cajazeiras. A equipe é composta por 26 profissionais de enfermagem, esta por sua vez é distribuída nos turnos diurno e noturno. A amostra foi selecionada de acordo com a disponibilidade destas pessoas, levando em consideração a participação voluntária na pesquisa após a explicação dos objetivos do trabalho e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### **4.4 Posicionamento ético das pesquisadoras**

As pesquisadoras seguiram as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A). Este aborda aspectos como: a participação voluntária; confidencialidade dos dados; anonimato; desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação dos resultados do estudo. Vale salientar que, o projeto foi encaminhado ao Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria.

### **4.5 Instrumento de coleta de dados**

Para alcançar os objetivos propostos, os dados foram coletados por meio de um questionário aplicado a enfermeiras da UTI (apêndice – B), contendo itens que identificaram fatores que contribuem para os riscos de infecção na UTI, e em especial enfocou, os princípios da prevenção e do controle de infecção.

Dentre estes foram destacados: tempo de permanência na UTI, os procedimentos invasivos mais realizados, uso da técnica asséptica na realização desses procedimentos, realização de curativos diariamente, tempo de permanência com cateterização vesical de

demora, cateter venoso central, intubação traqueal, ventilação mecânica, traqueostomia e nutrição parenteral.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados quantitativos foram analisados no programa Microsoft Excel, através do índice de frequência e percentual, com representação por meio de gráficos e tabela. Os dados qualitativos foram analisados utilizando-se a técnica do discurso do sujeito coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003), que consiste em um conjunto de falas individuais nos quais são retiradas as idéias centrais para a construção de um discurso-síntese que representa o pensamento coletivo. As etapas desta técnica foram as seguintes:

1. Seleção das expressões-chaves: estas expressões foram retiradas de cada discurso particular, copiando integralmente as respostas referentes a cada questão, sendo estas a representação do conteúdo discursivo;
2. Destaque das idéias centrais: estas idéias foram destacadas nas expressões-chaves e representam a síntese dessas expressões;
3. Identificação das idéias centrais: as idéias centrais e complementares destacadas de cada discurso foram separadas e colocadas nas caselas correspondentes;
4. Reunião das idéias centrais e semelhantes com mesmo sentido em grupos identificados por letras ou outro código;
5. Denominação de cada grupo que expresse da melhor maneira possível as idéias centrais e semelhantes;
6. Construção de um discurso síntese que corresponde à construção do discurso do sujeito coletivo.



## **5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

## 5.1 Dados de caracterização da amostra

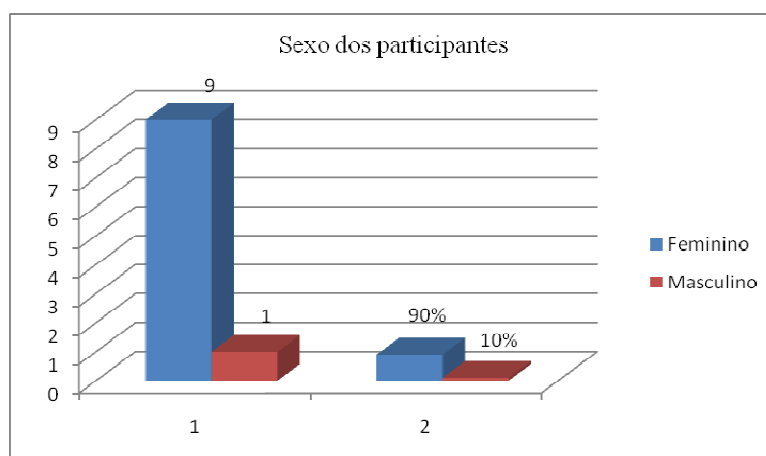
Participaram dessa pesquisa um total de 10 profissionais, o que correspondeu a 38,5% da população atuante na UTI estudada. No período determinado para a coleta de dados, três profissionais estavam de férias, dois de licença médica, sete se recusaram a participar e quatro não estavam na UTI nos dias da coleta.

Para a apresentar os resultados considera-se as variáveis quantitativas: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de formação e cursos de aperfeiçoamento.

De acordo com Triplle *et al.* (p. 249, 2003) “A formação significa o ato, efeito ou modo de formar; maneira pela qual se constitui uma mentalidade, um caráter ou um conhecimento profissional”. Os autores ressaltam que para o profissional desenvolver uma prestação de cuidados com qualidade é necessário que este tenha perfil pessoal, profissional e disciplinar, amplos e qualificados.

### Aspectos Sociais

Os sujeitos da pesquisa em relação ao sexo, observa-se um predomínio feminino (90%) e masculino (10%), resultado esse que se encontra em consonância com diversos estudos, reafirmando o predomínio da força de trabalho em profissões como enfermagem, representada em sua maior parte, por mulheres, conforme apresenta o (gráfico 01) (ASKARIAN et al. 2006).



**Gráfico 01** – Distribuição dos participantes, conforme o sexo.

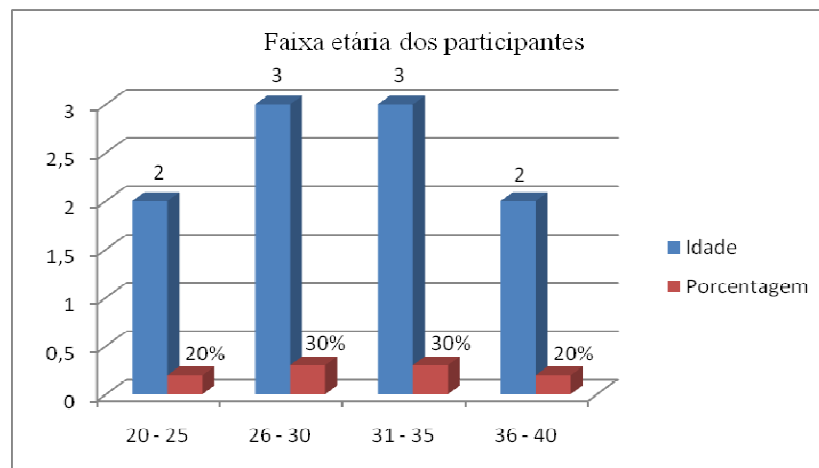
**Fonte:** dados da pesquisa, 2009.

A enfermeira Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem moderna em todo o mundo, obtendo projeção maior a partir de sua participação como

voluntária na Guerra da Criméia. Na Inglaterra Vitoriana (1892) institucionalizou a enfermagem para mulheres (LOPES; LEAL, 2005).

Os fundamentos que guiaram Florence na criação da escola de enfermagem segundo Nash (1980) foram originados também, de suas experiências anteriores a guerra.

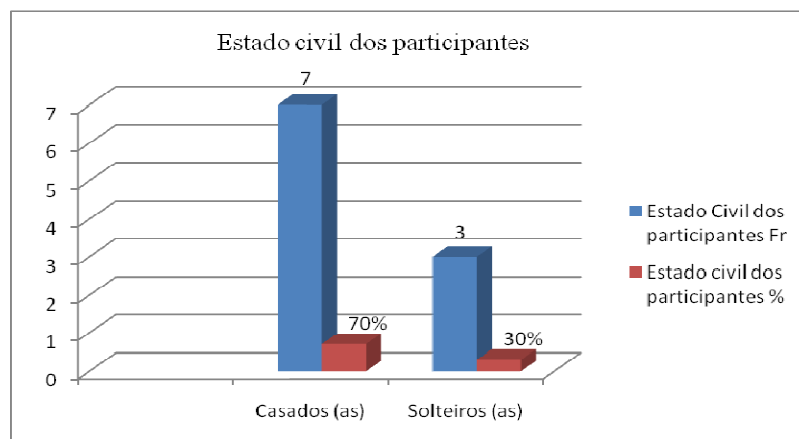
A idade variou entre 20 – 40 anos, sendo predomínio as idades entre 26 – 30 (30%) e 31 – 35 (30%) (gráfico 2).



**Gráfico 02** – Distribuição dos participantes, conforme faixa etária.  
**Fonte:** dados da pesquisa, 2009.

Pode-se afirmar ainda que a maioria é jovens. Isto mostra uma maior disposição pra desempenhar o trabalho. De acordo com Freitas; Oguisso (2007) essa faixa etária é constituída, em geral, por pessoas pouco experientes na profissão, embora as mesmas mostram conhecimentos nos riscos e cuidados de adquirir infecção.

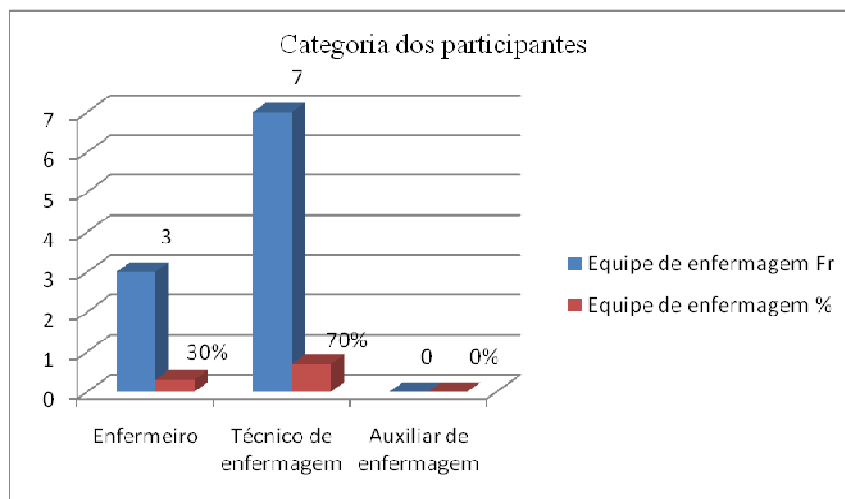
Do total de entrevistados pode-se destacar que a maioria (70%) é casado(a) (gráfico 3).



**Gráfico 03** – Distribuição dos participantes, conforme estado civil.  
**Fonte:** dados da pesquisa, 2009.

Segundo Santos; Alves e Bezerra (2009) por esses profissionais na maioria ser casado (a) e a maioria do sexo feminino podem surgir problemas como desgaste emocional. E estas mulheres podem apresentar dedicação às atividades relacionadas à vida em família e atividades domésticas. Podendo isto refletir no desempenho profissional.

Quanto a categoria dos participantes entre estes profissionais, três (30%) enfermeiros e sete (70%) técnicos de enfermagem (gráfico 4).

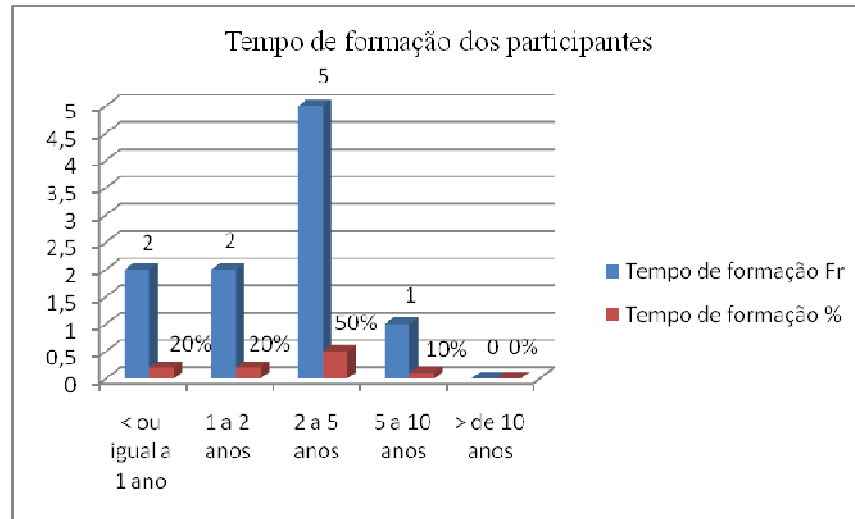


**Gráfico 04** – Distribuição dos participantes, conforme Categoria dos participantes.

**Fonte:** dados da pesquisa, 2009.

É perceptível a necessidade de mais profissionais enfermeiros, isto por eles estarem mais aptos segundo Fakih; Carmagnani e Cunha (2006) ao desempenho de procedimentos de alta complexidade. Ainda os autores citam que a deficiência do número de enfermeiros ocorre em todos os serviços de enfermagem. As UTIs necessitam de um número maior de enfermeiros, no entanto, está baixo como mostra o gráfico.

Quanto ao tempo de formação, 20% dos participantes possuem tempo menor ou igual a um ano, 20% possuem de um a dois anos, 50% de dois a cinco anos, e 10% possuem de cinco a dez anos. Dentre estes podemos destacar o tempo de formação de dois cinco anos, que é de predomínio dos profissionais técnicos de enfermagem do local da pesquisa (gráfico 5).

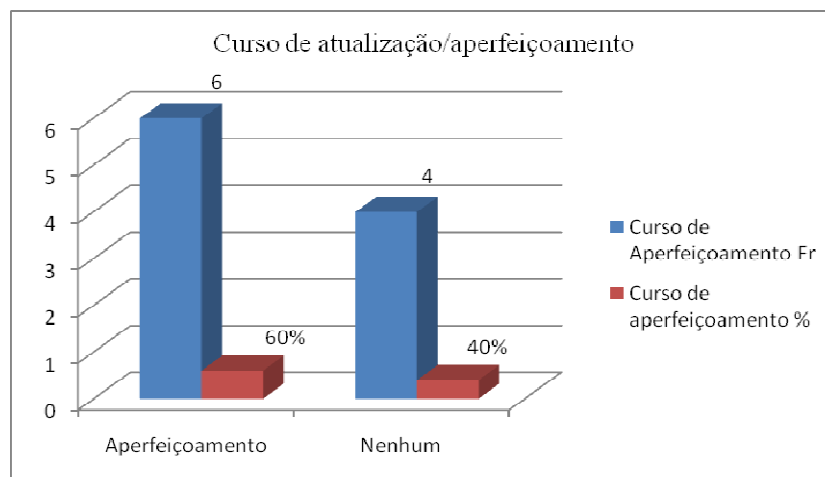


**Gráfico 05** – Distribuição dos participantes, conforme tempo de formação.

**Fonte:** dados da pesquisa, 2009.

Conforme apontam Carvalho e Kalinke (2008) o tempo de formação da equipe de enfermagem pode indicar a experiência deste profissional no mercado de trabalho, revelando suas competências e habilidades. A época de formação deste profissional pode refletir também no tipo de formação que obteve.

Com relação a realização de cursos de aperfeiçoamento 60% dos participantes tem curso de aperfeiçoamento e 40% não possui (gráfico 6)



**Gráfico 06** – Distribuição dos participantes, conforme curso de atualização/aperfeiçoamento.

**Fonte:** dados da pesquisa, 2009.

A realização de cursos de especialização ou treinamento específico na área de atuação também foi predominante. Isto significa que os participantes estão investindo em aperfeiçoamentos, fazendo com que seu trabalho seja mais qualificado.



A educação continuada deve ser sempre enaltecida, buscada e incentivada. Através dela, o profissional estará sempre capacitado e atualizado com novas técnicas, procedimentos, e equipamentos tecno-científicos (CAMPOS *et al.* 2009). Sendo assim é necessário que os profissionais de saúde façam uma educação continuada para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

## Discurso dos Sujeito Coletivo

**Questão 1** – Para você o que é infecção hospitalar?

IDÉIA CENTRAL 01	DISCURSO DO SUJEITO
<p>É uma infecção causada por microorganismo presentes no ambiente hospitalar</p>	<p>É toda infecção em ambiente hospitalar [...]; [...] causada por microorganismos, que só se encontra em ambiente hospitalar[...]; [...] por o hospital ser um ambiente que apresentar vários microorganismos; [...] adquirida com internação e após alta; [...] são acometidos por microorganismos que se proliferam e estes se encontram no ambiente hospitalar.</p>

**Quadro 1** – Idéia central 01 e discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo em resposta à pergunta: Para você o que é infecção hospitalar?

No discurso do sujeito coletivo, os participantes da pesquisa direcionam o desenvolvimento das infecções ao ambiente hospitalar, por o hospital ser um local onde existe os mais diversificados microorganismos. Apontam também que a infecção pode ser adquirida fora do setor hospitalar, no caso de uma alta ou adquirida por internações anteriores.

De acordo com Couto, Pedrosa e Nogueira (1999) a infecção hospitalar pode ser definida como qualquer infecção adquirida após a internação do paciente, esta pode se manifestar durante a admissão ou mesmo após a alta, e que pode ser relacionada com a internação e/ou procedimentos hospitalares.

São também convencionadas infecções hospitalares segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) aquelas manifestadas antes de 72 horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período.

Concorda-se com Bolick *et al.* (2004) que essa infecção pode ser causada pela microbiota do próprio paciente, ou por microrganismos encontrados no ambiente em que ele vivia. Internações hospitalares mais longas e contato dos pacientes com diversos profissionais da área de saúde, além de estudantes e membros da equipe, são fatores que contribuem para esse aumento. Nesse sentido, nem sempre a infecção hospitalar é ocasionada por microrganismos do hospital como erroneamente o discurso do sujeito coletivo colocou e sim, está, em sua maioria, relacionada a patógenos da microbiota do próprio paciente.

**QUESTÃO 02: Quais os procedimentos que você realiza que estão relacionados a predisposição para infecção hospitalar?**

IDÉIA CENTRAL 02	DISCURSO DO SUJEITO
Procedimentos invasivos e não lavagem das mãos.	Aspiração incorreta, sondas de demora, não lavagem das mãos ao entrar em contato com pacientes antes e depois dos procedimentos [...]; [...] realização de procedimentos invasivos [...]; não lavagem de mão, quebra de técnicas como na inserção de um gelco [...]; [...] manuseio de drenos [...]; [...] manipulação de sondas nasogástricas e vesical [...].

**Quadro 2** – Idéia central 02 e discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo em resposta à pergunta: Quais os procedimentos que você realiza que estão relacionados a predisposição para infecção hospitalar?

Nos discursos a equipe de enfermagem mostra que o manuseio de procedimentos invasivos é um grande risco de desenvolvimento de infecção, e que estas podem ser minimizadas se utilizadas de forma asséptica.

A literatura (PEDROSA, 1999) aponta como principais preocupações na prestação da assistência ao cliente em UTI, referentes a infecção, os fatores intrínsecos relacionados à doença motivadora da internação e imunodepressão e os fatores extrínsecos relacionados aos procedimentos invasivos, ao ambiente e qualidade dos cuidados.

Os determinantes de risco de infecção hospitalar como aponta Martone et al. (1998) estão entre as características e exposições dos pacientes que o predispõem às infecções. Os pacientes submetidos a esses fatores apresentariam taxas mais elevadas de infecção hospitalar.

Segundo Andrade, Leopoldo e Haas (2006) os pacientes críticos são comumente agredidos por múltiplos procedimentos invasivos e têm os mecanismos de defesa imunológicos comprometidos o que exige o uso de antimicrobianos, especialmente, os de última geração. Com base nesse entendimento, a seleção do microorganismo adequado é extremamente importante, além do seguimento das precauções padrão e de rigorosa técnica asséptica em todos os procedimentos invasivos.

Dessa forma, o discurso dos participantes evidencia que é necessário cautela, conhecimento e prática na realização desses procedimentos, para que o paciente não venha estar susceptível à infecção.

**QUESTÃO 03: Quais medidas que você adota para prevenir ou controlar a infecção hospitalar?**

IDÉIA CENTRAL 03	DISCURSO DO SUJEITO
<p>Utilizo as precauções padrão e técnica asséptica ao realizar os procedimentos invasivos.</p>	<p>Assepsia no paciente para a realização de procedimentos como acesso venoso [...]; [...] higiene adequada dos pacientes [...]; [...] lavagem de mãos ao manusear pacientes e materiais; [...] desinfecção do ambiente[...]; [...] uso de luvas, máscaras[...]; [...] realização de curativos de forma asséptica [...].</p>

**Quadro 3** – Idéia central 03 e discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo em resposta à pergunta: Quais medidas que você adota para prevenir ou controlar a infecção hospitalar?

O discurso do sujeito coletivo deixa transparecer que a importância da lavagem das mãos e realização de técnicas assépticas na prestação de cuidados aos pacientes minimizam os risco de adquirir infecção hospitalar. Nesse sentido, os participantes demonstram que estão preparados para prestar cuidados de qualidade aos pacientes internados na UTI.

Além dos procedimentos invasivos e de outros fatores, variáveis relativas ao ambiente, ao dimensionamento de pessoal e outras têm sido relatadas na literatura Pannnut (1997) como possíveis fatores de risco para aquisição de infecções hospitalares. Dentre esses, estão aqueles relacionados à assistência de enfermagem.

A equipe de enfermagem, evidência ainda uma preocupação com os riscos de infecção que estão sujeitos os paciente internados na UTI. No discurso dos entrevistados é apontado a importância da limpeza e a desinfecção da unidade estudada. Pode-se destacar também o uso de luvas e lavagem de mão como medidas de prevenção.

A higienização das mãos para Lira *et al.* (2004) nos programas de prevenção e controle das infecções hospitalares, é uma prática prioritária, considerada ser a ação mais importante para reduzir as taxas dessas infecções no ambiente hospitalar. O objetivo do processo de higienização das mãos é o de diminuir a transmissão de microorganismos pelas mãos, prevenindo as infecções.



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No contexto da assistência de enfermagem em UTI, onde os pacientes são de maior risco, a freqüente e inevitável aplicação de procedimentos invasivos e a administração de antibióticos, a atenção às medidas preventivas reveste-se de redobrado significado.

Quanto mais prolongada for a internação maior é a probabilidade do desenvolvimento de complicações infecciosas e, portanto, a redução dos períodos de internação hospitalar é desejada a fim de reduzir a exposição dos pacientes aos fatores de risco para o desenvolvimento destas complicações.

O estudo foi realizado com a equipe de enfermagem da UTI e estas mostraram suas percepções em relação aos fatores de risco e formas de prevenção. É visto que o tempo de formação é recente na maioria dos casos, menor ou igual a um ano (20%), um a dois anos (20%), dois a cinco anos (50%), cinco a dez anos (10%). Dos entrevistados 60% investem em cursos de aperfeiçoamento. Considera-se que os dados encontrados podem servir para reflexão de suas práticas buscando aperfeiçoar mais ainda o seu trabalho.

Nesta pesquisa é mostrado também que a vigilância e o controle de microrganismos resistentes são de grande relevância nas instituições hospitalares, principalmente onde a disseminação ainda é elevada bem como naqueles onde é desconhecida pelo risco da não-identificação. Os riscos ligados às atividades na área de saúde indicam a necessidade de um planejamento das atividades por meio de normas e medidas de biossegurança.

Lembrar que a lavagem das mãos é essencial no controle das IH, e que esta deve ser realizada frequentemente, antes da realização dos procedimentos e depois.

Os profissionais precisam buscar novos conhecimentos, habilidades e atitudes na área, fazendo com que, cada vez mais, seu trabalho seja valorizado e ao mesmo tempo, indispensável dentro das instituições prestadoras de assistência à saúde.

A pesquisa serviu para analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os riscos dos pacientes adquirirem infecção na Unidade de Terapia Intensiva e que a equipe do hospital trabalhado está ainda necessitando de maiores esclarecimentos acerca do controle da infecção hospitalar.

Espero que discussões voltadas para esse tema sejam abordadas e que esta pesquisa contribua para o enriquecimento do conhecimento da enfermagem e demais profissionais, no que se refere aos riscos, controle e prevenção de infecções hospitalares no setor de Unidade de Terapia Intensiva.

## **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, D.; LEOPOLDO, V. C.; HAAS, V. J. Ocorrência de bactérias multiresistentes em um centro de Terapia Intensiva de Hospital brasileiro de emergências. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. São Paulo. v.18, n.1, p. 27-33. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo/>>. Acesso em: 25 Set 2009.

ALAMEIDA A.B.S.; ALBUQUERQUE M.B.M. Biossegurança: um enfoque histórico através da história oral. **Hist. Cienc. Saúde Manguinhos**. Rio de Janeiro. v.7, n.1, p.83-171. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo/>> . Acesso em: 25 Set 2009.

ANDRADE, A.C.; SANNA, M. C. Ensino de Biossegurança na Graduação em Enfermagem: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.60, n.5, p. 569-572.2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo/>>. Acesso em: 25 Set 2009.

ASKARIAN, M.; ARAMESH, K.; PALENIK, C. J. Knowledge, attitude, and practice toward contact isolation precautions among medical students in Shiraz, Iran. **American Journal of Infection Control**. New York, v. 34, n. 9, p. 593-596, nov. 2006.

ANDRADE, G. M. **Custos da Infecção Hospitalar e o Impacto na Área da Saúde**. Brasília Med.v.1, n.42, p.48-50. 2005. Disponível em: <<http://www.ambr.com.br/>>. Acesso em: 16 Set 2009.

ANVISA. Anvisa admite preocupação com a proliferação de superbactérias e prepara medida de controle de infecções. Sociedade Brasileira de Infectologia. **Correio Braziliense**. Brasília. 2009. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/>>. Acesso em: 25 Set 2009.

ALVES, Débora Cristina Ignácio and EVORA, Yolanda Dora Martinez. Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controle de infecção



hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.10, n.3, p. 265-275. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 13 Ago 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.616**, de 12 de maio de 1998. Expede na forma de anexos diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União. jul. 1998. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br/portaria/>>. Acesso em : 21 Ago 2009.

BRASIL. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF; Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 196/MS**, de 24 de Junho de 1983. Expedir na forma dos anexos, instruções para o controle e prevenção das infecções hospitalares. Diário Oficial da União. Jul 1983. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/>>. Acesso em: 21 Ago 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar**. 2009. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 25 Set 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde**. São Paulo: UNIFESP, 2004.

BOLICK, D. et al. **Segurança e controle de infecção**. 1 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

CAMPOS, G. F. et al.; Cuidados de Enfermagem e ocorrências Iatrogênicas na UTI. **Webartigos**. Goiânia. 2009. Disponível em : <<http://www.webartigos.com/>>. Acesso em: 18 Jul 2009.

CARVALHO, D.R.; KARLINE L.P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**. Paraná. v.7, p. 82-95, 2008. Disponível em: <<http://www.utp.br/enfermagem/boletim/>>. Acesso em: 18 Jul 2009.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. Infecção hospitalar: epidemiologia e controle. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. Medsi, 1999.

CAVALCANTI, S.M.M. et al.; Estudo comparativo da prevalência de Staphylococcus aureus importado para as unidades de terapia intensiva de hospital universitário, Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo. v.9, n.4, p. 436-446. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 Ago 2009.

FONTANA, R. T.; LAUTERT, L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v.59, n.3, p. 257-261, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 Ago 2009.

FAKIH, F. T.; CARMAGNANI, M. I. S.; CUNHA, I. C. K. O. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v.59, n.2, p. 183-187, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 Ago 2009.

FREITAS, G.F.; OGUISSO, T.; Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo. v.20, n.4, p.489-494, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 Ago 2009.

JUNIOR A.F.S.; JUNIOR A.F.R.S.; PINTO A.M. Emprego do Plano-Sequência no Gerenciamento da Roupa Hospitalar: Avaliação de Aspectos de Biossegurança. **Prática Hospitalar**. São Paulo. v.7.n.38, mar-abr 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/>> Acesso em: 10 Ago 2009.

HOEFEL, H. H. K.; KONKEWICE, L. R. Vigilância, prevenção e controle de infecções hospitalares em terapia intensiva. In: BARRETO, S. S. M.; VIEIRA, S. R. R.; PINHEIRO, C. T. S. **Rotina em Terapia Intensiva**. 3ed. Artmed Editora. São Paulo. p.635-661. 2001

LIMA, M. E.; ANDRADE, D.; HAAS, V. J. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo. v.19, n.3, p. 342-347. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 13 Jun 2009

LEFÉVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu, Campinas**. v. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 08 Jul. 2009.

LIRA, M.C., HINRICHSEN S.L., ANJOS A.B., BORGES M.G.A., PEREIRA M.G.B., DANDA G.J.N. Higienização das mãos. In: Hinrichsen SL. Biossegurança e Controle de Infecções - risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro. MEDSI; 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 04 Jul. 2009.

MACHADO, A. R. L.; COLARES, S. M.; PIVA, J. P. Controle de infecção na UTI pediátrica. In: PIVA, J. P.; CARVALHO, P.; GARCIA, C. **Terapia Intensiva em Pediatria**. 4 ed. MEDSI. Rio de Janeiro. p. 407-431. 1997.

MARTONE W.J.; JARVIS W.R.; EDWARDS J.R.; CULVER D.H., HALEY R. Incidence and nature of endemic and epidemic nosocomial infections. In: BENNETT J.V., BRACHMAN P.S. **Hospital infection**. 4th ed. New York: Lippicott-Raven Publishers; p. 461-76. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/>, acesso em: 10 Ago 2009.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

NASH, R. **Um esboço da vida de Florence Nightingale**. Rio de Janeiro. EEAN/UFRJ. 1980.

OLIVEIRA, A. C.; HORTA, B.; MARTINHO, G. H.; DANTAS, L. V.; RIBEIRO, M. M. Infecção hospitalar e resistência bacteriana em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. **Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/>, acesso em: 10 Ago 2009.

PEREIRA, M. S.; SOUZA, A. C. S.; TRIPPLE, A. C. F. V.; PRADO, M. A. A Infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Goiânia. Abr-Jun; v.14, n.2, p.7-250. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 1 Jun 2009.

PEREIRA, M. S.; PRADO, M. A.; SOUSA, J. T.; TIPPLE, A. F. V.; SOUZA, A. C. S. - Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de terapia Intensiva: desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.2, n.1, out-dez. 2000. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/>, acesso em: 1 Jun 2009.

PEDROSA, T.M.G. & COUTO, R. C. Prevenção de infecção em terapia intensiva de adultos e pediátrica. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção Hospitalar: epidemiologia e controle**. Belo Horizonte: MEDSI, 1999. p. 527.

PANNUTI, C. Hospital environment for high risk patients. In: WENZEL, R.P. Prevention and control of nosocomial infections. 3a ed. Baltimore, Williams & Wilkins. cap.24. p.463-89. 1997.

RICHARDSON et al. Pesquisa Social: métodos e técnicas. In: MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROSENTHAL V.D., GUZMAN S., ORELLANO P.W. Nosocomial infections in medical-surgical intensive care units in Argentina: Attributable mortality and length of stay. **Am J Infec Control.** v.31: p.5-291. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 1 Set 2009.

SAÚDE, Ministério da Saúde. **Portaria 2616** a qual “dispõe sobre o programa de Infecção Hospitalar”. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 25 Set 2009.

SILVA, R. C. L.; VOIVODIC, R.; RANGEL, J. R.; RODRIGUES, A. S.; “Quimo” Enfermagem política pública de Saúde Legislação-SUS. **Ed. Águia Dourada.** Rio de Janeiro. p.228-237. 2006.

SANTOS, F.E.; ALVES, J.A.; RODRIGUES A.B. Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Einstein.** v.7 p.58-63.2009

TURRINI, R. N. T. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo. v.34, n.2, p. 174-184. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 16 Set 2009.

TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga et al. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto. v.11, n.2, p. 245-250, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 16 Set 2009.

VEIGA, J.F.F.G.; PADOVEZE, M. C. **Infecção Hospitalar Informações para o Público.** 2003. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: 10 Ago 2009.

KUSAHARA, D. M.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Colonização orofaríngea de crianças à admissão em uma unidade de cuidados intensivos. **Acta paul. enferm.** Paulo. v.20, n.4, p. 421-427. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em Jun 2009.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: Conhecimento de Profissionais de Enfermagem Sobre Risco de Infecção Hospitalar em Pacientes Internados em UTI.**

**Pesquisador responsável:** Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

**Pesquisador participante:** Beatriz Alencar Vieira.

Eu, \_\_\_\_\_ R.G \_\_\_\_\_  
CPF, \_\_\_\_\_ residente na \_\_\_\_\_, fui informado (a) que este projeto tem o objetivo analisar o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre risco de infecções hospitalares durante a assistência aos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: será enviado um ofício ao hospital solicitando autorização para realização da pesquisa. Deferido o pedido, terá início a coleta de dados junto ao participante. Após coletados serão analisados e apresentados.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

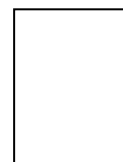
Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras-PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250 / 3335-4586.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto/ou autorizar que \_\_\_\_\_ participe da pesquisa.

Cajazeiras – PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Nome do sujeito/ou do responsável:**.....

**Assinatura:** .....



**Testemunhas** (não ligadas à equipe de pesquisa):

**Testemunha 1:**

Nome: .....

Assinatura: .....

**Testemunha 2:**

Nome: .....

Assinatura: .....

---

Assinatura do pesquisador responsável





## APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### 1. Dados sobre a entrevista

Iniciais: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ (INÍCIO) \_\_\_\_\_ (TÉRMINO)

#### 2. Dados referentes ao participante do estudo

Sexo: ( ) F ( ) M

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

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

Tempo de formação: ≤ 1 ano ( ) 1 a 2 anos ( ) 2 a 5 anos ( )

5 a 10 anos ( ) > 10 anos ( )

Curso de atualização/aperfeiçoamento: \_\_\_\_\_

#### 3. Questões norteadoras:

A. Para você o que é infecção hospitalar?

B. Quais os procedimentos que você realiza que estão relacionados a predisposição para infecção hospitalar?

D. Quais medidas que você adota para prevenir ou controlar a infecção hospitalar?



## APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**  
**CAMPUS DE CAJAZEIRAS-PB**

**OFÍCIO CCE/CFP/Nº.04**

**Da: Coordenação do Curso de Enfermagem**

**Á: Unidade de Terapia Intensiva - UTI**

**Sr. Antônio Fernandes Filho**

Venho por meio deste, solicitar a V. As. Autorização pra a aluna Beatriz Alencar Vieira, matricula N° 50522116, coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) Ao Curso de Graduação em Enfermagem intitulada: **CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI.**

Sob a orientação da professora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.

Durante o período de Julho e Novembro de 2009.

Atenciosamente,

---

Anúbes Pereira de Castro  
Coordenadora de Enfermagem

---

Sr. Antônio Fernandes Filho  
Diretor Geral