



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMACAO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANDRESSA PEDROZA PEREIRA

CONHECIMENTO E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA
INFECÇÃO HOSPITALAR (IH) EM HOSPITAL PÚBLICO DO
SEMIÁRIDO PARAIBANO

CAJAZEIRAS - PB

2012

ANDRESSA PEDROZA PEREIRA

**CONHECIMENTO E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA
INFECÇÃO HOSPITALAR (IH) EM HOSPITAL PÚBLICO DO
SEMIÁRIDO PARAIBANO**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Dr. Antonio Fernandes Filho.

CAJAZEIRAS – PB

2012

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

P436c

Pereira, Andressa Pedroza

Conhecimento e adesão dos profissionais da enfermagem sobre as estratégias de controle da infecção hospitalar (IH) em hospital público do semiárido paraibano./Andressa Pedroza Pereira. Cajazeiras, 2012.

69f. : il.

Orientador: Antônio Fernandes Filho
Monografia (Graduação) – CFP/UFCG

1.Infecção Hospitalar. 2.Hospital Público – Semiárido Paraibano – Infecção. I. Fernandes Filho, Antonio
II.Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 616-022.36

ANDRESSA PEDROZA PEREIRA

**CONHECIMENTO E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA
INFECÇÃO HOSPITALAR (IH) EM HOSPITAL PÚBLICO DO
SEMIÁRIDO PARAIBANO**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ____/____/2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Antonio Fernandes Filho
UACV/CFP/UFCG
Orientador

Profa. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
UACV/CFP/UFCG
Examinadora

Profa. Esp. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues
UACV/CFP/UFCG
Examinadora

Dedico esta vitória aos meus pais, por todo o amor, carinho e dedicação que nunca me faltou e por sempre acreditarem em mim, mesmo diante das dificuldades encontradas ao longo do caminho. A vocês todo o mérito!

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, acima de tudo, pelo dom da vida e por estar sempre me abençoando e guiando meus passos durante esta conquista. A Ti, toda honra e toda glória! Muito obrigada, Senhor!

Aos meus pais **Antonio** e **Auxiliadora**, minha fortaleza, pelo o amor e dedicação dados a mim até hoje. Agradeço eternamente por todos os esforços, renúncias e palavras de apoio direcionadas nas horas mais difíceis; pela confiança em mim depositada, sempre acreditando que eu seria e sou capaz de realizar qualquer sonho; e por nunca hesitarem em me ajudar quando precisei. É indescritível o meu amor, respeito, admiração e agradecimento a vocês por tudo em minha vida. Amo vocês, meus heróis!

Ao meu irmão **André**, agradeço imensamente pelas renúncias feitas durante esses anos para me ver aqui concretizando este sonho, pela ajuda e compreensão nos momentos difíceis, e pela torcida e certeza de que eu iria conseguir. Você é o melhor irmão que alguém poderia ter! Te amo muito, Dedé!

À minha tia **Eliete** (*in memoriam*), pelo apoio e confiança dado em vida, por acreditar no meu potencial e ter certeza de que eu seria uma ótima profissional. Sei que de onde estiver, estás olhando por mim junto de Deus. Essa vitória também é sua, tia!

Aos meus **tios, primos** e vó **Rita**, que torceram por mim e acreditaram nesta realização. Aos meus avôs (*in memoriam*), principalmente vó **Antonio Damião**, que tanto queria me ver concretizando este sonho, obrigada pelo o amor, afeto e apoio. Tenho certeza que estão me vendo e vibrando felizes com essa vitória.

Ao meu orientador e grande amigo, **Antonio Fernandes Filho** pela paciência e pelas maravilhosas contribuições dadas na condução deste trabalho, tornando-o objeto prazeroso e instigante para sua concretização. Além de tudo, agradeço à Deus novamente, mas desta vez por ter me presenteado com sua amizade e confiança, algo indispensável e que levarei por toda a minha vida. Muito obrigada por tudo!

Aos meus amigos **Geusianny, Pedrosa Neto, Mayara, Pedro, Vécia, Larissa, Camillinha** pela amizade, apoio e compreensão nos momentos de tensão e dificuldade.

À **turma de enfermagem 2008.1**, por todos os momentos vividos ao longo desses anos e aos demais amigos que conquistei durante esta caminhada, principalmente **Larissa** e **Luana**. Agradeço pelas amizades verdadeiras que cativei e que levarei comigo por onde eu for, em especial à **Sibely, Thalyta, Graziela** e **Hirla**, por me apoiarem e estarem sempre ao meu lado. Amo vocês e já sinto saudades de tudo isso!

Aos **professores**, obrigada por todo o conhecimento repassado com tanto empenho e dedicação, fazendo o melhor para nos tornarmos excelentes futuros profissionais.

Aos **profissionais de enfermagem** do Hospital Regional de Sousa, por terem participado e colaborado com a realização desta pesquisa.

À todos que não citei aqui, mas que estão presentes em minha vida e sabem da sua importância nela, àqueles que direta ou indiretamente contribuíram com uma palavra de apoio ou um gesto amigável, o meu muito obrigada. Todos vocês foram fundamentais nessa jornada. Sem vocês não seria.

Muito Obrigada!

PEREIRA, Andressa Pedroza. **Conhecimento e adesão dos profissionais da enfermagem sobre as estratégias de controle da Infecção Hospitalar (IH) em hospital público do semiárido paraibano.** Trabalho de Conclusão de Curso [graduação]. 71f. Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2012.

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Infecção Hospitalar (IH) é definida como a infecção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outro motivo que não essa infecção; ou uma infecção que ocorre num cliente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Sendo assim, o presente estudo objetivou analisar o conhecimento e a adesão dos profissionais da enfermagem que atuam na UTI acerca das estratégias de prevenção e controle da IH, identificar os fatores que interferem nesta adesão e estimular, através do conhecimento gerado por este trabalho, estratégias mais eficazes na adesão dos profissionais da enfermagem às práticas de controle da IH. A pesquisa foi desenvolvida na UTI do Hospital Regional Dep. Manoel Gonçalves Abrantes, Sousa – PB. Foi utilizado um questionário semi estruturado utilizado em estudos exploratórios, com abordagem quantitativa onde a amostra foi constituída por 20 profissionais de enfermagem, sendo 04 Enfermeiros e 16 Técnicos de Enfermagem. Observamos que os profissionais de enfermagem da instituição em questão, de um modo geral, possuem um conhecimento ainda “limitado” acerca da problemática da IH. Com relação à adesão às medidas de prevenção e controle da IH, vimos que a instituição contribui positivamente para a otimização destas medidas, apesar de apresentar algumas falhas, mas que podem ser facilmente corrigidas. Sendo assim, evidenciou-se que a pequena adesão à estas medidas relacionam-se mais aos próprios profissionais, seja por não conhecerem os verdadeiros motivos para realizá-la ou por mera resistência. Percebemos por fim, a necessidade de: realização do mapeamento microbiológico da UTI a fim de identificar os patógenos envolvidos e prevenir a IH neste setor com mais propriedade; educação continuada dos profissionais através da implementação de estratégias mais eficazes, seja por capacitações ou treinamentos, com o intuito de aprimorar os conhecimentos da equipe e consequentemente aumentar a adesão desta categoria às medidas de prevenção e controle.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Conhecimento; Adesão; Prevenção; Profissionais de Enfermagem

PEREIRA, Andressa Pedroza. **Knowledge and adherence of nursing professionals on strategies for hospital infection control (IH) in the semiarid paraibano public hospital.** Completion of course work [graduation]. 71F. Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2012.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), the Infection Hospital (IH) is defined as the infection acquired in the hospital for a patient who was hospitalized for another reason than this infection; or an infection that occurs in a client admitted in a hospital, or other health care institution, and who was not present, nor in the incubator, at the time of admission. Thus, the present study aimed to analyze the knowledge and support of nursing professionals who work in the ICU on the strategies for prevention and control of IH, identify the factors that interfere in this membership and encourage, through the knowledge generated by this work, more effective strategies to adherence of nursing professionals to control practices of IH. The research was developed at the Regional Hospital's ICU Dept. Manoel Gonçalves Abrantes, Sousa - PB. A semi structured questionnaire was used in exploratory studies, quantitative approach where the sample consisted of 20 nursing professionals, Nurses and 04 nursing e 16 nursing Technicians. We observe that the nursing professionals of the institution concerned, in General, has an even "limited" knowledge about the problem of IH. With respect to compliance with respect to compliance with preventive measures and control of IH, we saw that the institution contributes positively to the optimization of these measures, although presenting some flaws, but that can be easily remedied. Thus, it was evidenced that the little adherence to these measures relate more to own professionals, either by not knowing the real reasons to perform it or by mere resistance. We realize the need to: realization of microbiological ICU mapping in order to identify the pathogens involved and prevent the IH in this sector with more property; continuing education of professionals by implementing more effective strategies, either through training or training in order to improve the knowledge of the team and therefore increase the membership of this category of measures of prevention and control.

Key words: Nosocomial Infection; Knowledge; Prevention; Control; Nursing; Professionals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Identificação dos Profissionais de Enfermagem da UTI do Hospital Regional de Sousa – PB, conforme categoria profissional, sexo, idade, tempo de serviço e turno de trabalho.....	27
Tabela 02 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos motivos pelos quais algumas bactérias causam IH.....	29
Tabela 03 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, sobre a localização das bactérias infectantes no organismo do paciente.....	31
Tabela 04 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos microorganismos mais comumente encontrados na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	32
Tabela 05 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos pacientes mais susceptíveis à colonização por bactérias na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	33
Tabela 06 - Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, em relação à frequência da presença de cepas multirresistentes na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	34
Tabela 07 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas ao modo de transmissão das Infecções Hospitalares na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	35
Tabela 08 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos principais reservatórios dos microorganismos que causam IH na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	36
Tabela 09 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem relacionadas às medidas de prevenção de IH.....	38
Tabela 10 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais relacionadas à gravidade das doenças causadas por bactérias.....	39
Tabela 11 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem em relação às medidas preventivas para diminuir a disseminação de bactérias na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	40

Tabela 12 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem relacionadas às razões para desobediência no uso dos EPIs na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	41
Tabela 13 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas ao momento de utilização de álcool glicerinado na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	43
Tabela 14 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, em relação ao EPI que apresenta maior dificuldade de utilização na UTI do Hospital Regional de Sousa-PB.....	44
Tabela 15 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas às condutas adotadas para assistir um paciente com IH na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	45
Tabela 16 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos benefícios que as medidas preventivas promovem aos mesmos na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	47
Tabela 17 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos benefícios que as medidas preventivas promovem aos pacientes na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	48
Tabela 18 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos principais fatores que facilitam o emprego das medidas preventivas na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	49
Tabela 19 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos principais fatores que dificultam/impedem o emprego das medidas preventivas na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos riscos que um paciente com IH oferece à equipe de saúde.....	31
Gráfico 02 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas ao medo de contraírem IH.....	37
Gráfico 03 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas à lavagem das mãos ao cuidar de um paciente com IH na UTI do Hospital Regional de Sousa - PB.....	42
Gráfico 04 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem relacionadas à frequência de lavagem das mãos em paciente isolado na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.....	45
Gráfico 05 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, acerca da influência dos colegas na utilização de paramentação adequada.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CDC: Center for Disease Control

CCIH: Comissão de Controle Infecção Hospitalar

CNS: Conselho Nacional de Saúde

EPI: Equipamento de Proteção Individual

HICPAC: Hospital Infection Control Practices Advisory Committee

IH: Infecção Hospitalar

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PB: Paraíba

PU: Precauções Universais

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Humana

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3 PERCURSO METODOLÓGICO	24
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL.....	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	60
ANEXO I – TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES).....	61
ANEXO II – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	62
ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	63
APÊNDICES	66
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	67

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Infecção Hospitalar (IH) é definida como a infecção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outro motivo que não essa infecção; ou uma infecção que ocorre num cliente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Entre estas infecções estão incluídas aquelas adquiridas no hospital que se detectam após a alta, como também as infecções ocupacionais nos profissionais de saúde (WHO, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a IH é conceituada como aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, conforme consta na Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Elas representam dificuldades relacionadas à assistência à saúde e é a principal causa de morbidade e mortalidade hospitalar, aumentando o tempo de internação dos pacientes e, deste modo, elevam os custos dos hospitais e reduzem a rotatividade de seus leitos. Os procedimentos cada vez mais invasivos, aliado à resistência e ao uso indevido dos antimicrobianos são fatores que apontam as infecções hospitalares como um grave problema de saúde pública (OLIVEIRA e MARUYAMA, 2008).

A IH existe em todo o mundo e constitui um peso significativo tanto para os doentes como para a saúde pública. Em 1987, um inquérito de prevalência levado a cabo pela OMS em 55 hospitais de 14 países, que representavam 04 regiões da OMS (Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental), mostrou que uma média de 8,7% dos doentes hospitalizados contraíam infecções hospitalares. A cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de complicações infecciosas adquiridas no hospital (WHO, 2002).

No Brasil, o MS através de um estudo realizado em 1994, mostrou que na avaliação de 8.624 pacientes com mais de 24 horas de internação, onde o tempo médio de permanência foi 11,8 dias, a taxa de IH foi de 15,5%. Por região, estes mesmos índices mostraram que a região Nordeste obteve a segunda maior taxa de IH do país, com 13,1% (OPAS, 2000).

Cerca de 5 a 15% dos pacientes hospitalizados e 25 a 35% dos pacientes admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil, adquirem IH, sendo esta a quarta causa de mortalidade. Embora o número de leitos de UTI represente, comumente, cerca

de 5 a 10% dos leitos de um hospital, estima-se que nesse setor ocorram aproximadamente 25% de todas as infecções hospitalares (LEISER; TOGNIM; BEDENDO, 2007).

Tendo em vista que a problemática da IH assume maior relevância na UTI, a escolha da referida temática está relacionada com os altos índices de incidência de IH, particularmente na UTI, onde há maior número de pacientes gravemente enfermos; à importância do conhecimento que a equipe de enfermagem deve ter sobre as medidas preventivas da IH, uma vez que a adesão às mesmas resulta na diminuição ou controle dos índices de IH; bem como à escassez de trabalhos que explorem esta temática nessa região do Brasil. Sendo assim, o presente estudo objetiva analisar o conhecimento e a adesão dos profissionais da enfermagem que atuam na UTI acerca das estratégias de prevenção e controle da IH, identificar os fatores que interferem nesta adesão e estimular, através do conhecimento gerado por este trabalho, estratégias mais eficazes na adesão dos profissionais da enfermagem às práticas de controle da IH.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A assistência à saúde vem, ao longo dos tempos, crescendo com os avanços científicos e tecnológicos, e tem produzido melhora nas ações de saúde para a população. Embora, se por um lado se observa este desenvolvimento nas ações de saúde, por outro, tem-se notado que problemas antigos ainda perduram como é o caso das infecções hospitalares (OLIVEIRA e MARUYAMA, 2008).

A história do aparecimento das IHS, seu conceito e práticas de prevenção e controle mantêm uma relação estreita com a própria história da atenção à saúde. Sendo assim, suas características de manifestação, assim como os fatores de risco e causalidade modificaram-se com a evolução das concepções dominantes sobre o processo saúde-doença na sociedade e as formas de inserção e de intervenção nos serviços de saúde (LACERDA e EGRY, 1997).

Conceitualmente, a IH é considerada como toda infecção adquirida ou transmitida no espaço hospitalar, tendo surgido no período medieval, época em que foram criadas instituições para alojar pessoas doentes, peregrinos, pobres e inválidos constituindo, inclusive, locais de separação e de exclusão. Nessa época, as práticas de controle de transmissão dessas infecções, ainda não haviam surgido e esses locais não se tratavam de instituições médicas. A medicina era uma prática não hospitalar, exercida sob moldes liberais e individualizados e coerentes com a concepção de mundo que predominava na Idade Média. Logo, as primeiras práticas de controle dessas infecções só foram surgir com a transformação do hospital, de um local de assistência aos pobres, onde as pessoas eram internadas inclusive para morrer, para um local de cura e de medicalização, a partir do século XVIII, na emergência do capitalismo (LACERDA e EGRY, 1997).

Surgem as primeiras medidas básicas de controle de infecção para o atendimento à nova finalidade do hospital. No contexto histórico das infecções hospitalares, em 1847, Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), médico cirurgião húngaro, representou grande importância em Viena, em meados do Séc. XIX, observando as altas taxas de infecção puerperal em mulheres tratadas por médicos que antes haviam realizado necropsias, instituiu a rotina de higiene de mãos com solução clorada, e conseguiu com este simples ato, reduzir as taxas de infecção de 11,4% para 1,3% em um período de sete meses (OLIVEIRA e MARUYAMA, 2008).

A transformação hospitalar e o novo conceito de doença deram origem à enfermagem moderna, tendo como mais nobre representante, Florence Nightingale, nos

hospitais militares ingleses, em meados do século XIX (LACERDA e EGRY, 1997). Sua importante contribuição consistiu na (re)organização dos hospitais, como também na implantação de medidas para o controle das infecções hospitalares, como: a preocupação voltada para os cuidados de higienização, o isolamento dos enfermos, o atendimento individual, a utilização controlada da dieta e a redução de leitos no mesmo ambiente; instituindo medidas de organização, sistematização do atendimento e treinamento de pessoal, especialmente as práticas higiênico- sanitárias que estabeleceu e que colaboraram para a redução das taxas de mortalidade hospitalar daquele tempo (OLIVEIRA e MARUYAMA, 2008).

No Brasil, as primeiras menções ao controle da contaminação hospitalar, termo utilizado na época, apareceram na década de 50, aproximadamente em 1956, com questionamentos quanto a medidas ambientais, práticas com relação aos procedimentos invasivos como as técnicas assépticas, processos de esterilização de material hospitalar e o surgimento de microorganismos resistentes pelo uso inadequado de antibióticos (OLIVEIRA e MARUYAMA, 2008).

Lacerda (2002), analisa a produção científica nacional sobre infecção hospitalar no período que abrange as décadas de 50 a 90, enfatizando a da enfermagem. Tal estudo revela que na década de 50 a resistência a antibióticos já é conhecida, assim como críticas à falta de critérios do seu uso, porém sem ligação com infecção endógena.

Segundo o mesmo autor, na década de 60, o termo IH praticamente não é usado e a produção científica de enfermagem contribui predominantemente com as concepções ambiental e procedimental, no que diz respeito à assepsia, esterilização e desinfecção. Já na década de 70 a IH “moderna” entra definitivamente no cenário das publicações nacionais, reconhecendo-se as suas múltiplas causas, não mais e apenas relacionada ao ambiente e a procedimentos, mas à susceptibilidade individual, à evolução do modelo clínico e a sua incorporação de tecnologia.

Na década de 80, as pesquisas nacionais e a maior relação com centros internacionais favoreceram melhor conhecimento de fontes de microorganismos, fatores de risco e formas de transmissão, o que favoreceu a discussão de mitos e rituais de práticas tradicionais e novas tecnologias. Pela primeira vez, a enfermagem já não publica predominantemente aspectos relacionados a procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização de ambiente e artigos, abordando também infra-estrutura e organização da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). E finalmente na década de 90, a produção volta-se para o aperfeiçoamento dos métodos de coleta de dados de IH e acontece o

reconhecimento da IH ocupacional, que passa a predominar no cenário das preocupações de transmissão de infecção (LACERDA, 2002).

Ao longo do tempo e utilizando-se destes estudos observacionais e das publicações mencionadas acima, vários autores como Smeltzer e Bare (2002) definem a infecção como um indicador para uma interação do hospedeiro com um organismo. Já Silva (2007) *apud* Sousa; Jacome; Arruda (2008), define a infecção como uma invasão de microorganismos capazes de se multiplicar e desenvolver um estado patológico no organismo superior. Para o mesmo autor infecção hospitalar é o termo utilizado para descrever a infecção adquirida depois de determinado tempo de internação no hospital.

No século XIX, Allison e cols. definiram infecção hospitalar como sendo uma infecção adquirida por um paciente, no meio hospitalar, independentemente da enfermidade que havia provocado a sua internação (ANDRADE, 2002 *apud* SOUSA; JACOME; ARRUDA, 2008).

Segundo Andrade (2002, p.18) *apud* Sousa; Jacome; Arruda (2008), o Conselho da Europa, sugere o seguinte conceito:

A infecção hospitalar é toda patologia infecciosa contraída no hospital, devido a microorganismos reconhecíveis clínica e microbiologicamente, e que afeta o paciente, provocada pela internação ou por cuidados que tenham recebido como paciente hospitalar, ou em tratamento ambulatorial, assim como a patologia contraída pelo pessoal de saúde devido à sua atividade e independente dos sintomas se revelarem ou não durante a estada no hospital.

A maior parte das infecções hospitalares é causada por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro; podendo acontecer devido à patologia de base do paciente, procedimentos invasivos e mudanças da população microbiana, geralmente induzida pelo uso de antibióticos (PEREIRA *et al*, 2005).

Aproximadamente dois terços destas infecções são de origem autógena ou seja, a infecção inicia-se a partir da microbiota do paciente, que pode ter origem comunitária ou intra-hospitalar. Porém, 30% destas infecções são preveníveis, onde se pode interferir na cadeia de transmissão dos microorganismos por meio de medidas reconhecidamente eficazes como a lavagem das mãos, o processamento dos artigos e superfícies, a utilização dos equipamentos de proteção individual, no caso do risco laboral e a observação das medidas de assepsia (PEREIRA *et al*, 2005).

A problemática da IH no Brasil aumenta a cada dia, tendo em vista que o custo do tratamento dos clientes com IH é três vezes maior que o custo dos clientes sem infecção. Apesar da legislação vigente no país, os índices de IH continuam altos, 15,5%, o que equivale a 1,18 episódios de infecção por cliente internado com IH nos hospitais brasileiros. Ademais, considera-se mais um agravante, o fato das instituições de saúde pública possuírem a maior taxa de prevalência de IH no país, com 18,4% (MOURA *et al*, 2007).

Nas Unidades de Terapia Intensiva são admitidos os pacientes em estado crítico que precisam de monitorização, de intervenções terapêuticas e de procedimentos médicos e de enfermagem contínuos. Apresentam um grande risco de contrair infecção hospitalar por causa da gravidade do quadro clínico (doenças de base associadas) e do uso constante de procedimentos invasivos; risco este aumentado em cinco, até dez vezes mais nos pacientes de UTI e, portanto, este serviço, muitas vezes, é o epicentro da emergência do problema de infecção em uma unidade hospitalar (OLIVEIRA *et al*, 2009).

A ocorrência de microorganismos multirresistentes em áreas críticas, como na UTI, especialmente, deve-se a inúmeros fatores, entre os quais: características dos pacientes, presença de doenças, idade e procedimentos invasivos associados. Habitualmente, pacientes de UTI, têm uma série de ameaças às suas defesas. Tais ameaças podem ser consequências de doenças debilitantes, como o câncer, de doenças pulmonares e cardíacas, ou ainda pelo fato de o paciente ser idoso ou ter sofrido intervenções, tais como cirurgias, cateterismo, sondas, drenos, etc., uma vez que estes pacientes podem já chegar ao hospital infectados ou terem desenvolvido infecções na própria UTI (MACHADO, 2003).

Infecções em UTI estão associadas com maior tempo de internação, maiores morbidade e mortalidade. Dados de um estudo transversal europeu mostram uma prevalência de 45% de infecção neste ambiente, no dia da avaliação. Outro estudo que incluiu o Canadá e Israel além de seis países europeus mostrou que 20,6% dos pacientes admitidos em UTI estavam infectados. A mortalidade nos pacientes infectados foi quatro vezes maior que no grupo sem infecção. No México, outro estudo transversal em 254 UTI's, observou que 58% dos pacientes estavam infectados e entre estes 22% faleceram (LISBOA *et al*, 2007).

Apesar de não existirem dados epidemiológicos que revelem a verdadeira magnitude do problema das IH no Brasil, alguns estudos avaliaram o impacto das infecções em ambiente de terapia intensiva. Em seu estudo Toufen Jr e col. (2003) *apud* Lisboa *et al* (2007), estudaram a prevalência de infecção nas UTI de um Hospital Universitário e encontraram uma taxa alta de infecção e predominaram bactérias resistentes. Estudos brasileiros recentes que enfocaram os aspectos epidemiológicos da síndrome séptica e não

exatamente das infecções em ambiente de UTI mostram que o pulmão foi o foco de infecção mais importante e os bacilos Gram-negativos e cocos Gram-positivos foram principais agentes responsáveis. A taxa de mortalidade nestes estudos variou de 34,7% até 46,6%.

Um estudo multicêntrico do MS, em 1994, realizado em 99 hospitais terciários, localizados nas capitais brasileiras, identificou que a taxa de infecção nas UTIs de adulto foi de 38,9% (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Múltiplos estudos sobre as condições do controle da infecção hospitalar revelam a fragilidade da organização dessa atividade nas instituições, embora o grau de conhecimento adquirido e a gradativa e crescente formação de profissional específico e especializado para esse cargo (PUCCINI, 2011). Além de equipamentos apropriados, os hospitais, empregaram medidas rotineiras de prevenção e controle de infecções, mas deveriam lembrar que toda a comunidade hospitalar é um agente imprescindível e determinante neste controle (SANTOS *et al*, 2008).

Atualmente, com todo o conhecimento e aparato tecnológico disponíveis, incluindo diversas medidas profiláticas justificadamente eficazes, até então continua para nós, o desafio de Semmelweis, de tornar as ações de prevenção e controle das infecções, práticas de rotina nas instituições de saúde. É fundamental compreender porque as medidas de prevenção e controle adotadas (sejam recursos materiais ou práticas educativas) não refletem na alteração dos índices de IH nos serviços de saúde (SANTOS *et al*, 2008).

Estudo de McCoy *et al* (2001) *apud* Moura (2004), referente aos fatores associados à maior adequação dos profissionais de saúde às normas preventivas, demonstrou a inadequação dessas normas, no isolamento investigado. No referido estudo, os autores encontraram baixa aderência às precauções padrão em várias situações, onde 55% dos enfermeiros e 81% dos médicos não empregavam barreiras no momento da exposição mucocutânea, tendo estes últimos relatados que, muitas vezes, deixavam de utilizar luvas (22%), máscaras (19%), ou óculos (13%), alegando para esta verdadeira “desobediência-padrão” interferência no trabalho; não haver disponibilidade dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no local do atendimento; inconveniência do seu uso; inabilidade para seu emprego e desconhecimento do seu papel preventivo.

Jeukens (1997) *apud* Moura (2004), em um estudo onde observava o uso de EPI, pesquisou os componentes utilizados pela equipe de enfermagem de um hospital público especializado em doença infecto-contagiosa do município de São Paulo, com o objetivo de avaliar a aceitação e a aplicação das precauções universais quanto à transmissão. Constituíram a amostra: 39 enfermeiros, 99 auxiliares de enfermagem e 67 atendentes de enfermagem. Os

resultados mostraram que a população-alvo aceitava as recomendações das Precauções Universais (PUs), todavia apresentava falhas de conhecimento relativas à sua definição, utilizava as PUs mas não conhecia a implementação de barreiras recomendadas em diversos procedimentos e que o uso incorreto das recomendações deveu-se também à falta do equipamento ou ainda à não disponibilidade deste na unidade de internação, à economia de tempo na paramentação, à dificuldade de acesso, à literatura atualizada e ao desconhecimento do diagnóstico médico, em alguns casos.

Para Moura (2004), o objetivo fundamental de um sistema de precauções e isolamento é a prevenção da transmissão de microorganismo de um paciente, portador são ou doente, para outro, de forma direta ou indireta. Esta prevenção contempla medidas usadas tanto aos pacientes, quanto aos profissionais de saúde, que da mesma forma podem servir como meio de transmissão destes microorganismos. O segundo objetivo do sistema supracitado é a prevenção de transmissão de microorganismos para o profissional de saúde.

Ainda segundo a mesma autora, várias normas de precauções e isolamento foram elaboradas de acordo com estes objetivos, e a evolução e características destas normas revelam um conhecimento mais profundo em relação aos modos de transmissão, da prevalência e da relevância de doenças transmissíveis num certo momento, como também o desenvolvimento de técnicas de prevenção. A norma mais utilizada ou adaptada em hospitais é aquela elaborada pelos CDC (Center for Disease Control) e pelo HICPAC (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee), divulgada em 1996 (CDC, 1997 *apud* MOURA, 2004). Este novo sistema de precauções padrão que devem ser aplicadas a todos os pacientes independentemente de sua condição infecciosa (com ou sem a presença de doenças transmissíveis) e as precauções baseadas nos modos de transmissão, direcionadas a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção, as quais são classificadas em Precauções de Contato e Precauções Respiratórias para gotículas e para aerossóis infectantes.

Denomina-se precauções padrão ao conjunto das medidas exigidas pela precaução universal e pela precaução com fluidos corporais. A precaução padrão deve ser aplicada a todo paciente, independente de seu estado infeccioso; esta, aliás, a razão da denominação padrão. Ela parte do princípio de que, não se tendo ideia da presença e da concentração de microorganismos nos diversos fluidos corporais do paciente, o profissional de saúde precisa considerar a todos como potencialmente infectados (STARLING; SILVA, 1998a *apud* MOURA, 2004).

Um estudo realizado em uma UTI de um hospital de ensino destacou que 18,24% de infecções poderiam ser prevenidas se o Programa de Controle de IH fosse bem

desenvolvido e as precauções fossem empregadas. Desta maneira, se impediria as infecções cruzadas, transmitidas, provavelmente, pelas mãos dos profissionais da saúde, por não utilizarem a técnica correta da lavagem das mãos, considerada, isoladamente, como a ação mais importante para a prevenção e controle das IH (SANTOS *et al*, 2008).

Moura (2004) avaliou a adesão dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem às medidas preventivas empregadas na assistência aos portadores de microorganismos multirresistentes. Em seu estudo participaram 40 profissionais de enfermagem, sendo 04 enfermeiros, 02 técnicos e 36 auxiliares de enfermagem; dos quais 40 (48,8%) que utilizaram os EPI como a medida preventiva de escolha, 29 (35,4%) empregaram a técnica da lavagem das mãos, a segunda medida mais citada para o controle de infecção, nas respostas obtidas dos profissionais entrevistados. Somente 03 (3,7%) dos profissionais fizeram referência à higienização das mãos com solução alcóolica, questão extremamente relevante no controle de infecções.

Nos resultados do citado estudo, evidenciou-se controvérsias em relação ao comportamento dos profissionais quanto ao uso dos EPI, pois muitos relataram utilizar frequentemente os paramentos, porém admitiram que alguns profissionais não os utilizam rigorosamente por muitos motivos, sendo mais frequentes: a crença de que não vão contrair a doença, diagnóstico tardio, ou por mera resistência, ou seja, injustificadamente. Além disso, notou-se que muitos profissionais não aderem totalmente às precauções por opção pessoal, não têm o hábito de lavar as mãos ou friccionarem com álcool na frequência que deveriam, apesar de ter todos os materiais disponíveis. Acreditam que os benefícios à adesão sejam: proteção, prevenção de adquirir infecção/doenças, o fato de evitar sua disseminação e sua segurança. Quanto às barreiras, mencionaram principalmente a falta de vagas, o diagnóstico tardio e a falta de alguns materiais.

Santos *et al* (2008), em seu estudo intitulado “As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem” avaliou o conhecimento sobre IH, as condições de trabalho relacionadas ao controle de IH e os sentimentos dos profissionais.

Os resultados desse estudo demonstraram que em relação ao conhecimento sobre IH, a maioria dos profissionais de enfermagem representa-a como contaminação adquirida no hospital, através dos materiais e equipamentos; e a causa da infecção deve-se à contaminação através destes recursos. Outros ainda associaram a IH ao hospital (instituição), estando relacionada ou não aos procedimentos realizados. Na categoria condições de trabalho relacionadas ao controle de IH, ficou evidenciado que os sujeitos se posicionam a respeito da

influência da estrutura organizacional e funcional da instituição hospitalar, que esta interfere diretamente nas ações dos profissionais de enfermagem e, portanto na assistência ao paciente, seja por falta/insuficiência de materiais ou desobediência às normas e rotinas do serviço.

No que concerne aos sentimentos dos profissionais, o mesmo autor ressalta a constante utilização da palavra “conscientização” quando se trabalha aspectos subjetivos do ser humano, neste caso profissionais de enfermagem, por existir uma necessidade de que além do conhecimento técnico, ele valorize, aceite os conceitos como verdades e os incorporem em sua prática cotidiana. Na prática, notou-se que os profissionais participam de ações educativas, conhecem o tema “infecção hospitalar”, sabem da importância de lavar as mãos, e, no entanto, não aderem às técnicas, normas e modificações nos serviços de saúde.

Nos tempos atuais, tem-se desenvolvido a percepção da importância dos aspectos comportamentais, cognitivos, emocionais e sociais relacionados ao aumento/redução da adesão dos profissionais da saúde a medidas como as precauções padrão (MOURA, 2004). O estudo “Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais”, identificou os fatores que facilitam e dificultam a adesão às precauções de contato, por parte dos profissionais de um Centro de Terapia Intensiva de um hospital geral. Participaram do estudo 102 profissionais da UTI, sendo 54,9% técnicos de enfermagem; 12,7% enfermeiros; 10,8% médicos preceptores; 8,8% fisioterapeutas aprimorandos; 7,8% fisioterapeutas preceptores e 4,9% médicos residentes (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

De acordo com os profissionais, os fatores dificultadores para a adesão à higienização das mãos com água e sabão e à fricção das mãos com álcool a 70% foram o esquecimento, seguido da falta de conhecimento da sua importância, distância da pia, irritação da pele e, ainda, falta de materiais. Entre os fatores dificultadores do uso do capote, destacaram-se a ausência de capote no box, a falta de tempo, o calor e o uso coletivo do mesmo, ressaltando-se que 32,6% referiram-se à não disponibilidade deste recurso no box. Já no que concerne aos fatores facilitadores para a adesão à higienização das mãos, ao uso de luvas e capote, verificou-se que a higienização das mãos apresentou um maior percentual (80,3%), seguido do uso das luvas (60,8%) e posteriormente ao uso do capote (20,6%) (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

Todavia, as instituições hospitalares e as equipes de saúde nelas inseridas, às vezes, valorizam excessivamente o aparato tecnológico em detrimento de medidas simples que poderiam diminuir a disseminação de microorganismos (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

A formação dos profissionais com um senso de prevenção e uma visão mais ampliada de mundo, porventura seja, na realidade, um dos desafios que o ensino na área de saúde enfrenta. Imagina-se que o ensino deva propiciar a prática de condutas corretas e oportunizar atividades práticas referentes à prevenção e ao controle de infecção, tanto nas instituições de ensino, quanto por meio de programas de capacitação, de modo que atendam às necessidades do respectivo exercício profissional (SANTOS *et al*, 2008).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (1996), a pesquisa exploratória objetiva proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado tema. Richardson (1999) afirma que o método quantitativo caracteriza-se pelo emprego em quantificação tanto na modalidade de coleta de dados, quanto no tratamento por meio de técnicas específicas.

3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida na UTI do Hospital Regional Dep. Manoel Gonçalves Abrantes, Sousa – PB. A opção por esta instituição deve-se ao fato de ser um hospital de referência para a região, no que se refere ao atendimento da clientela em geral, além de ser campo de estágio e práticas da Universidade Federal de Campina Grande, o que facilitou o acesso aos profissionais que foram entrevistados e conseqüentemente aos dados que foram coletados. A UTI do HRS tem 06 leitos destinados aos cuidados clínicos e traumáticos para adultos, porém serve de suporte para a pediatria.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo desta pesquisa foram os profissionais de enfermagem de ambos os sexos que atuam na UTI. Dispúnhamos de 30 profissionais de enfermagem lotados na UTI, porém 05 se recusaram a participar da pesquisa, 03 encontravam-se afastados e 02 estavam de férias. Dessa maneira, a amostra foi constituída por 20 profissionais de enfermagem, sendo 04 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos manhã, tarde e noite de acordo com a escala mensal da UTI da referida instituição.

Após a explicação dos objetivos do trabalho, a direção geral do hospital e a coordenadora setorial da UTI, assinaram o termo de consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para inclusão dos participantes na pesquisa, consideramos os seguintes critérios: estar lotado na UTI; pertencer à categoria profissional de enfermeiro ou técnico de enfermagem; concordar em participar do estudo; e estar exercendo a profissão ativamente durante o período da coleta de dados.

Como critérios de exclusão foram considerados: enfermeiros e técnicos de enfermagem lotados em outros setores do hospital e aqueles que estavam fora do exercício ativo da profissão (férias, afastamento).

3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado onde foram pesquisadas as seguintes variáveis:

- Dados da Identificação (Categoria Profissional, Sexo, Tempo de serviço, Idade e Turno de trabalho)
- Conhecimento sobre Infecção Hospitalar (IH)
- Percepção de susceptibilidade da doença pelo funcionário
- Severidade da doença
- Influência da instituição
- Influência pessoal
- Relação entre benefícios e barreiras

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se a estatística simples e apresentados através de gráficos e tabelas.

Foi considerado o alfa = 5% para atribuir significância estatística às análises.

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

Inicialmente buscou-se a apreciação e autorização do projeto pela direção do hospital e a devida comunicação à coordenação setorial da UTI. Para a realização da pesquisa, a mesma foi submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa segundo normas da Plataforma Brasil. Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a resolução 196/96, outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde, em vigor no país, principalmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O participante do estudo foi informado sobre o conteúdo da pesquisa, seus objetivos, a privacidade, o livre consentimento assim como a liberdade de desistência em qualquer período da pesquisa sem nenhum prejuízo para os mesmos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

➤ Caracterização dos profissionais de enfermagem

No que concerne à caracterização dos 20 profissionais de enfermagem que participaram desta pesquisa, os dados estão apresentados na Tabela 01.

Tabela 01 – Identificação dos Profissionais de Enfermagem da UTI do Hospital Regional de Sousa – PB, conforme categoria profissional, sexo, idade, tempo de serviço e turno de trabalho.

Variável	Classe	f	(%)
Categoria Profissional	Enfermeiro	04	20%
	Técnico de Enfermagem	16	80%
Sexo	Feminino	11	55%
	Masculino	09	45%
Idade	19 --25	01	5%
	25 --31	09	45%
	31 --37	03	15%
	37 --43	05	25%
	Acima de 43	02	10%
Tempo de Serviço	1 --5	07	35%
	5 --10	04	20%
	10 --15	03	15%
	15 --20	04	20%
	20 --	02	10%
Turno de Trabalho	Diurno	09	45%
	Noturno	06	30%
	Diurno e Noturno	05	25%

FONTE: dados da pesquisa/2012

No tocante a variável categoria profissional, participou deste estudo dois grupos de indivíduos das seguintes categorias: enfermeiros e técnicos de enfermagem. O grupo de técnicos de enfermagem corresponde à categoria principal, representando 80% do total de indivíduos; e em menor proporção encontra-se a categoria de enfermeiros, que constitui apenas 20%.

Quanto ao gênero, predominou o sexo feminino com 55% dos sujeitos e o sexo masculino com 45%. Oliveira; Cardoso; Mascarenhas (2010), também observou em seu estudo o predomínio do sexo feminino (73,5%) entre os profissionais entrevistados.

A idade dos sujeitos variou de 19 a 45 anos, com maior percentual na faixa etária de 25 a 43 anos, onde temos 17 (85%) profissionais de enfermagem. As menores frequências referiram-se aos profissionais com a faixa etária acima de 43 anos (10%), seguido da faixa de 19 a 25 anos (5%).

Em relação ao tempo de serviço, houve variação entre 1,5 e 26 anos. O período de 01-05 anos predominou, representando 35%; seguido do de 05-10 anos e 15-20 anos (20%); posteriormente o de 10 a 15 anos (15%) e por último o período acima de 20 anos de serviço (10%). Neste item, 35% indica a prevalência de uma população jovem que convive com profissionais muito mais experientes na área (acima de 20 anos). Em sua pesquisa Moura (2004), igualmente evidenciou a presença de uma população predominantemente jovem, com tempo de serviço entre 01 e 06 anos (64,3%).

O turno de trabalho de 45% dos entrevistados foi diurno, seguido de 30% do noturno e a menor parte dos profissionais realizavam plantões no período diurno e noturno (25%).

➤ **Conhecimento dos profissionais sobre Infecção Hospitalar (IH)**

Ao serem questionados sobre os motivos pelos quais algumas bactérias causam infecção hospitalar, os 20 profissionais entrevistados expuseram 32 respostas, como demonstra a Tabela 02. Destas respostas, 09 (28,1%) apontaram a baixa imunidade do paciente como o principal motivo de algumas bactérias causarem IH. Além disso, citaram como motivo a própria existência das mesmas no ar e nos aparelhos do ambiente hospitalar (21,9%); a falta de técnicas assépticas nos procedimentos por parte dos profissionais (12,5%); o uso indiscriminado de antibióticos (9,4%); a falta de higienização das mãos (9,4%); a não utilização de EPIs (6,3%); dentre outros motivos como acolonização de locais que eram para serem estéreis, longa permanência do paciente, habitação em ambientes inóspitos e outra pessoa não soube relatar o motivo.

Tabela 02 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos motivos pelos quais algumas bactérias causam IH.

Motivos pelos quais algumas bactérias causam Infecção Hospitalar	<i>f</i>	(%)
Baixa imunidade do paciente	09	28,1%
Existência de bactérias no ar e nos aparelhos	07	21,9%
Falta de técnicas assépticas nos procedimentos	04	12,5%
Uso indiscriminado de antibióticos	03	9,4%
Falta de higienização das mãos	03	9,4%
Não utilização de EPIs	02	6,3%
Colonização de locais que eram para serem estéreis	01	3,1%
Longa permanência do paciente	01	3,1%
Habitação em ambientes inóspitos	01	3,1%
Não sabe o motivo	01	3,1%
Total	32	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Gonçalves; Kreutz; Lins (2004), referem que os microorganismos que causam as infecções hospitalares, raramente provocam infecções em pessoas saudáveis, porém, podem se tornar causas frequentes de doenças em clientes hospitalizados, cujas defesas orgânicas possivelmente encontram-se diminuídas.

Embora as principais causas de infecção hospitalar estejam relacionadas com o doente susceptível à infecção e com os métodos de diagnósticos e terapêuticos utilizados, não se pode deixar de considerar a parcela de responsabilidade relacionada aos padrões de assepsia e de higiene do ambiente hospitalar (SANTOS *et al*, 2010). Segundo o mesmo autor, os patógenos hospitalares podem sobreviver durante meses em superfícies inanimadas.

Em sua pesquisa, Santos (2004), diz que atualmente existem três principais forças que estão envolvidas nas infecções hospitalares. A primeira força é o uso excessivo de antimicrobianos nos hospitais; a segunda é a não adoção às medidas básicas de controle de infecção hospitalar por muitos profissionais de saúde, tais como a lavagem das mãos; e a terceira, é constituída por pacientes hospitalizados que têm sistema imune muito comprometido.

Neste estudo, vimos que a maioria das respostas dos profissionais quando indagados sobre os motivos pelos quais algumas bactérias causam IH, foram relacionadas apenas a um motivo, e em sua maior parte, à baixa imunidade do paciente. Apenas a minoria respondeu de maneira parcialmente correta, quando relacionaram dois ou mais motivos, visto que, algumas bactérias causam IH, devido à relação ou junção de fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente, e não apenas a um ou alguns destes separadamente. Neste sentido,

constatamos que os profissionais entrevistados têm conhecimento “limitado” acerca dos motivos pelos quais algumas bactérias causam IH.

- **Riscos para a equipe de saúde**

Ao serem questionados se um paciente com IH oferecia algum risco para a equipe de saúde, 17 (85%) dos profissionais da enfermagem, responderam afirmativamente; e apenas 02 (10%) negaram que um paciente infectado pode representar riscos para a equipe.

Conforme o Gráfico 01, o risco mais citado pelos profissionais foi a “contaminação”, com o total de 15 (75%) respostas; 02 (10%), mencionaram a transmissão/propagação de doenças; e 01 (5%) não soube responder a qual risco estava exposto.

Segundo Moura (2004), considera-se que a contaminação seja realmente o maior risco, tendo em vista que a colonização propicia mais facilmente a infecção.

Diante das respostas apresentadas em relação ao risco que a equipe está exposta diante de um paciente com IH, detectamos que a maioria dos entrevistados sabe do risco ao qual se expõe. Entretanto, 10% dos entrevistados responderam que não estão expostos a risco algum; e 5% não tem conhecimento do mesmo, indicando talvez, que este item seja algum dos motivos da menor adesão dos profissionais às estratégias de controle da IH.

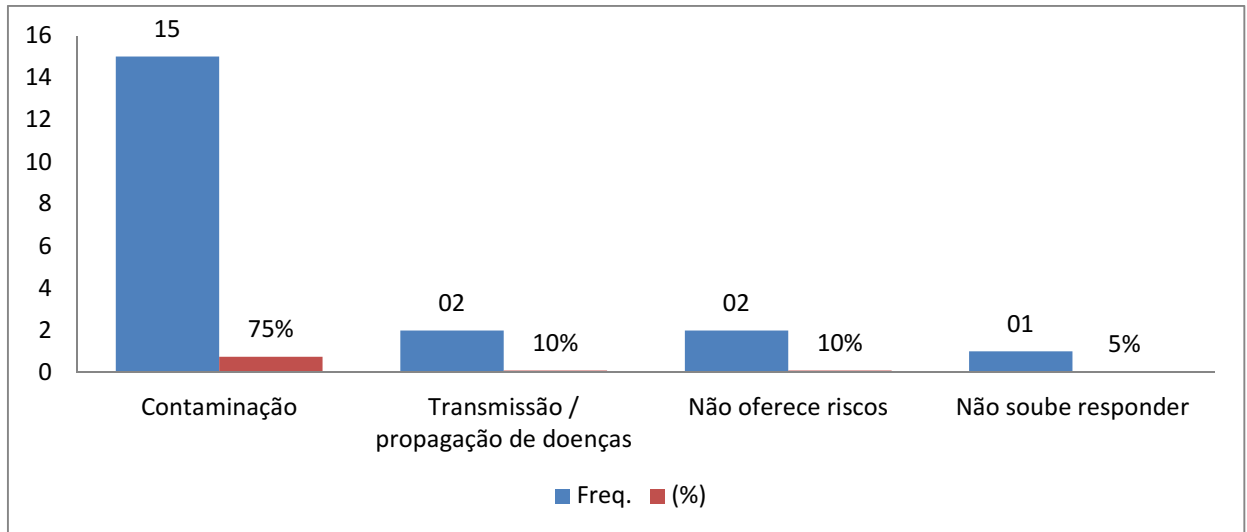


Gráfico 01 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos riscos que um paciente com IH oferece à equipe de saúde.

FONTE: elaboração própria, 2012.

• Localização das bactérias infectantes no organismo

Quanto à localização das bactérias infectantes no organismo do paciente, 16 (23,9%) dos entrevistados responderam que elas estão na corrente sanguínea; 12 (17,9%) mencionaram o trato respiratório; 09 (13,4%) o trato geniturinário como também as secreções; 08 (11,9%) a pele; e 06 (9%) citaram as mucosas. Além destas, ainda obtivemos outras respostas onde 03 (4,5%) apontaram o trato digestivo e 01 (1,5%) o sítio cirúrgico, as sondas e cateteres, unhas e cabelos, como demonstrados na Tabela 03.

Tabela 03 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, sobre a localização das bactérias infectantes no organismo do paciente.

Localização das bactérias infectantes no organismo	f	(%)
Corrente sanguínea	16	23,9%
Trato respiratório	12	17,9%
Trato geniturinário	09	13,4%
Secreções	09	13,4%
Pele	08	11,9%
Mucosas	06	09%
Trato digestivo	03	4,5%
Sítio cirúrgico	01	1,5%
Sondas e cateteres	01	1,5%
Unhas	01	1,5%
Cabelos	01	1,5%
Total	67	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

De acordo com os dados da Tabela 03, evidencia-se que nenhum dos entrevistados respondeu adequadamente quando indagados sobre a localização das bactérias infectantes no organismo do paciente, uma vez que estas podem estar localizadas em várias partes do corpo do indivíduo (TRABULSI, ALTERTHUM, 2004).

- **Microorganismos mais comumente encontrados no hospital**

Segundo os profissionais de enfermagem, os microorganismos mais comumente encontrados na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB foram: *Streptococcus sp.* 12 (26%); *Staphylococcus sp.* 06 (13%); Bacilo de Koch e *Pseudomonas aeruginosa* 05 (10,9%); *Escherichia coli* 04 (8,7%); *Salmonella*, *Klebsiella*, *Serratia* e *Proteus* 01 (2,2%). Outros 06 (13%) não souberam responder e 04 (8,7%) alegaram que não há como saber por não existir a realização de culturas no setor, como mostra a Tabela 04.

Tabela 04 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos microorganismos mais comumente encontrados na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Microorganismos mais encontrados no hospital	f	(%)
<i>Streptococcus sp.</i>	12	26%
<i>Staphylococcus sp.</i>	06	13%
Não soube responder	06	13%
Bacilo de Koch	05	10,9%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	05	10,9%
<i>Escherichia coli</i>	04	8,7%
Não há como saber (não existe realização de culturas)	04	8,7%
<i>Salmonella</i>	01	2,2%
<i>Klebsiella</i>	01	2,2%
<i>Serratia</i>	01	2,2%
<i>Proteus</i>	01	2,2%
Total	46	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Os resultados obtidos por Leiser; Tognim; Bedendo (2007), em seu estudo sobre a caracterização das infecções hospitalares no Centro de Terapia Intensiva de um hospital de ensino na Região Norte do Paraná, revelaram que os principais microorganismos associados à etiologia das infecções hospitalares, foram *S. Aureus* (12,98%), *P. Aeruginosa* (12,50%), *A. baumannii* (9,61%), *Candida sp.* (8,65%), *Enterobacter sp.* (4,80%), *Klebsiella sp.* (4,32%), *E. Coli* (3,84%) e *Enterococcus sp.* (3,84%). *Proteus sp.* e *Stenotrophomonas maltophilia* apresentaram percentuais menores que 3%.

Neste estudo, observamos que o conhecimento dos profissionais acerca dos microorganismos mais comumente encontrados no hospital não existe. Isto se deve tanto pelo fato da inexistência da realização de culturas no setor citados por alguns, quanto por certa relevância de alguns microorganismos encontrados na literatura citados aleatoriamente pela maioria. Neste sentido, há um fator negativo em relação à situação epidemiológica do hospital, o que compromete diretamente na prevenção das infecções hospitalares daquele local.

- **Pacientes mais susceptíveis à colonização por bactérias**

Em relação à existência de paciente mais susceptível à colonização por bactérias a nível hospitalar, os entrevistados em sua totalidade responderam afirmativamente. Dentre as respostas emitidas, 10 (25%) referiram-se aos indivíduos imunocomprometidos e aqueles com tempo de internação prolongado; 04 (10%) citaram a idade dos pacientes (idosos e crianças); 03 (7,5%) aqueles com doença de base, realização de procedimentos invasivos e os que se encontram em pós-operatório; 02 (5%) mencionaram os que fazem uso indiscriminado de antibióticos; e 01 (2,5%) relacionou à condição nutricional do paciente e aos portadores de feridas. Ainda houve aqueles que não souberam responder sobre o assunto, correspondendo a 03 (7,5%) dos profissionais, conforme a Tabela 05.

Tabela 05 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos pacientes mais susceptíveis à colonização por bactérias na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Pacientes mais susceptíveis à colonização por bactérias	<i>f</i>	(%)
Imunocomprometidos	10	25%
Tempo de internação prolongado	10	25%
Idade	04	10%
Doença de base	03	7,5%
Com procedimentos invasivos	03	7,5%
Pós-operatório	03	7,5%
Não soube responder	03	7,5%
Uso indiscriminado de antibióticos	02	5%
Condição nutricional	01	2,5%
Feridas	01	2,5%
Total	40	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Os importantes fatores relacionados com o doente que influenciam a aquisição de infecção incluem a idade, o estado imunitário, a doença de base, as intervenções diagnósticas

e terapêuticas (biópsias, exames endoscópicos, cateterizações, intubação/ventilação, aspiração), e os procedimentos cirúrgicos. As idades extremas - infância e terceira idade - estão associadas a uma menor resistência à infecção. Os portadores de doenças crônicas, tais como tumores malignos, leucemia, diabetes mellitus, insuficiência renal ou síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), têm uma susceptibilidade aumentada a infecções por agentes oportunistas. Além de todos estes fatores, os fármacos imunossupressores ou a irradiação também podem diminuir a resistência à infecção, assim como a desnutrição constitui um risco (WHO, 2002).

Analisando as respostas dos profissionais individualmente, concluímos que a maioria deles relacionaram somente os pacientes imunocomprometidos e os com maior tempo de internação como sendo susceptíveis à colonização de bactérias. Apesar de estarem corretos em suas respostas, os profissionais não mencionaram os demais fatores importantes que fazem com que o paciente hospitalizado esteja mais susceptível à colonização daquelas, demonstrando desta forma conhecimento insuficiente acerca do assunto.

- **Frequência da presença de cepas multirresistentes na UTI**

Quando indagados sobre a frequência da presença de cepas multirresistentes na UTI, a maior parte dos profissionais de enfermagem, 15 (75%) respondeu que não existe a realização de cultura no setor e, por esta razão, não há como ter conhecimento sobre estes dados; 02 (10%) dos entrevistados responderam que há muita frequência daquelas cepas na UTI; e 01 (5%) respondeu que acontece dificilmente, ou somente quando existem pacientes com longa permanência no setor. Houve ainda outro indivíduo que não soube responder, segundo os dados da Tabela 06.

Tabela 06 - Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, em relação à frequência da presença de cepas multirresistentes na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Frequência da presença de cepas multirresistentes na UTI	<i>f</i>	(%)
Não existe realização de cultura no setor	15	75%
Muita frequência	02	10%
Acontece dificilmente	01	5%
Existência de pacientes com longa permanência no setor	01	5%
Não soube responder	01	5%
Total	20	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Diante das repostas mencionadas neste item, podemos perceber que os profissionais não souberam responder com precisão sobre a frequência da presença de cepas multirresistentes na UTI, tendo em vista que alguns citaram a falta da realização de cultura no setor, o qual representa um aspecto negativo em relação à adoção de medidas de prevenção e controle de IH, e outros por nem saberem ao certo da existência das cepas, demonstrando o desconhecimento sobre a realidade vivida pelos pacientes do setor supracitado.

- **Modo de Transmissão das Infecções Hospitalares**

Comumente, os microorganismos são transmitidos por contato direto ou indireto, por meio de gotículas de secreções respiratórias e pelo ar. No ambiente da assistência à saúde, sabe-se que a transmissão por contato desenvolve a função mais importante nesta dinâmica de transmissão. Nas atividades diárias, as mãos humanas estão frequentemente em intenso contato com o ambiente ao redor e esta forma de transmissão também se evidencia (SANTOS, 2002).

Nesta pesquisa as respostas dadas pelos profissionais de enfermagem no que diz respeito aos tipos de transmissão das infecções hospitalares estão apresentadas na Tabela 07, na qual mostra que as respostas predominantes estão relacionadas com contato direto o que representa uma frequência de 10 (23,8%) respostas e o contato indireto 09 (21,4%). Os demais entrevistados citaram como modo de transmissão a técnica inadequada da lavagem das mãos 07 (16,7%); o não uso de EPIs 05 (11,9%); as secreções e gotículas infectantes, e as vias aéreas 04 (9,5%); e os acompanhantes 01 (2,4%). Ainda houve 02 (4,8%) que não souberam responder sobre o assunto.

Tabela 07 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas ao modo de transmissão das Infecções Hospitalares na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Modo de Transmissão das IHS	<i>F</i>	(%)
Contato direto	10	23,8%
Contato indireto	09	21,4%
Técnica inadequada da lavagem das mãos	07	16,7%
Não uso de EPIs	05	11,9%
Secreções e gotículas infectantes	04	9,5%
Vias aéreas	04	9,5%
Não soube responder	02	4,8%
Acompanhantes	01	2,4%
Total	42	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Das 42 respostas emitidas, percebe-se que a maioria citou como modo de transmissão o contato direto e indireto, sendo muitas vezes de forma isolada, ao analisar as respostas individualmente; havendo o esquecimento dos outros tipos de transmissão evidentes como as vias aéreas, as secreções e gotículas infectantes, assim como as técnicas assépticas inadequadas. Logo, evidencia-se que não só os profissionais, mas os pacientes também estão sujeitos a grandes riscos por estarem expostos a certos fatores que não são do conhecimento daqueles.

- **Principais reservatórios dos microorganismos que causam IH**

As fontes ou reservatórios de microorganismos, geralmente, são os profissionais de saúde, pacientes, ocasionalmente visitantes ou materiais e equipamentos infectados ou colonizados por microorganismos patogênicos (ANVISA, 2000). Nos hospitais, geralmente, o principal reservatório é o paciente infectado ou colonizado (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DF, 2004).

Entretanto, de acordo com a Tabela 08, 11 (40,8%) dos entrevistados mencionaram os materiais e equipamentos como principais reservatórios dos microorganismos; 06 (22,2%) o paciente infectado; 04 (14,8%) não souberam responder; 03 (11,1%) a corrente sanguínea; 02 (7,4%) o ambiente hospitalar e somente 01 (3,7%) citou os profissionais de saúde. Estes dados divergem do encontrado no estudo de Santos et al, (2008) onde os funcionários de enfermagem possuem o conhecimento da importância do controle destes reservatórios mencionando também que os acompanhantes não devem deitar junto com os pacientes e que deve existir o controle do acesso de pessoas junto deles.

Tabela 08 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos principais reservatórios dos microorganismos que causam IH na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Principais reservatórios dos microorganismos que causam IH	<i>F</i>	(%)
Materiais e equipamentos contaminados	11	40,8%
Paciente infectado	06	22,2%
Não soube responder	04	14,8%
Corrente sanguínea	03	11,1%
Ambiente hospitalar	02	7,4%
Profissionais de saúde	01	3,7%
Total	27	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Perante a falta de conhecimento em relação aos principais reservatórios dos microorganismos que causam IH, subentende-se que os profissionais talvez não deem a importância necessária a certas fontes e desta maneira expunham eles próprios e os pacientes a riscos de contaminação e disseminação daqueles.

➤ **Percepção de susceptibilidade da doença pelo profissional**

• **Medo de contrair IH**

Ao serem indagados sobre o medo de contraírem IH, 70% dos profissionais de enfermagem responderam afirmativamente e 30% responderam que não tem medo de contrair a infecção, conforme mostra o Gráfico 02.

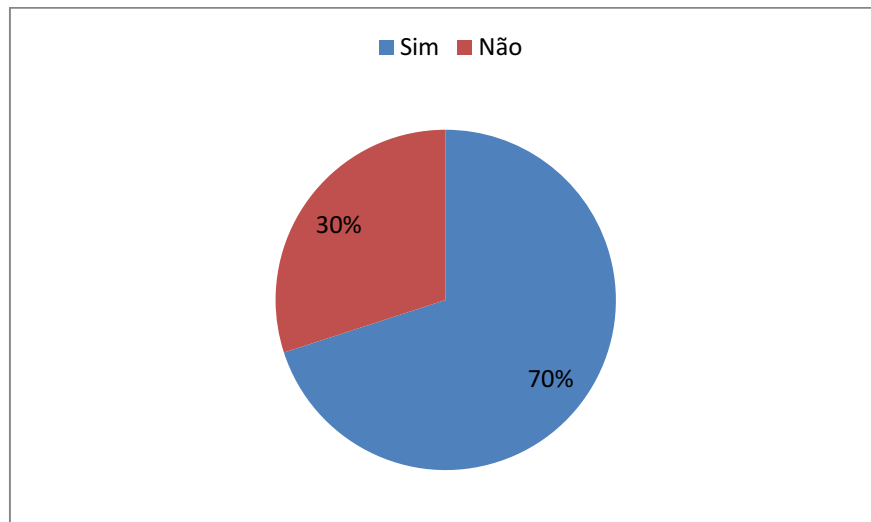


Gráfico 02 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas ao medo de contraírem IH.

FONTE: elaboração própria, 2012.

O dado acima demonstra que uma boa parcela dos entrevistados não teme adquirir IH, o que causa certa inquietação, pois a ausência deste medo pode fazer com que os mesmos não adiram às precauções padrão que devem ser aplicadas a todos os pacientes e, conseqüentemente, haja a disseminação e colonização de microorganismos neles próprios e nos pacientes.

- **Medidas de prevenção da doença**

No tocante às medidas de prevenção para que os profissionais não contraíssem IH, vimos que 20 (40,9%) profissionais optaram pelo uso correto de EPIs como primeira escolha, ficando em segundo lugar a lavagem das mãos, referida por 16 (31,7%). As demais foram relacionadas à assepsia dos instrumentos usados nos pacientes 05 (10,2%), e evitar contato entre um paciente e outro e higiene pessoal (uso de roupas limpas) com 03 (6,1%) respostas. Além destas, ainda houve 01 (2%) profissional que citou que se deve “saber a doença do paciente” para poder se prevenir; e apenas 01 (2%) citou o uso de álcool gel, conforme mostra a Tabela 09.

Tabela 09 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem relacionadas às medidas de prevenção de IH.

Medidas para prevenir de contrair IH	<i>f</i>	(%)
Uso correto de EPIs	20	40,9%
Lavagem das mãos	16	32,7%
Assepsia dos instrumentos usados nos pacientes	05	10,2%
Evitar contato entre um paciente e outro	03	6,1%
Higiene pessoal (roupas limpas)	03	6,1%
"saber a doença do paciente"	01	2%
Uso de álcool gel	01	2%
Total	49	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Historicamente comprovada, a higienização das mãos caracteriza-se como uma medida simples e importante na prevenção das infecções hospitalares, sendo considerada primordial contra a propagação dos microorganismos no âmbito hospitalar (SOUZA; RODRIGUES; SANTANA, 2008). Todavia, os dados da tabela acima demonstram que as respostas para esta medida deveriam ter obtido frequência maior. Do mesmo modo, o uso do álcool gel deveria ter sido mais citado, pois é uma medida muito relevante no controle das infecções e foi praticamente esquecida por todos os entrevistados. As outras medidas mencionadas também são utilizadas para prevenir a IH, com exceção de uma, “saber a doença do paciente”, o que comprova que este profissional não utiliza as precauções padrão para todos os pacientes conforme o recomendado.

Este estudo corrobora com o de Moura (2004), já apontado nesta pesquisa, onde os profissionais de enfermagem também citaram como medida preventiva de escolha o uso de EPIs representando 48,8% das respostas, e apenas 35,4% empregaram a técnica da lavagem

das mãos, sendo a segunda medida mais citada. Isto evidencia que a lavagem das mãos, medida universal de prevenção de controle de infecção, não é exercida por todos os profissionais do modo como deveria.

➤ Severidade da doença

Em se tratando da gravidade das doenças causadas por bactérias, a Tabela 10 mostra que 17 (43,6%) profissionais responderam que são de difícil tratamento, 15 (38,5%) disseram que estão associadas a maior índice de mortalidade e 07 (17,9%) consideraram que o tratamento pode ser inexistente.

Tabela 10 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais relacionadas à gravidade das doenças causadas por bactérias.

Gravidade das doenças causadas por bactérias	<i>f</i>	(%)
São de difícil tratamento	17	43,6%
Estão associadas a maior índice de mortalidade	15	38,5%
O tratamento pode ser inexistente	07	17,9%
Total	39	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Diante de tais afirmações, vimos que os profissionais responderam de maneira correta quando relacionaram a gravidade das doenças causadas por bactérias ao seu difícil tratamento, pois segundo David (1998) apud Pereira *et al* (2000), os pacientes graves mudam sua microbiota endógena de tal forma que, rapidamente, podem apresentar microorganismos multirresistentes, não encontrados em situações de normalidade, o que dificulta o tratamento. Do mesmo modo, aqueles que associaram tais doenças ao maior índice de mortalidade também responderam de forma correta, visto que os índices de mortalidade por IH foi mencionado várias vezes nesta pesquisa, deixando claro que pode não haver tratamento para tal.

- **Medidas preventivas para redução de disseminação de bactérias**

Conforme mostra a Tabela 11, a maioria dos profissionais de saúde relatou que as principais medidas preventivas para diminuir a disseminação de bactérias são: a lavagem das mãos, o uso de EPI, e a realização de cultura e antibiograma representando 17,1% das

respostas; o uso racional de antibióticos 14,2%; e as técnicas assépticas e a higiene pessoal 8,6%. Em menor proporção, representando apenas 2,9% das repostas ficaram outros itens como: a desinfecção/esterilização de materiais e equipamentos, o conhecimento sobre a transmissão e o agente etiológico, o isolamento de pacientes e a imunização. Ainda houve 5,7% que não souberam responder sobre o assunto.

Tabela 11 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem em relação às medidas preventivas para diminuir a disseminação de bactérias na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Medidas preventivas para diminuir disseminação de bactérias	<i>f</i>	(%)
Lavagem das mãos	06	17,1%
EPI	06	17,1%
Realização de cultura e antibiograma	06	17,1%
Uso racional de antibióticos	05	14,2%
Técnicas assépticas	03	8,6%
Higiene pessoal	03	8,6%
Não soube responder	02	5,7%
Desinfecção/esterilização de materiais e equipamentos	01	2,9%
Conhecimento sobre transmissão e agente etiológico	01	2,9%
Isolamento de pacientes	01	2,9%
Imunização	01	2,9%
Total	35	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Neste item, vimos que os profissionais responderam corretamente ao focar a lavagem das mãos, o uso de EPI, a realização de cultura e antibiograma, e o uso racional de antibióticos como medidas principais, pois segundo Leiser; Tognim; Bedendo, (2007) as medidas gerais de controle - tais como a higienização de mãos, a identificação de pacientes colonizados e a utilização de precauções de contato, além do uso criterioso de antimicrobianos – têm como grande objetivo evitar a disseminação de microorganismos através dos profissionais de saúde e visitantes. As outras medidas, embora citadas em menor proporção, também são importantes para prevenir a propagação daqueles microorganismos.

➤ **Influência da Instituição**

Além do interesse e obrigação que o profissional deve ter ao utilizar adequadamente os EPIs, é imprescindível que a instituição ao qual ele está vinculado interfira neste uso, dispondo de condições favoráveis para este fim.

No entanto, quando questionados sobre quais as razões para o não uso dos EPI, 13 (37,2%) disseram que não usam pela inconveniência do seu uso; 07 (20%) porque interfere no trabalho; 04 (11,4%) pelo acesso difícil aos equipamentos; 03 (8,6%) pela inabilidade do seu emprego, desconhecimento da indicação para seu uso e falta de consciência dos próprios profissionais; e somente 01 (2,8%) disse que não há razões para desobediência e varia de acordo com cada profissional, como mostra a Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem relacionadas às razões para desobediência no uso dos EPIs na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Razões para desobediência no uso dos EPIs	<i>f</i>	(%)
Inconveniência do seu uso	13	37,2%
Interfere no trabalho	07	20%
Acesso difícil dos EPIs	04	11,4%
Inabilidade para seu emprego	03	8,6%
Desconhecimento da indicação para uso	03	8,6%
Falta de consciência dos profissionais	03	8,6%
Não existem razões para desobediência	01	2,8%
Varia de acordo com cada profissional	01	2,8%
Total	35	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Isto se torna preocupante por sabermos que o uso dos EPIs em sua grande maioria depende da consciência dos profissionais e do conhecimento que os mesmos têm acerca de quando utilizá-los, fato que foi pouco visível nesta pesquisa. Contudo, os dados acima corroboram com o estudo de Talhaferro; Barboza; Oliveira, (2008) onde relata que na literatura encontram-se como razões para o não uso dos EPI a ausência deles, o difícil acesso aos mesmos, inconveniência do seu uso, interferência no trabalho, inabilidade para seu emprego e o desconhecimento do seu papel preventivo.

➤ **Influência Pessoal**

Ao serem consultados sobre o momento da lavagem das mãos, ao cuidarem de um paciente com IH, os profissionais de enfermagem responderam o seguinte: 09 (45%) relataram que lavam as mãos antes e após o contato com o paciente, 07 (35%) antes e após o contato com o paciente e entre os procedimentos, e 04 (20%) às vezes, conforme dados do Gráfico 03.

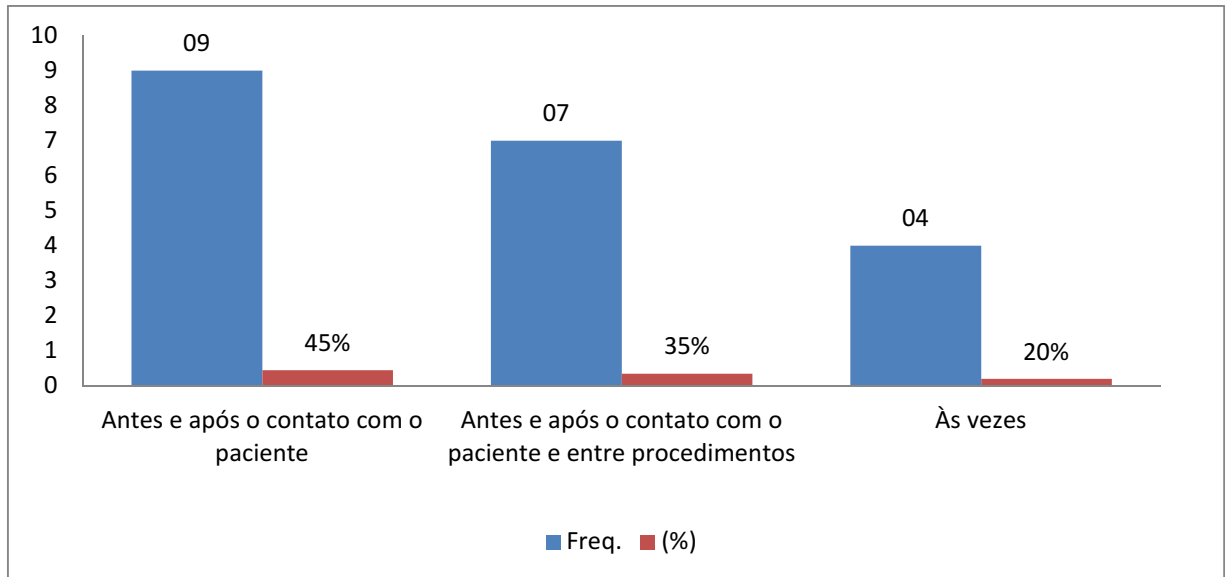


Gráfico 03 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas à lavagem das mãos ao cuidar de um paciente com IH na UTI do Hospital Regional de Sousa - PB.

FONTE: elaboração própria, 2012.

De acordo com o manual “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos” publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) no ano de 2009, a lavagem das mãos é recomendada quando elas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais, ao iniciar o turno de trabalho, antes de preparo e manipulação de medicamentos, antes e após contato com paciente colonizado ou infectado por *Clostridium difficile*, após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico, antes e após o contato com o paciente, antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos, antes de calçar e remover luvas, após risco de exposição a fluidos corporais, ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente, e após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente (SOUSA; SANTANA, 2009).

Além disso, a Portaria MS 2.616/98 que regulamenta as ações de controle de IH no Brasil, recomenda em seu anexo IV referente à lavagem das mãos que “o uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções” (BRASIL, 1998).

Os resultados do Gráfico 3 vão de encontro com os do estudo de Coelho; Silva; Faria, (2011) ao relatarem que 98% dos profissionais sempre realizam a lavagem das mãos ao longo do dia e a higienização destas entre um procedimento e outro, é realizada sempre por 96% dos entrevistados. Entretanto, segundo Moncaio (2010), apesar da higienização das mãos ser historicamente a medida mais importante e reconhecida na prevenção e controle das

infecções nos serviços de saúde, colocá-la efetivamente em prática consiste em uma tarefa complexa e difícil.

De acordo com a Tabela 13, ao serem indagados quando utilizam o álcool glicerinado nas mãos, 07 (33,3%) responderam antes e após o contato com o paciente; 04 (19%) após a lavagem das mãos; 03 (14,3%) sempre; 02 (9,6%) após procedimentos com alto nível de contaminação e 01 (4,8%) às vezes. Ainda 04 (19%) responderam que este recurso não é disponibilizado no setor. Ao responder este item, um profissional citou que traz o seu próprio álcool devido à indisponibilidade do mesmo no ambiente de trabalho, fato que causa certa preocupação, visto que o álcool glicerinado deve ser disponível em todos os setores do hospital, inclusive na UTI, por se tratar de um ambiente com grandes riscos de contaminação.

Tabela 13 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas ao momento de utilização de álcool glicerinado na UTI do Hospital Regional de Sousa, PB.

Momento de utilização de álcool glicerinado	<i>f</i>	(%)
Antes e após o contato com o paciente	07	33,3%
Após a lavagem das mãos	04	19%
Não dispõe deste recurso no setor	04	19%
Sempre	03	14,3%
Após procedimentos com alto nível de contaminação	02	9,6%
Às vezes	01	4,8%
Total	21	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Também de acordo com o manual “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos”, a higienização das mãos com o uso de preparação alcoólica (sob a forma gel ou líquida com 1%-3% de glicerina) deve ser feita quando estas não estiverem visivelmente sujas, nas seguintes situações: antes e após o contato com o paciente; antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; após risco de exposição a fluidos corporais; ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente; após ter contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente; antes e após a remoção das luvas (SOUSA; SANTANA, 2009).

Neste estudo, as respostas dos profissionais de enfermagem acerca do uso do álcool glicerinado mostram que a adesão a esta prática ainda é inviável para uma boa parcela deles (19%), devido à indisponibilidade deste recurso na UTI; e os que os citaram,

esqueceram-se de mencionar muitas situações onde o uso do álcool em gel é primordial, revelando que esta prática ainda é um desafio para os profissionais do referido setor.

Em relação ao EPI que apresenta maior dificuldade de utilização, a maioria dos profissionais 15 (62,5%) citou o capote, os demais mencionaram as luvas 04 (16,7%) e a máscara 03 (12,5%), e apenas 02 (8,3%) disse que não tem dificuldade em utilizar nenhum EPI, como mostra a Tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, em relação ao EPI que apresenta maior dificuldade de utilização na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

EPI que apresenta maior dificuldade de utilização	<i>f</i>	(%)
Capote	15	62,5%
Luvas	04	16,7%
Máscara	03	12,5%
Nenhum	02	8,3%
Total	24	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Entre os motivos mais apresentados sobre a dificuldade em usar o capote foram o calor, a inconveniência do seu uso e o desconforto. Dentre outros motivos citados estão o tempo gasto para vesti-lo, a pouca disponibilidade no setor, o não conhecimento da técnica utilizada para usá-lo e a não padronização do mesmo como rotina, assemelhando-se assim com o estudo de Oliveira; Cardoso; Mascarenhas, (2010) onde os fatores descritos como dificultadores do seu uso destacaram-se a ausência do mesmo, a falta de tempo e o calor.

O motivo alegado pela dificuldade da utilização das luvas foi a diminuição da sensibilidade para punção venosa e a própria negligência dos profissionais, corroborando com a pesquisa de Zapparoli (2009), onde a diminuição da sensibilidade tátil predominou como influência para o não uso das luvas. Já os motivos para o não uso da máscara foram a coceira que o equipamento provoca e a não aderência ao rosto.

Apesar de todas estas dificuldades referidas, os profissionais devem ter convicção de que o uso dos EPIs é indispensável, independente do ocasional desconforto que estes os ocasionam, pois deve ser levada em consideração a vida dos pacientes assistidos e a sua própria segurança.

A Tabela 15 apresenta as condutas adotadas pelos profissionais ao assistir um paciente com IH.

Tabela 15 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas às condutas adotadas para assistir um paciente com IH na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Condutas adotadas para assistir paciente com IH	<i>f</i>	(%)
Uso adequado de EPI	20	33,9%
Separação do material de uso único	20	33,9%
Orientação aos visitantes	19	32,2%
Total	59	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Observa-se na Tabela 15 que o uso adequado de EPI e a separação do material de uso único representaram 33,9% das 59 respostas atribuídas pelos profissionais e a orientação aos visitantes 32,2%. Analisando a frequência deste item, vimos que todos os profissionais (20), mencionaram tanto o uso adequado de EPI como a separação do material de uso único e apenas 01 não citou a conduta de orientação aos visitantes no cuidado ao paciente com IH. Estes resultados demonstram que as respostas obtidas foram satisfatórias, visto que a maioria os profissionais de enfermagem aderiram às condutas citadas.

O Gráfico 04 mostra que a frequência da lavagem das mãos ao cuidar de um paciente isolado variou entre os profissionais, visto que 70% citaram que lavam as mãos com igual frequência, 30% realizam esta atividade com maior frequência e nenhum citou lavar com menor frequência.

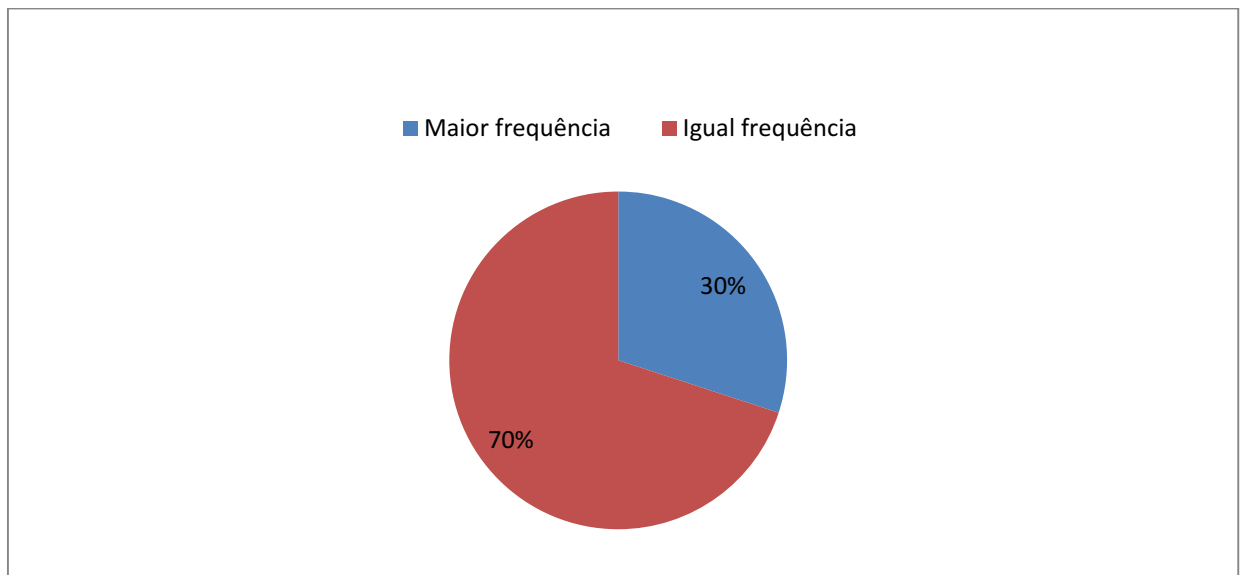


Gráfico 04 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem relacionadas à frequência de lavagem das mãos em paciente isolado na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

FONTE: elaboração própria, 2012.

A frequência da lavagem das mãos não deveria mudar entre os profissionais, já que, como discutido anteriormente, as precauções padrão e as recomendações de higienização

das mãos não mudam de acordo com a gravidade ou diagnóstico do paciente, ou seja, os profissionais devem realizar esta atividade em todos os casos, independente de sua condição infecciosa, segundo as orientações do CDC, que preconiza a recomendação para todos os pacientes.

Quando questionados se o fato dos colegas não utilizar a paramentação adequada exercia alguma influência no seu comportamento ou no dos demais colegas, 60% responderam negativamente e 40% afirmaram que a conduta dos outros profissionais influenciava no seu comportamento, de acordo com os dados do Gráfico 05.

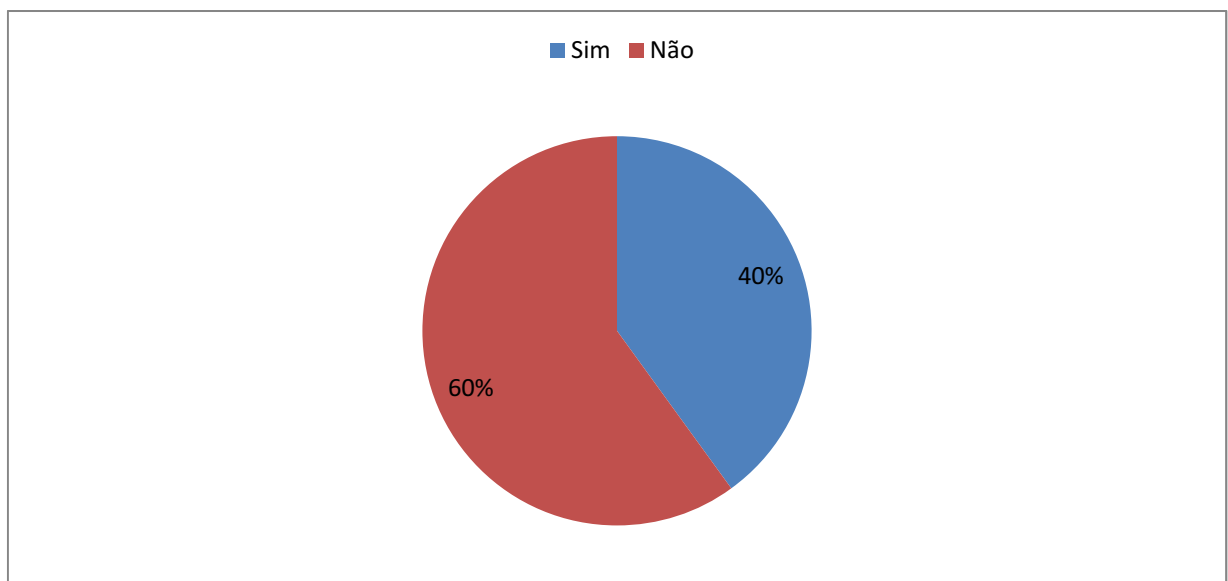


Gráfico 5 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, acerca da influência dos colegas na utilização de paramentação adequada.

FONTE: elaboração própria, 2012.

De acordo com este item, apesar da maioria dos profissionais de enfermagem ter mencionado que não são influenciados pelo comportamento dos colegas, vimos que ainda uma parcela significativa (40%), demonstrou o contrário, evidenciando que é preciso a conscientização e amadurecimento destes para realizar de forma adequada a paramentação recomendada independente do comportamento dos demais.

➤ **Relação entre benefícios e barreiras**

Foi perguntando aos profissionais de enfermagem se as medidas preventivas atribuídas no cuidado aos pacientes trazem benefícios para os mesmos, e todos (100%) responderam afirmativamente. Quando indagados sobre quais seriam esses benefícios, a

maioria 15 (48,4%) mencionou a prevenção de contaminação (infecção); a segurança profissional 08 (25,8%); e em menor proporção a não disseminação de doenças 06 (19,4%) e a segurança da família 02 (6,4%), conforme a Tabela 16.

Tabela 16 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos benefícios que as medidas preventivas promovem aos mesmos na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Benefícios que as medidas preventivas promovem aos profissionais de enfermagem	<i>f</i>	(%)
Prevenir contaminação (infecção)	15	48,4%
Segurança do profissional	08	25,8%
Evitar disseminação de doenças	06	19,4%
Segurança da família	02	6,4%
Total	31	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Avaliando as repostas emitidas pelos entrevistados, percebe-se que os mesmos têm consciência da importância do emprego das medidas preventivas, pois acreditam que estas promovem benefícios aos pacientes assistidos, corroborando com a ideia de Silva *et al*, (2010) que aponta a crença da atitude preventiva como resultante de benefícios, sendo assim fator importante no contexto estudado, pois pode favorecer e estimular a prevenção.

Em relação à quais seriam estes benefícios, vimos que a preocupação principal da maioria dos profissionais era prevenir a própria contaminação e zelar por sua segurança, porém não deram muita importância à disseminação de microorganismos que os mesmos poderiam provocar dentro do local de trabalho. Também não pensaram na segurança da sua família, pois os profissionais estando colonizados, conseqüentemente levariam estes microorganismos para dentro de casa podendo haver uma possível colonização dos familiares, fato que foi citado pela minoria dos entrevistados.

Este fato confirma outros estudos encontrados na literatura, onde os sujeitos avaliam que os principais benefícios da utilização das medidas preventivas para os profissionais sejam a proteção pessoal e a segurança (MOURA, 2004; MELO, 2005; NEVES *et al*, 2011). Diante disto, vemos a necessidade de levar informação para esta equipe de enfermagem, no tocante aos vários benefícios que estas medidas promovem e desta forma poder aumentar a adesão às mesmas.

Os dados da Tabela 17 revelam que os profissionais de enfermagem ao serem interrogados se as medidas preventivas promovem benefícios ao paciente, a maioria 10 (41,6%) respondeu que promoveria proteção para o paciente, 06 (25%) mencionaram que evitaria a infecção cruzada e o paciente teria uma recuperação mais rápida, e somente 01

(4,2%) disse que reduziria o índice de IH. Ainda houve 01 (4,2%) que não respondeu à questão.

Tabela 17 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos benefícios que as medidas preventivas promovem aos pacientes na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Benefícios que as medidas preventivas promovem aos clientes	<i>f</i>	(%)
Proteção	10	41,6%
Evitar infecção cruzada	06	25%
Recuperação mais rápida do paciente	06	25%
Reduz o índice de IH	01	4,2%
Não respondeu	01	4,2%
Total	24	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Percebemos que a maior parte das respostas atribuídas pelos entrevistados foi com relação à proteção do paciente, pelo fato de evitar que este viesse a adquirir outras doenças, vindo a fortalecer os resultados do estudo de Moura (2004), onde a proteção do paciente foi o benefício mais evidenciado na maioria das repostas. Já no estudo de Silva *et al* (2010), os participantes apontaram a prevenção da infecção como principal ação positiva decorrente da utilização das medidas preventivas.

Apesar dos benefícios apontados, observamos que os participantes deste estudo pouco mencionaram a questão de evitar a infecção cruzada e esqueceram-se de se referir à disseminação de bactérias para os outros pacientes, que pode acontecer caso as medidas preventivas não sejam realizadas de maneira correta.

No tocante aos fatores que facilitam o emprego das medidas preventivas, 15 (48,4%) entrevistados referiram-se à disponibilidade de EPI no setor, 07 (22,6%) citaram a boa informação/orientação dos profissionais, 04 (12,9%) mencionaram a sua própria conscientização, 03 (9,7%) apontaram a fiscalização constante da CCIH e 02 (6,4%) não responderam à pergunta, conforme a Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos principais fatores que facilitam o emprego das medidas preventivas na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Principais fatores que facilitam o emprego das medidas preventivas	<i>f</i>	(%)
Disponibilidade de EPI	15	48,4%
Profissionais bem orientados – informação	07	22,6%
Conscientização profissional	04	12,9%
Fiscalização constante da CCIH	03	9,7%
Não respondeu	02	6,4%
Total	31	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Já segundo a Tabela 19, as respostas atribuídas em relação aos fatores dificultadores para o emprego das medidas preventivas, revelam que 09 (28,1%) relataram a falta de consciência dos profissionais como fator dificultador; 08 (25%) citaram a falta de EPI; 04 (12,5%) a falta de informação dos profissionais e a de recursos no setor; 03 (9,3%) a falta de capacitações/treinamentos; 02 (6,3%) profissionais que trabalham no período noturno apontaram a ausência da CCIH no setor, já que esta não funciona à noite; e 02 (6,3%) não responderam à questão.

Tabela 19 – Distribuição das respostas atribuídas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas aos principais fatores que dificultam/impedem o emprego das medidas preventivas na UTI do Hospital Regional de Sousa – PB.

Principais fatores que dificultam/impedem o emprego das medidas preventivas	<i>f</i>	(%)
Falta de consciência dos profissionais	09	28,1%
Falta de EPI	08	25%
Falta de informação dos profissionais	04	12,5%
Falta de recursos no setor	04	12,5%
Falta de capacitações/treinamentos	03	9,3%
Ausência da CCIH no setor	02	6,3%
Não respondeu	02	6,3%
Total	32	100%

FONTE: dados da pesquisa/2012

Analisando os dados das Tabelas 18 e 19, podemos concluir que os profissionais tem noção do que se precisa ter para aderir às medidas preventivas, todavia existem falhas tanto da instituição quanto dos profissionais a serem corrigidas.

Com relação aos fatores facilitadores mostrados na Tabela 18, grande ênfase foi dada à disponibilidade de EPI e à boa orientação/informação que os profissionais devem ter para aderir às medidas, como também foi citada a consciência dos mesmos no tocante à realização daquelas. Por outro lado, na Tabela 19, onde aponta os fatores dificultadores,

podemos evidenciar que a maior parte dos entrevistados se referiu à falta de consciência dos profissionais como razão para não aderir às medidas, fato que se relaciona diretamente com a falta de capacitações/treinamentos para os trabalhadores, tendo sido este também um fator citado pelos mesmos.

Além disto, foi mencionado por alguns a falta de EPI e de recursos no setor, falhas estas que devem ser corrigidas pela instituição ou pelo(a) enfermeiro(a), o qual é responsável pela reposição de materiais durante os plantões, para que desta maneira haja a adesão integral dos profissionais às medidas de prevenção.

Talhaferro; Barboza; Oliveira, (2008) revela em sua pesquisa que é necessária a elaboração de estratégias capazes de aprimorar o comportamento dos profissionais de enfermagem para consequentemente aumentar a adesão destes ao uso de EPI. Do mesmo modo, a partir da análise dos dados desta pesquisa, vemos claramente a necessidade de realizar esta abordagem junto aos profissionais da instituição em questão, a fim de aumentar a adesão às medidas preventivas e assim diminuir os riscos de IH naquele ambiente.

É necessário afirmar que a direção do hospital em questão, a partir deste estudo, decidiu financiar com recursos do Governo Estadual, um estudo do mapeamento e identificação da microbiota bacteriana da UTI e assim promover de forma sistematizada e crescente a prevenção e controle da infecção hospitalar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa estudamos profissionais pertencentes a duas categorias: enfermeiros e técnicos de enfermagem, onde a classe predominante foi a de técnicos de enfermagem, sendo a maioria do sexo feminino, com idade entre 25 e 31 anos, tempo de serviço de 1 a 5 anos e turno de trabalho diurno. Diante dos dados obtidos, podemos concluir que:

✓ A maioria dos entrevistados apontou apenas a baixa imunidade do paciente como principal motivo, seguido da existência de bactérias no ar e nos aparelhos. Contudo, quase todos os profissionais responderam afirmativamente quando questionados se um paciente com IH oferecia algum risco para a equipe de saúde e citaram a “contaminação” como sendo o risco maior.

✓ Quanto à localização das bactérias infectantes no organismo do paciente, que os profissionais tem pouco conhecimento sobre a microbiota bacteriana e além disto, a maioria citou os *Streptococcus* sp. como sendo os microorganismos mais comumente encontrados no hospital em questão, baseados apenas na relevância destes microorganismos encontrados na literatura.

✓ Sobre a existência de paciente mais susceptível à colonização por bactérias a nível hospitalar, todos responderam afirmativamente, e a maioria destes citaram os pacientes imunocomprometidos e os com tempo de internação prolongado como aqueles que possuem maior risco.

✓ A maioria dos profissionais de enfermagem apontou que não existe a realização de cultura no setor, impossibilitando o conhecimento sobre resistência aos antimicrobianos.

✓ Em relação ao modo de transmissão das IH, houve a predominância do contato direto, seguido do contato indireto. Além disso, os entrevistados mencionaram o paciente infectado como principal reservatório dos microorganismos que causam IH.

✓ A maioria dos profissionais respondeu que tem medo de contrair esta infecção, e citaram o uso correto de EPIs como medida de primeira escolha para preveni-la.

✓ A maior parte dos profissionais associou-a gravidade da doença ao difícil tratamento. Outrossim, para diminuir a disseminação destas bactérias, a lavagem das mãos, o uso de EPIs e a realização de cultura e antibiograma predominaram nas respostas atribuídas por aqueles.

✓ Podemos perceber que a instituição influenciou de modo favorável a adesão às medidas preventivas, porém no que concerne às razões para a desobediência no uso dos EPIs, a maioria apontou a inconveniência do seu uso. Já sobre o momento de lavagem das mãos ao cuidarem de um paciente com IH, a maioria relatou que lava as mãos antes e após o contato com o mesmo. Do mesmo modo, relataram que utilizam o álcool glicerinado antes e após o contato com o paciente.

✓ Em relação ao EPI que apresenta maior dificuldade de utilização, o mais citado foi o capote, devido ao calor, à inconveniência do seu uso e ao desconforto que o mesmo ocasiona.

✓ Quanto às condutas adotadas para assistir um paciente com IH, a maior parte dos profissionais apontou o uso adequado de EPIs e a separação do material de uso único. No tocante à frequência da lavagem das mãos em paciente isolado, predominou a lavagem das mãos com igual frequência. E quando questionados acerca da influência dos colegas na utilização da paramentação adequada, a maioria respondeu que este fato não influenciava no seu comportamento.

✓ Quando perguntados se as medidas preventivas atribuídas no cuidado aos pacientes trariam benefícios para os profissionais, os mesmos em sua totalidade responderam afirmativamente, e em sua maioria mencionaram a “prevenção da contaminação (infecção)” como maior benefício. Já quando indagados se essas medidas trariam benefícios para os pacientes, a maior parte citou a “proteção do cliente” como benefício maior.

✓ Referente aos principais fatores que facilitam o emprego das medidas preventivas, a maioria citou a disponibilidade de EPI no setor. Em contrapartida, o principal fator que dificulta/impede o emprego destas medidas é a falta de consciência dos profissionais, segundo a maior parte dos mesmos.

De acordo com esta realidade, podemos observar que os profissionais de enfermagem da instituição em questão, de um modo geral, possui um conhecimento ainda “limitado” acerca da problemática da IH. Com relação à adesão às medidas de prevenção e controle da IH, vimos que a instituição contribui positivamente para a otimização destas medidas, apesar de apresentar algumas falhas, mas que podem ser facilmente corrigidas. Sendo assim, evidenciou-se que a pequena adesão à estas medidas relacionam-se mais aos próprios profissionais, seja por não conhecerem os verdadeiros motivos para realizá-la ou por mera resistência.

Logo, baseado nos dados apontados acima, percebemos que além da excelente iniciativa tomada pela direção do referido hospital de permitir a realização deste estudo,

apontamos como necessária a realização do mapeamento microbiológico da UTI a fim de prevenir a IH neste setor; Educação Continuada dos profissionais através da implementação de estratégias eficazes, seja por capacitações ou treinamentos, com o intuito de aprimorar os conhecimentos da equipe e consequentemente aumentar a adesão desta às medidas de prevenção e controle. Além disso, também é importante ressaltar que as instituições de ensino devem focar mais nas práticas de prevenção e controle de infecção, para deste modo formar profissionais de saúde mais conscientes que adiram às medidas e assim diminua os índices de IH.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Expede na forma de anexos diretriz e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares: Portaria N° 2.616, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil, Brasília, 1998.**
- COELHO, M.S.; SILVA, C.A.; FARIA, S.M.S. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO ESTRATÉGIA FUNDAMENTAL NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: UM ESTUDO QUANTITATIVO. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, n. 21, p.01-12, enero, 2011.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- GONÇALVES, Denise Cardoso; KREUTZ, Irene; LINS, Joceli F. Alencastro B. de Albuquerque. A infecção hospitalar em Mato Grosso: desafios e perspectivas para a enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. esp, p. 71-80, abril, 2004.
- LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Yoshikawa. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n 4, p.13-23, outubro, 1997.
- LACERDA, Rúbia Aparecida. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.55-63, jan/fev, 2002.
- LEISER, Jacir Júlio; TOGNIM, Maria Cristina Bronharo; BEDENDO, João. Infecções hospitalares em um centro de terapia intensiva no norte do Paraná. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p.181-186. abr/jun, 2007.
- LIMA, Mery Ellen; ANDRADE, Denise de; HAAS, Vanderlei José. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, Julho/Setembro, 2007.
- LISBOA, Thiago; FARIA, Mario; HOHER, Jorge A.; BORGES, Luís A.A.; GÓMEZ, Jussara; SCHIFELBAIN, Luciele; DIAS, Fernando S.; LISBOA, João; FRIEDMAN, Gilberto. Prevalência de Infecção Nosocomial em Unidades de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Porto Alegre, v.19, n. 4, Outubro/Dezembro, 2007.
- MACHADO, Adão Rogério L. Microrganismos multirresistentes em Unidades de Terapia Intensiva. **Prática Hospitalar**, ano V, n. 28, p. 25-58, jul/ago, 2003. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2028/paginas/materia%205-28.html>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

MELO, Dulcelene de Sousa. **Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curso básico de controle de infecção hospitalar. Caderno C: Métodos de Proteção Anti-Infeciosa.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000.

MONCAIO, Ana Carolina Scarpel. **Higienização das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da autoeficácia de Albert Bandura.** Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

MOURA, Maria Eliete Batista; CAMPELO, Sônia Maria de Araújo; BRITO, Francisca Cortez Prado de; BATISTA, Odinéa Maria Amorim; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; OLIVEIRA, Adélia Dalva da Silva. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, jul/ago, 2007.

MOURA, Josely Pinto de. **A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microorganismos multirresistentes.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NEVES, Heliny Carneiro Cunha; RIBEIRO, Luana Cássia Miranda; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e; MUNARI, Denize Bouttelet; MEDEIROS, Marcelo. A influência das relações interpessoais na adesão aos Equipamentos de Proteção Individual. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.84-93, novembro, 2011.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; CARDOSO, Clareci Silva; MASCARENHAS, Daniela. Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p.161-5, 2010.

OLIVEIRA, Olcinei Alves de; OLIVEIRA, Ana Lúcia Lyriode; PONTES, Elenir Rose J. Cury; OLIVEIRA, Sandra Maria do Valle Leone de; CUNHA, Rivaldo Venâncio da. Epidemiologia da infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva. **Rev Panam Infectol**, v.11, n.2, p.32-37, 2009.

OLIVEIRA, Rosângela de; MARUYAMA, Sônia Ayako Tao. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v.10, n. 3, p.775-83, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a23.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Infecção hospitalar.** OPAS, 2000. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/hospitala1.PDF>>. Acesso em: 29 set. 2011.

PEREIRA, Milca Severino; PRADO, Marinésia Aparecida do; SOUSA, Joaquim Tomé de; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e. Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v. 2, n. 1. Out/dez, 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 19 set. 2012.

PEREIRA, Milca Severino; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; PRADO, Marinésia Aparecida do. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Goiás, v. 14, n. 2, p.250-7, abr/jun, 2005.

PUCCINI, Paulo de Tarso. Perspectivas do controle da infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, julho, 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Adélia Aparecida M. dos. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 4, n. 15, abr/jun, 2002.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos; CABRAL, Luciane dos Anjos Formiga; BRITO, David Soares; MADEIRA, Maria Zélia de Araújo; SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa e; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho e. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, jul/ago, 2008.

SANTOS, Liara Ferreira dos; JUNIOR, Valdir Marcelino Vieira; SANTOS, Aline Ferreira dos; ALVAREZ, Cláudia Cecília de Souza; PEREIRA, Cíntia Alves de Souza; LOPES, Fernando Aguilar; CARVALHO, Nádia Cristina Pereira; OLIVEIRA, Olcinei Alves de. Fontes potenciais de agentes causadores de infecção hospitalar: esparadrapos, fitas adesivas e luvas de procedimento. **Rev Panam Infectol**, v.12, n. 3, p. 08-12, março, 2010.

Secretaria Estadual de Saúde. **NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Controle de Infecção Hospitalar**. Hospital Regional de Taguatinga. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Revisão 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner&Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SILVA, Adriana Maria da; CARVALHO, Milton Jorge de; CANINI, Silvia Rita Marin da Silva; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; SIMÕES, Carmen Lucia Antunes Pimenta; GIR, Elucir. Staphylococcus Aureus resistente à meticilina: conhecimento e fatores associados à adesão da equipe de enfermagem às medidas preventivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 50-56. mai-jun, 2010.

SOUSA, Laura Brito de; JACOME, Carla Inês; ARRUDA, Aurilene Cartaxo. **A importância do controle de infecção hospitalar em um bloco cirúrgico.** In: UFPB-PRG.XI Encontro de Iniciação à docência. João Pessoa, 2008.

SOUSA, SANTANA. **Higienização das Mãos.** In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos /Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. p. 63-73.

TALHAFERRO, Belisa; BARBOZA, Denise Berreta; OLIVEIRA, Andrea Ranucci de. Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 17, n. 3-6, p. 157-166, maio/dez, 2008. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/54094008/Adesao-ao-uso-dos-EPI_21/09/12>. Acesso em: 19 set. 2012.

TRABULSI, Luiz Rachid; ALTERTHUM, Flavio. **MICROBIOLOGIA.** 4ª edição. São Paulo Editora Atheneu, pg 101 a 110. São Paulo – SP, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide.** 2nd edition. WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whocdscsreph200212.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2011.

ZAPPAROLI, Amanda dos Santos. **Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem: análise da prática segura do uso de luvas na punção venosa periférica.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada: **“Conhecimento e adesão dos Profissionais da Enfermagem sobre as Estratégias de Controle da Infecção Hospitalar (IH) em Hospital Público do Semiárido Paraibano”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

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

Cajazeiras, 09 de Abril de 2012.

Autor (a) da Pesquisa
Antonio Fernandes Filho

Orientando (a)
Andressa Pedroza Pereira

ANEXO II**Estado da Paraíba**

Hospital Regional de Sousa

CNPJ 08.778.268 0027-08

Rua José Facundo de Lira, S/N Bairro Gato Preto

CEP: 58800-000 Sousa-PB

Fone: (83)3522-2774/ 3522-2775/ 3522-2776

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Conhecimento e adesão dos Profissionais da Enfermagem sobre as Estratégias de Controle da Infecção Hospitalar (IH) em Hospital Público do Semiárido Paraibano” desenvolvido pela aluna Andressa Pedroza Pereira do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do professor Dr. Antonio Fernandes Filho.

Cajazeiras – PB _____ de _____ de 2012

Cláudia Sarmiento Gadelha

Diretora Geral do Hospital Regional de Sousa - HRS

ANEXO III

Universidade Federal de Campina Grande

HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “Conhecimento e adesão dos Profissionais da Enfermagem sobre as Estratégias de Controle da Infecção Hospitalar (IH) em Hospital Público do Semiárido Paraibano”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____ residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____ nascido(a) em ___ / ___ /___, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **“Conhecimento e adesão dos Profissionais da Enfermagem sobre as Estratégias de Controle da Infecção Hospitalar (IH) em Hospital Público do Semiárido Paraibano”**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

I. O estudo se faz necessário para que se possa analisar o conhecimento e adesão dos profissionais da enfermagem que atuam na UTI acerca das estratégias de controle da infecção hospitalar (IH).

II. A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

III. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

IV. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

V. Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VI. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII. Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Rua: Carlos Chagas, s/n - São José – Fone: (83) 2101.5500 CEP: 58107 670 – Campina Grande-PB.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2012

() Profissional / () Responsável

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo projeto _____
Antonio Fernandes Filho

Telefone para contato: (83)8832-2229

Rua: Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares - Tel.: (83) 3532-2000 CEP: 58900 000
- Cajazeiras - PB

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ANÁLISE DO CONHECIMENTO E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ACERCA DAS ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA INFECCÃO HOSPITALAR (IH)

I. Dados da Identificação

Categoria Profissional

- enfermeiro
 técnico de enfermagem

Sexo

- feminino
 masculino

Tempo de serviço

_____ anos

Idade

_____ anos

Turno de trabalho

- diurno
 noturno

II. Conhecimento sobre Infecção Hospitalar (IH)

1. Você sabe me dizer por que algumas bactérias causam infecção hospitalar?

2. Um paciente com IH oferece algum risco para a equipe de saúde?

- Sim. Que tipo de risco? _____
 Não

3. Onde encontram-se localizadas as bactérias infectantes no organismo do paciente?

4. Quais são os microorganismos comumente encontrados nos pacientes deste hospital?

5. Existe paciente mais susceptível a colonização por bactéria a nível hospitalar? Se sim, cite quais.

6. Com qual frequência ocorre a presença de cepas multirresistentes na UTI?

7. Como as IH são transmitidas de um indivíduo a outro?

8. Quais são os principais reservatórios dos microorganismos que causam IH?

III. Percepção de susceptibilidade da doença pelo funcionário

1. Você tem medo de contrair IH?

Sim

Não

2. Como podemos nos prevenir de contrair IH? Cite algumas medidas essenciais.

IV. Severidade da doença

1. Quanto à gravidade das doenças, como você considera as que são causadas por bactérias? Assinalar todas as alternativas que considerar corretas.

são como quaisquer outras

estão associadas a maior índice de mortalidade

são de difícil tratamento

o tratamento pode ser inexistente

outros. Descreva _____

2. Cite as medidas preventivas para diminuir a disseminação desse agente, que devem ser empregadas nestas situações.

V. Influência da instituição

1. Quais são as razões para desobediência do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)?

- Interfere no trabalho
- Acesso difícil dos EPI
- Inconveniência do seu uso
- Inabilidade para seu emprego
- Desconhecimento da indicação para uso
- Outros _____

VI. Influência pessoal

1. Considerando o fato de estar cuidando de um paciente acometido por IH descreva, quando lava suas mãos. Qual produto utiliza?

2. Você utiliza o álcool glicerinado a 70% nas mãos em quais situações?

3. Qual o EPI representa maior dificuldade de utilização?

- Máscara
 - Luvas
 - Capote
- Por quê? _____

4. Indique quais condutas você adota ao assistir um paciente com IH.

- Uso adequado de EPI
- Separação do material de uso único
- Orientação aos visitantes

Se algum item não foi selecionado justifique o motivo.

5. O fato do paciente estar em isolamento faz com que você lave as mãos com a mesma frequência do paciente não isolado?

- Maior frequência
- Igual frequência
- Menor frequência

Por quê? _____

6. O fato de outros profissionais eventualmente ou frequentemente não utilizar a paramentação recomendada, influencia no seu comportamento ou de seus colegas?

Sim

Não

VII. Relação entre benefícios e barreiras

1. A adequação às medidas preventivas específicas promovem benefícios para você?

Sim

Não

Se sim, quais os benefícios? _____

2. A adequação às medidas preventivas específicas promovem benefícios para o cliente?

Sim

Não

Se sim, quais benefícios? _____

3. Quais são os principais fatores que facilitam o emprego das medidas preventivas?

4. Quais são os principais fatores que dificultam/impedem o emprego das medidas preventivas?
