

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PRISCILA DO NASCIMENTO GARCIA**

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS PRECAUÇÕES DE CONTATO  
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Botucatu  
2011

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS PRECAUÇÕES DE CONTATO  
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissionalizante da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ione Corrêa

Aluna: Priscila do Nascimento Garcia

Botucatu  
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Garcia, Priscila do Nascimento.

Adesão dos profissionais de saúde às precauções de contato em unidade de terapia intensiva / Priscila do Nascimento Garcia. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ione Corrêa

Capes: 40405001

1. Infecção hospitalar. 2. Unidade de tratamento intensivo. 3. Isolamento hospitalar.

Palavras-chave: Infecção hospitalar; Isolamento de pacientes; Precauções de contato.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Priscila do Nascimento Garcia**

### **ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS PRECAUÇÕES DE CONTATO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissionalizante - da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

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

#### **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Ione Corrêa: Faculdade de Medicina de Botucatu

Julgamento:\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Maria Virgínia M. F. F. Alves: Faculdade de Medicina de Botucatu

Julgamento:\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Silvana Denofre Carvalho: Universidade Estadual de Campinas

Julgamento:\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_

*Ao Divino Pai Eterno (Deus Pai, Filho e Espírito Santo), a quem devo TODAS as coisas. Senhor, "Tu és o Deus da minha Salvação, és o meu dono minha paixão, minha canção e o meu louvor!"*

*A Maria Santíssima pela intercessão e súplica junto ao filho Jesus! Mãezinha eu te amo!*

*Aos meus pais Manoel e Maristela, por me apoiarem mesmo quando não diziam nenhuma palavra: Eu Amo Vocês!*

*Aos meus irmãos Sheila e Diego, que fazem de cada luta um novo desafio: desejo que sejam muito Felizes!*

*Ao meu afilhado Guilherme, que me trouxe leveza até nos meus piores momentos: Você é minha paixão!*

*À minha avó Alcídia pelas orações e torcida. Desejo que recebas a graça de despojar-se de todos os bens e que aprendas a descobrir o quanto é bom buscar as "coisas que vem do Alto".*

*Ao José Roberto ("Preto") você é o melhor presente que Deus poderia ter me dado neste final de dissertação, e, início de uma nova vida. Obrigada, por cuidar de mim e me fazer sentir tão especial! Que Deus seja por nós e nos ensine a arte da verdadeira Felicidade!*

---

*À minha orientadora **Profa. Dra. Ione Corrêa** por toda paciência e carinho dispensado durante a construção deste trabalho.*

*Obrigada por me apoiar quando eu estive doente e me fazer capaz de acreditar que eu chegaria ao final.*

*Agradeço pelo incentivo, por ter me escutado, me aconselhado sobre “coisas da vida” e por ter me deixado tantas vezes de “castigo” em sua sala, confesso que eu produzia muito sob seus olhares mais próximos.*

*Obrigada me fazer acreditar que posso ir além!*

---

*Ao Márcio J. Leme que me trouxe um novo modo de ver a vida e mesmo com toda esta distância que se criou entre nós será para sempre “alguém” especial em meu coração. A você minha gratidão!*

*À Carol Leme por ajudar-me na tabulação dos dados e por me fazer sentir mais jovem, mais moderna. Siga sempre os planos que Deus tem para você!*

*À Adriana L. Leda pela torcida e apoio: a você minha amiga, meus sinceros agradecimentos.*

*À Sra. Leonilda e Sr. Francisco pelo carinho. Deus abençoe vocês!*

*Ao Dr. Adriano Gonfiantini, Dr. João Batista Bórsio Neto e Patrícia Fabbro pelo incentivo e liberdade em minhas atividades no Serviço de Controle de Infecção: obrigada por me apoiarem!*

*Ao médico infectologista Dr. Marcelo Pesce G. da Costa pela parceria no trabalho do Serviço de Controle de Infecção e por sempre me mostrar a possibilidade de um novo caminho.*

*Ao meu amigo e conselheiro Marco A. Busch por me fazer sentir a cada dia que vale a pena correr atrás dos nossos sonhos. Obrigada pelos ouvidos e palavras sábias. Você é um ser iluminado!*

---

*À Nildé Q. de A. Lima, Maria Eugênia Barbosa, Rita Vivian, Alessandra Viegas, Alessandra Flores, Elaine Mainini, Ana Carolina Ponce e Gesiane Bom pelo apoio e torcida: desejo que recaíam as bênçãos do Deus Todo Poderoso sobre a vida de você!*

*À enfermeira Juliana Giacon pela leitura e sugestões para este trabalho.*

*À Mônica da Silveira por torcer para que eu entrasse no mestrado e principalmente para que eu conseguisse terminá-lo. Agora só falta você!*

*À Irene Santos “meu braço direito, esquerdo e pés” por me organizar, me ouvir, orientar e principalmente por ter me ensinado a olhar para o céu. Obrigada por todas as orações!*

*Aos colegas de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) Técnicos de Segurança: José Luiz Pereira (pela indicação do estatístico), Adriano Farias e Eduardo Vaccaro pela parceria.*

*Ao amigo e servo de Deus, Prof. Ms. Alex de Almeida Prado, pela formatação do trabalho. Que você leve este amor que sente pelo Senhor por onde passar. Deus quer agir por você!*

*A todas as pessoas queridas que não mencionei, mas que participaram de algum modo desta trajetória: Obrigada!*

---



*À FUNDUNESP pela concessão de fomento à pesquisa.*

*Aos professores do curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Mestrado-Profissionalizante.*

*Ao Departamento de Enfermagem da Pós-Graduação de Enfermagem da UNESP.*

*Ao Prof. Dr. Manuel Henrique Salgado da Faculdade de Engenharia de Bauru pelas orientações referentes à análise estatística.*

*À Rosemary Cristina da Silva, bibliotecária da FMB-UNESP, pela correção com tanto carinho das referências bibliográficas. Deus seja por você e pelos seus!*

*A todos os colaboradores da UNESP-Botucatu.*

*A todos os diretores e gestores do Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru, por permitirem e apoiarem o desenvolvimento deste estudo.*

*Aos membros da equipe multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru, por aceitarem participar da pesquisa.*

---

*“Seja forte e corajoso! Não fique desanimado, nem tenha medo, porque eu, o Senhor, seu Deus, estarei com você em qualquer lugar para onde você for!”*

*(Josué 1.9)*

---

---

**SUMÁRIO**

<b>Lista de Siglas.....</b>	<b>12</b>
<b>Lista de Quadros.....</b>	<b>13</b>
<b>Lista de Tabelas.....</b>	<b>14</b>
<b>Lista de Anexos.....</b>	<b>16</b>
<b>Lista de Apêndices.....</b>	<b>17</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>18</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>19</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>26</b>
2.1 Definição e aspectos gerais das “Infecções Hospitalares” .....	26
2.2 As comissões de controle de infecção.....	28
2.3 Controle de infecção e a vigilância epidemiológica.....	31
2.4 O papel da higienização das mãos no controle de infecções.....	32
2.5 Unidade de terapia intensiva e a resistência bacteriana.....	34
2.6 Histórico das práticas de precauções e isolamentos.....	36
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>39</b>
3.1. Objetivo Geral.....	39
3.2. Objetivos Específicos.....	39
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>40</b>
4.1. Delineamento da pesquisa.....	40
4.2. Local do estudo.....	40
4.3. Casuística.....	42
4.4. A unidade de terapia intensiva e o serviço de controle de infecção.	43
4.5. Atividade de capacitação.....	43
4.6. Procedimentos éticos.....	44
4.7. Coleta de dados.....	44
4.8. Análise dos dados.....	45
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
<b>6.DISSCUSSÕES.....</b>	<b>66</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>73</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>

---

<b>9. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>90</b>
<b>11. APÊNDICES.....</b>	<b>98</b>

## LISTA DE SIGLAS

**AIDS:** *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

**ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**APECIH:** Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar

**CCIH:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**CCIRAS:** Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**CDC:** *Center for Disease Control and Prevention*

**CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa

**DML:** Dispensário de Materiais de Limpeza

**EPI:** Equipamento de Proteção Individual

**EUA:** Estados Unidos da América

**HM:** “higienização das mãos

**IH:** Infecção Hospitalar

**ILSL:** Instituto Lauro de Souza Lima

**IRAS:** Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**MR:** microorganismos multirresistentes

**MRSA:** *Staphylococcus aureus* resistente a Meticilina

**MS:** Ministério da Saúde

**NISS:** Sistema Nacional de Vigilância das Infecções Hospitalares

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PAS:** Profissionais da Área da Saúde

**PCIH:** Programa de Controle de Infecções Hospitalares

**PP:** Precaução Padrão

**SCIH:** Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

**SCIRAS:** Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

**VRE:** *Enterococcus resistente a Vancomicina*

---

## LISTA DE QUADRO

**Quadro 1** – Relação das doenças e/ou infecção, condição e microorganismo que necessitam das precauções de contato, segundo o APECIH\*/CDC\*\* ..... **46**

**Quadro 2** – Categorização das respostas dos entrevistados da UTI, segundo à quantidade de acertos e erros. Bauru, 2011..... **48**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos profissionais de saúde da UTI, segundo a categoria profissional, em número absoluto e percentual (n=35*). Bauru, 2011.....	42
<b>Tabela 2</b> – Descrição das medidas de precaução de contato recomendadas pelo CDC, 2007*.....	45
<b>Tabela 3</b> – Caracterização dos entrevistados da UTI, quanto ao perfil demográfico, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.....	50
<b>Tabela 4</b> – Distribuição das respostas dos participantes em relação às doenças que necessitam das precauções de contato (n = 31). Bauru, 2011.....	52
<b>Tabela 5</b> – Caracterização das respostas relacionadas às doenças que necessitam das precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.....	52
<b>Tabela 6</b> – Caracterização das variáveis demográficas em relação às respostas das doenças que necessitam das precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.....	53
<b>Tabela 7</b> – Distribuição das respostas dos participantes às medidas utilizadas nas precauções de contato (n = 156*/n=31**). Bauru, 2011.....	55
<b>Tabela 8</b> – Caracterização das respostas dos participantes relacionadas à citação das medidas que devem ser utilizadas nas precauções de contato, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011.....	56
<b>Tabela 9</b> – Caracterização das respostas relacionadas às medidas utilizadas nas precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.....	57
<b>Tabela 10</b> – Caracterização das respostas relacionadas às medidas que necessitam das precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, conforme a variável demográfica, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011...	58
<b>Tabela 11</b> – Relação das respostas citadas pelos participantes sobre as dificuldades ao assistir um indivíduo em precaução por contato (n = 45*). Bauru, 2011.....	59
<b>Tabela 12</b> – Relação de acertos e erros dos itens observados, em número absoluto e em percentual (n=93*). Bauru, 2011.....	60
<b>Tabela 13</b> – Caracterização do processo observacional em conceitos <i>adequado e inadequado</i> , de acordo com algumas variáveis demográficas, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.....	61
<b>Tabela 14</b> – Caracterização do processo de observação, segundo a categoria profissional, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011.....	62

**Tabela 15** – Distribuição das respostas sobre a higienização das mãos como medida utilizada nas precauções de contato, comparando com o processo observacional da higienização das mãos antes e após os procedimentos pelos participantes, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011..... **64**

**Tabela 16** – Distribuição das respostas sobre a utilização de luvas como medida adotada nas precauções de contato, comparando com o processo observacional do uso das luvas antes e retirada após os procedimentos pelos participantes, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011..... **64**

**Tabela 17** – Distribuição das respostas sobre a utilização de avental como medida adotada nas precauções de contato, comparando com o processo observacional de avental antes e retirada após os procedimentos pelos participantes, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011..... **65**

---



## **LISTA DE ANEXOS**

<b>Anexo 1</b> – Relação dos tipos de precauções, segundo o tipo de infecção e/ou doença/ microorganismo, conforme recomendação do CDC/APECIH, 2007*.....	<b>90</b>
<b>Anexo 2:</b> Formulário da entrevista: Conhecimento das Medidas de Prevenção de Contato pela Equipe Multidisciplinar UTI.....	<b>95</b>
<b>Anexo 3:</b> Formulário do Processo de Observação à Adoção das Precauções de Contato pela Equipe de Saúde – UTI.....	<b>96</b>

---

**LISTA DE APÊNDICES**

**Apêndice 1:** Placa de Sinalização utilizada no Hospital Beneficência Portuguesa das  
Precauções de Contato..... **98**

**Apêndice 2:** Parecer de Concordância da Diretoria Clínica do Hospital Beneficência  
Portuguesa de Bauru..... **99**

**Apêndice 3:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... **100**

**Apêndice 4:** Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro  
de Souza Lima..... **101**

---

---

## RESUMO

Garcia PN. Adesão dos profissionais de saúde às precauções de contato em unidade de terapia intensiva.[Dissertação]. Botucatu, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2011.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um dos principais entraves na qualidade da assistência médica, sendo considerada um grave problema de saúde pública. Dentre as complicações associadas às IRAS estão a morbi-mortalidade, o aumento do tempo de internação e da quantidade dos procedimentos invasivos, elevação do consumo de antimicrobianos e a disseminação de bactérias multirresistentes. As ações de controle das infecções voltadas às precauções e isolamentos possuem dois níveis, um composto pelas precauções padrão e o outro baseado nas vias de transmissão dos agentes, podendo ser classificados em três tipos: precauções respiratórias para transmissão aérea e para gotículas e em precauções para transmissão por contato. O objetivo deste estudo foi avaliar o uso das precauções de contato pelos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, composto por duas etapas, sendo a primeira correspondente à entrevista individual, na qual foram levantados o perfil demográfico, as doenças que necessitam das precauções de contato, as medidas que devem ser utilizadas e as dificuldades na assistência aos pacientes sob esta precaução. Na segunda etapa, os participantes foram observados durante três procedimentos assistenciais a pacientes em precaução de contato. As respostas da entrevista foram transcritas para a planilha do software *Microsoft Office Excel*, recebendo caracterização em adequada, parcialmente adequada e inadequada, segundo a categoria de acertos e erros. A etapa observacional foi conceituada como adequada e inadequada, considerando-se adequada a realização de 75% ou mais dos itens avaliados. Participaram desta casuística 31 profissionais de saúde da UTI, representando 88,6% do número total de profissionais da unidade. Houve predominância do gênero feminino (74,2%). A categoria profissional com maior percentual foi a de nível médio profissionalizante (71,0%). Destacaram-se os que trabalhavam no período noturno (41,9%) e os que possuíam dois ou mais vínculos empregatícios (58,1%). A maioria das respostas sobre as doenças que necessitam das precauções de contato foram caracterizadas como inadequadas (38,7%). Já as respostas relacionadas às medidas que devem ser utilizadas nas precauções de contato obtiveram maiores percentuais na categoria parcialmente adequadas (58,1%). As principais dificuldades citadas pelos participantes na assistência a pacientes em precaução de contato relacionam-se ao processo de paramentação, na higienização dos materiais, na utilização dos equipamentos, falta de treinamentos e de comunicação sobre o paciente. No processo de observação houve predomínio de inadequações (77,4%). Conclui-se que a maioria dos participantes desconhecem sobre as precauções de contato. Recomendam-se maiores intervenções técnicas e comportamentais para melhorar a adesão ao uso das precauções de contato pelos profissionais.

**Palavras-chave:** infecção hospitalar; isolamento de pacientes; precauções de contato.

---

## ABSTRACT

Garcia PN. Health professionals accession to contact precautions in intensive care unit. [Dissertation]. Botucatu Medicine College, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", 2011.

Infections Related to Healthcare (IRH) represent a major constraint on medical care quality, being considered a severe public health problem. Among the complications associated with IRH, are morbidity and mortality, increased hospital staying length and the number of invasive procedures, increased consumption of antimicrobials and the dissemination of multiresistant bacteria. The actions aimed at infection control precautions and isolation have two levels, one composed of standard precautions and the other based on the agents transmission routes, which can be classified into three types: respiratory precautions for airborne transmission and droplets precautions and in precautions for transmission by contact. The objective of this study was to evaluate the use of contact precautions for healthcare professionals from an intensive care unit. It is a descriptive exploratory study, consisting of two phases, the first corresponding to individual interviews, which demographic profile was raised, the illnesses that require contact precautions, what measures should be used and the difficulties in patient care in this case. In the second stage, participants were observed for three health care procedures to patients in contact precautions. The interview responses were transcribed to the spreadsheet software Microsoft Office Excel, getting characterization in adequate, in partially adequate or in inadequate, according to the hits and misses category. The observational phase was defined as adequate and inadequate, considering adequate the performance of 75% or more, of the items evaluated. Thirty one health professionals from the ICU participated in our study, representing 88.6% of the total number of the unit staff. There was female predominance (74.2%). The occupational category with the highest percentage was the mid-level professional (71.0%). The highlights were in those who worked at night shift(41.9%) and those who had two or more employment relationship (58.1%). Most of the answers about diseases which is related to contact precautions were characterized as inadequate (38.7%). The answers related to measures to be used in contact precautions had higher percentages in the category partially adequate (58.1%). The main difficulties cited by the participants in patients care in contact precautions relate to the scrub process, in materials sanitization, use of equipment, lack of training and communication about the patient. In the observation process, the inadequacies predominated (77.4%). It is concluded that most participants do not know about contact precautions. There should be more technical and behavioral interventions to improve adherence to the use of contact precautions by professionals.

**Keywords:** nosocomial infection, patient isolation, contact precautions.

---

# *1. INTRODUÇÃO*

---

## 1. INTRODUÇÃO

O aparecimento das infecções hospitalares é tão antigo quanto o surgimento dos hospitais. Data aproximadamente do ano 330 a.C. no Império Romano, a existência do primeiro hospital urbano, embora a construção do primeiro hospital tenha sido relatada no ano 394 a.C., na periferia de Roma. Posteriormente, vários outros foram criados, como o Hotel-Dieu na França, que possuía cerca de 1.200 leitos, muitos dos quais eram compartilhados com outros doentes.<sup>1</sup> A utilização do termo “hospital” se dá por conveniência didática, visto que tal denominação não era aplicada nos primórdios de sua existência.<sup>2</sup>

No ano de 325, bispos católicos reunidos no Concílio de Niceia foram instruídos a construir os hospitais ao lado das catedrais, com o objetivo de alojar peregrinos, pobres inválidos e doentes, cujos cuidados eram prestados por leigos. A medicina desta época era uma prática não-hospitalar, eminentemente religiosa, que atribuía às causas das doenças ao sobrenatural.<sup>2</sup>

Nesta época, não havia nenhuma medida de separação e/ou isolamento dos pacientes. A disseminação das doenças ocorria com grande facilidade, favorecida pelo abastecimento de água, manejo de alimentos inadequados, compartilhamento das camas entre os doentes que se aglomeravam nos ambientes. Esta realidade se dava tanto pelo desconhecimento das formas de transmissão dos agentes quanto pela inexistência de práticas de controle de transmissão das doenças. O hospital era mais do que local de cura e cuidado, uma fonte de doença e local de morte.<sup>1-3</sup>

As infecções hospitalares na Idade Média tinham suas formas de transmissão similares às da comunidade, com características exógenas e específicas, devido a ausência de procedimentos terapêuticos na época.<sup>5</sup>

A reestruturação dos hospitais ocorreu gradualmente, passando a ser de um local de caridade para um local de cura, de observação, de saberes e de disciplina, com a inserção dos médicos, melhorando as condições de atendimento, tornando-os uma instituição mais funcional, internando doentes somente com indicação médica para evitar a superlotação e contribuindo para o ensino<sup>1</sup>.

A partir deste novo modelo de assistência hospitalar, surgiram no século XVIII, as primeiras práticas de controle de infecção nos hospitais, baseadas no controle

---

do meio ambiente.<sup>2</sup> Destaca-se neste período, a emergência do capitalismo, com a valorização do corpo como objeto potencial de trabalho.<sup>5</sup>

No contexto histórico das infecções hospitalares, em 1847, grande importância representou Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), médico cirurgião húngaro, que atuou em Viena, em meados do século XIX. Semmelweis ao observar as altas taxas de infecção puerperal entre as mulheres atendidas por médicos que haviam realizado, previamente, necropsias, instituiu como rotina a higiene de mãos com solução de ácido clorídrico, obtendo redução significativa nas taxas de infecção puerperal de 11,4% para 1,3%, num período de sete meses.<sup>1-2,7</sup> Outras medidas empregadas por Semmelweis, incluíam o isolamento dos pacientes e a fervura de utensílios e instrumentais utilizados na assistência.<sup>2</sup>

Na Inglaterra, no final do século XIX, Florence Nightingale (considerada precursora da enfermagem moderna) contribuiu de modo importante ao atuar na (re)organização dos hospitais e, conseqüentemente, na implantação de medidas para o controle das infecções hospitalares, ainda que numa era pré-bacteriológica. Nightingale promoveu mudanças na assistência aos feridos na Guerra da Crimeia, voltando-se aos cuidados com a higienização, isolamento dos enfermos, atendimento individualizado, utilização controlada da dieta e a redução de leitos no mesmo ambiente. Dentre outras medidas instituídas estavam a organização, sistematização do atendimento e treinamento de pessoal, especialmente as práticas higiênico-sanitárias estabelecidas e que colaboraram para a redução das taxas de mortalidade hospitalar da época.<sup>1,3, 5, 119</sup>

A partir da contribuição do trabalho de Semmelweis (1860), reforçada por Lister (1867) e seguidamente por outros pesquisadores, estabeleceu-se uma relação entre os pacientes internados que apresentavam infecções e os casos de óbitos.<sup>8</sup>

As conquistas no campo da bacteriologia iniciaram-se a partir da segunda metade do século XIX, mas somente foram incorporadas na prática hospitalar no começo do século XX.<sup>9</sup> Uma variedade de técnicas de assepsia, antissepsia, desinfecção e esterilização foram sendo desenvolvidas, numa série de rituais, ainda que sem comprovação científica.<sup>10</sup>

O controle de infecções hospitalares teve uma notável contribuição na segunda metade do século XIX e XX, época em que muitos cientistas investiram na descoberta e isolamento de microorganismos responsáveis por várias doenças graves. A própria

---

descoberta da penicilina por Alexander Fleming, em 1928, levou a um aumento da confiança nos antimicrobianos, porém seu uso indiscriminado, contribuiu tanto para o aumento de cepas resistentes a tais antimicrobianos, quanto para a negligência das práticas de isolamento e técnicas assépticas nos ambientes hospitalares.<sup>11</sup>

As ações de controle das infecções tiveram impacto com a epidemia da *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), quando todos os pacientes, independente do risco presumido, tinham que ser assistidos com as mesmas medidas preventivas e de controle. Deste modo, a adoção de medidas preventivas passaram a ser uma preocupação de órgãos oficiais, hospitais e profissionais.<sup>12, 111</sup>

Dentre as medidas estabelecidas para o controle de infecção estão as normas de precauções universais e isolamento de substâncias corpóreas, nas quais foram definidos cuidados básicos a serem tomados com todos os pacientes, independentemente de seu diagnóstico, publicadas em 1987, pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC).<sup>112-115</sup> Após uma ampla revisão, em 1996, estas medidas passaram a ser denominadas de precauções baseadas na transmissão e precauções padrão.<sup>13</sup>

Contudo, as bases do modelo atual de precaução e isolamento, inicialmente propostas por Garner (1996), receberam atualização em 2007, sendo publicado o *Guideline for Isolation Precautions: preventing transmission of infectious agents in Healthcare Settings*. Este modelo propõe dois níveis de precauções, as denominadas padrão e as baseadas nas vias de transmissão dos agentes: gotículas, aerossóis e contato.<sup>13-14</sup>

As precauções padrão aplicam-se a todas as situações que podem levar a possibilidade de exposição a fluidos corporais, secreções, excreções, pele não intacta e mucosas. As precauções de contato aliadas às precauções padrão devem ser aplicadas na possibilidade de transmissão de um microorganismo de uma pessoa a outra através do contato direto ou indireto com pele e mucosa. Já as transmissões, por via aérea ou respiratória, diferenciam-se tanto pelo tamanho da partícula capaz de provocar infecções, quanto pela distância e pelo tempo que esta partícula permanece no ar, assim como pela eficácia da máscara facial capaz de barrar a transmissão do agente.<sup>13-16</sup>

O Ministério da Saúde (MS)<sup>17</sup> elencou o uso de barreiras protetoras tais como: luvas, aventais, máscaras e óculos protetores para evitar a exposição ao sangue e a outras secreções corporais, sequenciando que o tipo destas barreiras protetoras deve ser apropriado aos procedimentos realizados e ao tipo de exposição.

---



A adesão às ações de biossegurança é considerada um dos maiores e mais antigos desafios, visto que os profissionais de saúde possuem baixa percepção do risco aos quais estão expostos.<sup>14,18,117</sup>

---

## *2. REVISÃO DE LITERATURA*

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Definição e Aspectos Gerais das “Infecções Hospitalares”

Infecção hospitalar (IH) é definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.<sup>1-3, 5-8,20</sup>

Esta definição de IH, por convenção, pode ser atribuída aos casos em que a manifestação clínica de infecção ocorre a partir de setenta e duas horas após a admissão, quando desconhecido o período de incubação do microorganismo e não quando não houver evidência clínica e dado laboratorial de infecção no momento da internação (1998).<sup>21</sup>

Dentre os fatores que influenciam no desenvolvimento das IH estão: *agente etiológico* (resistência antimicrobiana, virulência, inóculo); *fatores ambientais* (fontes de infecção – pacientes infectados ou portadores, superlotação de pacientes em uma determinada área, objetos e superfícies contaminadas); *Suscetibilidade do paciente* (algumas condições/fatores predispõem os pacientes às infecções por microorganismos oportunistas como extremos de idade, doenças crônicas, neoplasias, imunossupressão, desnutrição, intervenções diagnósticas e terapêuticas); *Resistência microbiana* (uso de antimicrobianos).<sup>22</sup>

As infecções hospitalares representam um risco aos indivíduos hospitalizados, em virtude do desequilíbrio dos mecanismos de defesa anti-infecciosa do hospedeiro e sua microbiota normal. A transmissão de diversos tipos de microorganismos pode ocorrer de pacientes colonizados/infectados para pacientes e profissionais da área da saúde (PAS) susceptíveis, e ambos podem ser responsáveis por essa disseminação.<sup>23</sup>

A presença de comorbidades, neoplasia, neutropenia, uso prévio de antimicrobiano, internação em unidade de terapia intensiva, transferência de outro hospital, entubação traqueal por mais de vinte e quatro horas e estadia prolongada também estão associadas com a ocorrência de IH.<sup>24</sup>

A própria microbiota do paciente é responsável pelo desenvolvimento de aproximadamente dois terços das IH. Tais infecções de origem autógena podem ser tanto comunitária quanto intra-hospitalar, sendo difícil determinar se o paciente trouxe o microorganismo da comunidade ou se o adquiriu de fonte exógena durante a internação,

---

já que a colonização precede à infecção<sup>2</sup>. Tais infecções podem ainda ser consideradas como evitáveis e não-evitáveis.

As infecções evitáveis são aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão do microorganismo, como as que ocorrem em aproximadamente 30% dos casos. A interrupção desta cadeia pode ser realizada por meio de medidas de higienização das mãos, processamento de artigos e superfícies, utilização dos equipamentos de proteção individual e pela observação das medidas de assepsia.<sup>12</sup>

Em estudo conduzido com idosos internados em um hospital universitário, as topografias prevalentes de infecção hospitalar foram: infecção respiratória (27,6%), urinária (26,4%) e do sítio cirúrgico (23,4%)<sup>25</sup>. Outros estudos apontam prevalência de infecções hospitalares em topografias semelhantes, tais como infecção respiratória (28,9% e 32,9%); sítio cirúrgico (15,6%); pele (15,5%); urinária (40,8%) e sepses (9,2%).<sup>26,27</sup>

Dados apontam que as infecções hospitalares variam em média, entre 5 a 17% dos pacientes internados nos EUA, gerando implicações que envolvem desde o próprio paciente, pelo aumento no tempo de internação (em média de 15 dias), número de procedimentos invasivos e do risco de morbimortalidade, como a instituição, devido às mudanças no processo de trabalho (instalação de isolamentos e precauções) e contratação de profissionais especializados, aumentando os gastos com o tratamento e reduzindo a rotatividade nos leitos hospitalares.<sup>1-3</sup>

Outras conseqüências advindas com as infecções hospitalares são os custos decorrentes tanto para a instituição quanto para os próprios familiares, além da ameaça constante de disseminação de bactérias multirresistentes.<sup>28</sup>

Dentre os patógenos hospitalares mais relevantes estão: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp. e leveduras do gênero *Candida*. As infecções hospitalares são causadas geralmente por diversos microorganismos resistentes aos antimicrobianos, tais como *S. aureus* e *S. epidermidis*, resistentes a oxacilina/meticilina; *Enterococcus* spp., resistentes a vancomicina; *Enterobacteriaceae*, resistentes a cefalosporinas de 3ª geração e *Pseudomonas aeruginosa*, resistentes a carbapenêmicos.<sup>29</sup>

Atualmente, o termo infecção hospitalar tornou-se mais abrangente “*infecções relacionadas à assistência a saúde*” (IRAS), haja vista a nova tendência

da medicina moderna, cujos serviços vão muito além das estruturas hospitalares, mas também realizados em ambulatórios, serviços diagnósticos, clínicas especializadas, assistência domiciliar e serviços de longa permanência.<sup>30</sup>

As IRAS, atualmente, representam um dos principais entraves na qualidade da assistência médica, sendo consideradas uma questão de saúde pública mundial. Tal gravidade se deve à sua importante incidência, letalidade significativa, aumento no tempo de internação, do número de procedimentos invasivos e do consumo de medicamentos, por exigir mudanças no processo de trabalho (instalação de isolamento e precauções) e contratação de profissionais especializados, o que envolve aumento dos gastos.<sup>7, 25, 31, 32, 33</sup>

Dentre as complicações associadas às IRAS estão a disseminação de bactérias multirresistentes, elevação do consumo de medicamentos, além do maior tempo de afastamento dos pacientes das atividades normais e, muitas vezes, seu retorno com sequelas.<sup>28</sup>

## **2.2 As Comissões de Controle de Infecção**

A partir da recomendação da *American Hospital Association*, em 1958, foram criadas as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com o objetivo de prover aos hospitais americanos, um sistema que lhes permitisse apurar as causas das infecções neles adquiridas e dotá-los de instrumentos necessários contra possíveis ações legais movidas pela clientela. O entusiasmo pela vigilância epidemiológica das infecções hospitalares adentra as décadas seguintes com a implementação de novas medidas e empreendimentos, com vistas à prevenção e controle destas infecções.<sup>34</sup>

No Brasil, as primeiras referências ao controle da contaminação hospitalar, termo utilizado na época, surgiram na década de 50, aproximadamente em 1956, com questionamentos quanto a medidas ambientais, práticas relativas aos procedimentos invasivos, como as técnicas assépticas, processos de esterilização de material hospitalar e o aparecimento de microorganismos resistentes pelo uso indiscriminado de antibióticos.<sup>2</sup>

O Hospital Ernesto Dornelles, no Rio Grande do Sul em 1963, de forma pioneira, cria a primeira CCIH de que se teve relato no Brasil. Passados alguns anos, já

---

na década de 70, hospitais públicos e privados vinculados a hospitais universitários, criam as comissões multidisciplinares.<sup>12,31</sup>

A obrigatoriedade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ocorreu em 1983, com a publicação pelo Ministério da Saúde (MS) da Portaria n° 196 (24 de junho de 1983), sendo considerado um dos marcos históricos no controle das infecções hospitalares no Brasil.<sup>28</sup> Apesar da obrigatoriedade da CCIH nos hospitais, apenas em 1992, através da publicação da Portaria MS n° 930 é que fora reestruturado o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH).<sup>28,35</sup>

De acordo a Portaria MS n° 930, todos os hospitais devem possuir diretrizes e normas organizadas para a prevenção e controle de infecções hospitalares, através de Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), desenvolvidas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.<sup>21, 35</sup>

No Brasil, a Lei n° 9.431, de 06 de janeiro de 1997, torna obrigatória a existência das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar nas instituições de saúde do país, determinando em seu conteúdo as atribuições, os recursos humanos e os indicadores epidemiológicos para o controle das infecções hospitalares.<sup>36</sup>

A Portaria n° 2.616 de 12/05/1998, do Ministério da Saúde, apresenta as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, organizadas através de Programas de Controle de Infecção Hospitalar e desenvolvidos pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.<sup>21</sup>

Conforme orienta a portaria MS 2616/98, para a adequada execução do PCIH, os hospitais devem constituir a CCIH como um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar, devendo ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH são de dois tipos: consultores e executores. Os membros consultores devem ser representantes dos seguintes serviços: serviço médico; serviço de enfermagem; serviço de farmácia; laboratório de microbiologia; administração. Já os membros executores, representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar.<sup>21</sup>

Pelas atribuições emanadas pela Portaria MS 2616/98, a CCIH do hospital deve elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:<sup>21</sup>

---

- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
  - Adequar, implementar e supervisionar das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
  - Capacitar o quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
  - Supervisionar e coordenar, na instituição, as ações para racionalização do uso de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
  - Avaliar, periodicamente e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
  - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
  - Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
  - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções hospitalares, por meio de medidas de precauções e de isolamento;
  - Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
  - Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
  - Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
  - Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
  - Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
  - Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços
-

ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

O Ministério da Saúde, em 1994, realizou um estudo sobre a situação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar no Brasil, cujos resultados mostraram que 76,1% dos hospitais possuíam a comissão, formalmente, nomeada e apenas 3% deles não realizavam vigilância epidemiológica das infecções, sendo que dos 72,6% que investigavam os casos de infecção, 81,3% utilizavam o método de busca ativa, processo de detecção recomendado pelo Ministério da Saúde.<sup>28</sup>

Para que as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar possam desempenhar muito mais que um papel meramente burocrático devem receber o apoio político da administração do hospital, que deverá provê-las de condições mínimas essenciais para uma atuação efetiva dos programas de prevenção e controle.<sup>34</sup>

### **2.3 Controle de Infecção e a Vigilância Epidemiológica**

O Sistema Nacional de Vigilância das Infecções Hospitalares (NNIS) do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) considera as infecções hospitalares como expressões do resultado da assistência ou decorrentes de outros processos associados, alcançando a mais ampla aplicação com indicadores de qualidade nessa área.<sup>37</sup>

A vigilância epidemiológica das infecções hospitalares teve início em 1969, quando hospitais dos Estados Unidos foram selecionados para incluir em um banco de dados nacional seus dados de vigilância. Os dados eram embasados em quatro protocolos padrão e as definições e os critérios clínicos, definidos pelo CDC, ficando conhecido como sistema NNIS.<sup>37,38</sup>

Define-se vigilância epidemiológica como uma contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais para o planejamento, implementação e avaliação de práticas de saúde, perfeitamente integrada com os que precisam saber destes dados, constituindo um componente essencial de programas clínicos efetivos que

---



atendam o objetivo de reduzir a frequência de eventos adversos.<sup>39</sup> Deste modo, uma vigilância epidemiológica ativa, permite a determinação do perfil endêmico das instituições, a identificação de eventos inesperados (surtos) e o direcionamento das ações de prevenção e controle.<sup>21,22,40</sup>

A portaria MS 2616/98 recomenda ainda que a CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.<sup>21</sup> São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando a determinar taxas de incidência ou prevalência, sendo recomendados para a coleta de dados os métodos de busca ativos.<sup>1</sup>

Alguns dos indicadores são mais importantes de serem obtidos e analisados periodicamente no hospital, especialmente nas unidades críticas tais como os berçários de alto risco, unidade de terapia intensiva (UTI – adulto/ pediátrica/ neonatal e de queimados), conforme recomenda a portaria MS 2616/98.<sup>21</sup>

Ações de vigilância também são implementadas para conter a disseminação das bactérias multirresistentes (MR) que, em geral, baseiam-se na adoção de práticas de isolamento e precauções de contato pela equipe de saúde, indicadas para pacientes infectados ou colonizados por tais microorganismos.<sup>41</sup>

A realização de cultura de vigilância do ambiente (bancadas, maçanetas, telefones) e de pacientes (nariz, boca, períneo, pele não íntegra e líquidos corporais) também são recomendadas como medidas preventivas na disseminação das IRAS.<sup>42</sup>

## **2.4 O papel da higienização das mãos no controle de infecções**

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos alcançados no século XX, estes não nos colocam em situação muito diferente da época de Semmelweis, no que se refere à adesão de simples medidas de controle de infecção, como a higienização das mãos por ele proposta, constituindo-se um grande desafio torná-las práticas rotineiras nas instituições de saúde.<sup>43</sup>

O termo “higienização das mãos” (HM) é genérico e se refere à ação de lavar as mãos com água e sabão comum, água e sabão com antisséptico ou fricção com álcool a 70%.<sup>44</sup>

---

As mãos são consideradas o principal veículo de transmissão das IRAS, cabendo aos profissionais de saúde, um importante papel como vetores na transmissão de microorganismos aos sujeitos susceptíveis.<sup>45</sup> Deste modo, a higienização das mãos pode ser também considerada como medida crucial à prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo capaz de reduzir em até 30% sua ocorrência.<sup>45,46</sup>

A pele das mãos alberga microorganismos pertencentes à microbiota residente e à microbiota transitória. A colonização superficial da pele ocorre pela flora transitória, estando associada aos casos de IRAS, já que pode ser adquirida pelo contato direto dos profissionais com pacientes ou com superfícies e objetos contaminados. Destaca-se que a microbiota transitória pode ser removida pela higienização rotineira das mãos. Já a microbiota residente, constituída por microorganismos de baixa virulência como os estafilococos, corinebactérias e micrococos, por ser própria de camadas mais profundas da pele, é mais persistente à remoção, porém pouco associadas às infecções veiculadas pelas mãos.<sup>47</sup>

Além das microbiotas residente e transitória há um terceiro tipo de microbiota das mãos, denominada microbiota infecciosa. Neste grupo, poderiam ser incluídos microorganismos de patogenicidade comprovada, que causam infecções específicas como abscessos, panarício, paroníquia, ou eczema infectado das mãos. *S. aureus* e estreptococos  $\beta$ -hemolíticos são as espécies mais frequentemente encontradas.<sup>46,47</sup>

As mãos dos profissionais de saúde podem tornar-se colonizadas através de contato direto com pacientes ou superfícies contaminadas por microorganismos que apresentam resistência a duas ou mais classes de antimicrobianos, denominando-se nestes casos como multirresistentes. Dentre os mais encontrados nas instituições brasileiras estão: *Staphylococcus aureus* resistente a Meticilina (MRSA), cepas produtoras de  $\beta$ -lactamases de espectro estendido (ESBLs, *extended-spectrum  $\beta$ -lactamases*) e bactérias gram-negativas (*Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*) resistentes aos carbapênicos. Algumas condições específicas, como dermatites ou onimicoses, acarretam colonização persistente por agentes multirresistentes.<sup>46,47</sup>

O Ministério da Saúde, em 1989, editou o manual *Lavar as mãos* com o objetivo de normatizar essa técnica, proporcionando subsídios aos profissionais de saúde relativos às normas e procedimentos para lavar as mãos, visando à prevenção das infecções hospitalares. Tal importância desta prática que a higienização das mãos foi incluída na Portaria n° 2.616/98.<sup>12</sup>

A legislação brasileira, por meio da Portaria n° 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC n° 50, de 21 de fevereiro 2002, estabelece, respectivamente, as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde e as normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Esses instrumentos normativos reforçam o papel da higienização das mãos como ação mais importante na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde.<sup>21,48</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, também tem dedicado esforços na elaboração de diretrizes e estratégias de implantação de medidas visando à adesão à prática de higienização das mãos.<sup>47</sup>

## **2.5 Unidade de Terapia Intensiva e a Resistência Bacteriana**

Com o avanço da tecnologia, os antimicrobianos foram aperfeiçoados, técnicas modernas de assistência foram criadas e o número de pacientes de alta complexidade aumentou. Procedimentos invasivos acabaram tornando-se fundamentais no tratamento de pacientes graves.<sup>50</sup>

Apesar da evolução antimicrobiana e modernização da assistência, consequências negativas também surgiram, tais como a resistência bacteriana a múltiplas drogas e o comprometimento das defesas naturais do paciente, advindos tanto pela própria doença de base quanto pelo tratamento e métodos diagnósticos, aos quais os pacientes são submetidos.<sup>50,51</sup>

Deste modo, a maioria das IRAS manifestam-se como complicações de pacientes gravemente enfermos, submetidos a diversos procedimentos invasivos ou imunossupressores durante sua hospitalização, como os internados em unidades de terapia intensiva (UTI).<sup>12</sup>

Os critérios para internação em UTI, segundo a *Society of Critical Care Medicine (1999)*,<sup>52,53</sup> incluem doenças cardiovasculares, neurológicas, respiratórias, gastrintestinais, intoxicações, endocrinológicas, cirúrgicas e infecciosas ameaçadoras à vida, bem como, sinais vitais indicativos de gravidade (pulso <40 ou >150 batimentos por minuto, pressão arterial sistólica <80 mmHg ou 20 mmHg abaixo do nível habitual, pressão arterial média < 60 mmHg.<sup>52</sup> Em geral, as internações atendem a grupos etários

---

ou populações específicas como: neonatais, pediátrica e adultos que atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas.<sup>54</sup>

Conforme publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),<sup>11</sup> as UTI's são áreas críticas destinadas à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e tratamento. Tais unidades são reservatórios frequentes das bactérias multirresistentes, onde a transmissão interpacientes é amplificada, em função da menor adesão à higienização das mãos associada ao excesso de trabalho.<sup>11,54</sup>

O uso indiscriminado dos antibióticos nos hospitalares tem levado ao aumento da resistência dos microorganismos, sendo um comportamento bastante comum, principalmente em unidades de pacientes mais graves, como nas UTI's. A inadequação, o uso abusivo de antibióticos e a falta de critérios na escolha do tratamento empírico, configuram-se como fatores determinantes para o surgimento de diversos microorganismos resistentes em uma UTI.<sup>55</sup>

Os microorganismos multirresistentes (MR) são caracterizados pela resistência, geralmente a duas ou mais classes de antimicrobianos, disponíveis para o tratamento da infecção.<sup>56</sup>

A incidência de IRAS associadas a MR tem aumentado em todo o mundo e objetivando conter sua disseminação, hospitais têm implementado ações de vigilância. Tais ações baseiam-se na adoção de práticas de isolamento e precauções de contato pela equipe de saúde, que incluem quarto privativo ou em coorte (pacientes portadores do mesmo agente).<sup>33, 41</sup>

Atualmente é reconhecido que a etiologia da resistência bacteriana é multifatorial, desta forma, o controle da disseminação de microorganismos resistentes requer a implementação de medidas de controle que envolvam a adoção às precauções padrão e de contato, além do uso racional de antimicrobianos.<sup>50,51,57</sup>

Estudo conduzido entre clientes de uma UTI demonstrou maior vulnerabilidade nesta população à aquisição de microorganismos multirresistentes, influenciada principalmente pelas condições clínicas, comorbidades, extremos de idade, terapia antimicrobiana e a realização de procedimentos invasivos e cirúrgicos.<sup>56</sup>

---

## 2.6 Histórico das Práticas de Precauções e Isolamentos

Uma estratégia prevista como forma de intervenção para minimizar a exposição do paciente e do profissional de saúde refere-se à implementação das medidas de Precaução Padrão (PP), definidas por um conjunto de ações planejadas, que têm por objetivo a proteção dos profissionais e dos pacientes.<sup>14,51</sup>

As precauções padrão consistem em: higienização das mãos, uso de luvas, avental, máscaras, protetor ocular e protetor de face, manuseio e descarte apropriado de materiais perfuro-cortantes, manuseio correto de artigos e roupas contaminadas, controle ambiental (limpeza e desinfecção dos pisos, paredes, mobiliário e equipamentos contaminados com sangue ou líquidos corporais), transporte e acomodação adequada do paciente<sup>47-51</sup>.

Outra prática adicionada às Precauções Padrão foi a etiqueta da tosse, que se aplica para todas as pessoas presentes nos locais onde a assistência à saúde é prestada (equipe de saúde, pacientes, visitantes).<sup>30</sup>

As precauções adicionais, baseadas no modo de transmissão dos microorganismos, podem ser classificadas em três tipos: *precauções respiratórias para transmissão aérea (aerossóis)*; *precauções respiratórias para gotículas e de precauções de contato*, entretanto a aplicação de cada uma das precauções não exclui o uso das precauções padrão.<sup>56</sup>

A relação dos tipos de precaução por características específicas de infecção, condição clínica e/ou microorganismo encontra-se descrita no ANEXO 1.<sup>37</sup>

As precauções respiratórias para aerossóis são utilizadas para diagnóstico ou possibilidades de patologias transmitidas por partículas < 5µm, eliminadas durante a respiração, fala ou tosse que ficam suspensas no ar, podendo permanecer suspensas por horas e atingir ambientes diferentes. Recomendações:<sup>13,15,37</sup>

- 1- Quarto privativo com pressão negativa do ar em relação às áreas adjacentes, com porta privativa fechada;
- 2- Uso de máscara N-95 (com capacidade de filtrar 95% das partículas com diâmetro de 0,3 micron);
- 3- O transporte deve ser evitado. Quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica;
- 4- As visitas devem ser restritas;

- 5- Os artigos e equipamentos deverão ser exclusivos para o paciente ou em comum para pacientes acometido com o mesmo microorganismo.

As precauções respiratórias para gotículas são mais facilmente preveníveis, pois a partículas geradas por tosse, espirro, fala ou procedimento são maiores do que 5  $\mu\text{m}$ , não ultrapassando 1,0 metro de distância. As precauções recomendadas são:<sup>13,15,37</sup>

- 1- Quarto privativo ou coorte de pacientes com a mesma doença;
- 2- Uso de máscara comum para todos que entrarem no quarto durante o período de transmissão da doença;
- 3- O transporte do paciente deve ser evitado. Se necessário o paciente deverá utilizar máscara comum ao sair do quarto.

As precauções de contato aplicam-se para situações em que haja possibilidade de transmissão de agentes infecciosos por contato direto ou indireto (transferência do agente através de um material contaminado ou pelas mãos dos profissionais de saúde).<sup>15</sup>

A transmissão por contato direto pode ocorrer quando os microorganismos são transferidos de uma pessoa contaminada a outra sem a participação de um objeto ou uma pessoa intermediária contaminada. Para a transmissão por contato indireto, existem fortes evidências de que as mãos contaminadas dos profissionais de saúde são importantes fontes de infecção cruzada.<sup>58</sup>

Dentre alguns exemplos de transmissão por contato indireto estão:

- Se as mãos não forem higienizadas antes de tocar um paciente, podem transmitir microorganismos patogênicos após tocarem o local contaminado ou colonizado de um paciente, ou objeto contaminado;<sup>59,60</sup>
  - Dispositivos para cuidado de pacientes (por exemplo, termômetros eletrônicos, dispositivos para monitorização da glicemia) podem transmitir microorganismos ao se contaminarem com sangue ou fluidos corpóreos e não serem limpos e desinfetados entre paciente;<sup>61-64</sup>
  - Roupas, uniformes e aventais utilizados como Equipamento de Proteção Individual (EPI), podem se contaminar com microorganismos patogênicos após o atendimento a um paciente colonizado ou
-

contaminado (por exemplo por MRSA, *Enterococcus resistente a Vancomicina* (VRE), *C. difficile*). Muito embora a roupa contaminada não seja diretamente implicada na transmissão é fonte potencial para os próximos pacientes.<sup>65-67</sup>

As recomendações elaboradas pelo CDC para controlar os microorganismos transmitidos por contato são as utilizadas nas Precauções Padrão acrescidas de:<sup>13,15,37</sup>

- 1- Quarto privativo ou coorte de pacientes com o mesmo microorganismo isolado;
  - 2- Uso de luvas para qualquer contato com o paciente, e trocá-las após o contato com área ou material infectante, as quais devem ser calçadas antes de entrar no quarto e desprezá-las ao término dos cuidados;
  - 3- Utilizar avental sempre que houver possibilidade de contato das roupas do profissional com o paciente, seu leito, mobiliário do quarto ou material contaminado;
  - 4- O transporte do paciente de ser evitado. Quando for necessário, o profissional deverá utilizar as precauções de contato durante todo o trajeto;
  - 5- Os artigos de cuidados do paciente devem ser de uso individual como estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro;
  - 6- As visitas devem ser restritas.
-

### *3.OBJETIVO*



### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar o uso das precauções de contato pelos profissionais de uma unidade de terapia intensiva.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✚ Descrever o perfil sócio-demográfico dos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva quanto à idade, sexo, turno de trabalho, profissão, tempo de formação, tempo na instituição e na unidade de terapia intensiva, assim como, o número de vínculos empregatícios;
  - ✚ Identificar o conhecimento dos profissionais da saúde quanto às doenças e às medidas que devem ser utilizadas durante procedimentos assistenciais a indivíduos em precauções para transmissão por contato;
  - ✚ Identificar as dificuldades enfrentadas na assistência a indivíduos em uso das precauções para transmissão por contato
-

## *4. MATERIAIS E MÉTODOS*

---

## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo observacional, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em dois momentos. Cada indivíduo atua com o seu próprio controle, acerca do uso das medidas de precaução para transmissão por contato na assistência a pacientes internados numa UTI, sem qualquer intervenção.

### 4.2 Local do Estudo

#### 4.2.1 A instituição

O estudo foi realizado num hospital geral privado, de médio porte, com capacidade para cem leitos, localizado na cidade de Bauru, interior do estado de São Paulo.

A instituição é estruturada com serviços especializados como *laboratório de análises clínicas, medicina hiperbárica, serviço de nutrição e dietética, serviço de endoscopia digestiva, fisioterapia, odontologia, ultrassonografia, ecocardiograma, centro de tratamento urológico, hospital de olhos, anestesiologia, iodoterapia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e Raio-X.*

As demais unidades dividem-se em *pronto atendimento, centro cirúrgico e central de materiais esterilizáveis, ortopedia, lactário, manutenção, ala de consultórios e clínicas, farmácia, unidades de tratamento clínico e cirúrgico, bem como **Unidade de Terapia Intensiva.***

#### 4.2.2 A unidade de terapia intensiva: estrutura física e dinâmica de funcionamento

A UTI da instituição de estudo, é composta por 12 (doze) leitos, sendo um exclusivo a isolamento, três destinados a pacientes cirúrgicos e os demais a atendimentos clínicos.

Os leitos cirúrgicos e de isolamento são separados dos demais, porém a visualização pela equipe de saúde não é comprometida devido à presença de visores de

---

vidro transparente compoendo parte das paredes. Nestas áreas há banheiros com sanitários e chuveiros, sendo que a área de isolamento conta ainda com uma antessala dotada de pia para a higienização das mãos e armário para os aventais e equipamentos de paramentação (*conforme o tipo de isolamento*).

Quando há mais de um paciente em isolamento na unidade são seguidos os seguintes critérios:

- Pacientes acometidos por patologias de transmissão por aerossóis e que necessitem de cuidados intensivos são prioridade para o leito de isolamento;
- Alocação em coorte dos indivíduos colonizados/infectados pelo mesmo agente etiológico nas áreas com menor fluxo de pessoas dentro da unidade;
- Sinalização do leito por meio de placas indicativas quanto ao tipo de precaução a ser seguida: precauções para transmissão por contato ou respiratória (aerossóis ou gotículas).

O posto de enfermagem encontra-se num ponto estratégico com capacidade de visualização de todos os leitos. Há uma sala especial para preparo e manipulação das medicações. Neste local, também há uma pia com água filtrada. Os equipamentos ficam armazenados numa sala específica próxima ao Dispensário dos Materiais de Limpeza (DML) e da copa destinada a toda equipe.

Em cada leito, há pontos de gases medicinais e vácuo, monitores não invasivos, lixeira para resíduos infectantes, armários para equipamentos e pertences, sendo os leitos separados por cortinas impermeáveis. Uma grande pia, com duas cubas separadas e torneiras com aquecedores, sabão líquido e dispenser de papel acionados automaticamente, ficam dispostos na entrada da UTI. Dispensers de álcool gel encontram-se em toda a unidade, a fim de favorecer ao processo de higienização das mãos.

Os profissionais utilizam roupas privativas e gorros durante suas atividades neste setor, e contam com vestiários feminino e masculino, equipados com sanitários e chuveiro. Não há área de descanso à equipe de enfermagem, sendo destinada apenas à equipe médica uma área exclusiva, chamada de *conforto médico*, na qual há banheiro, armários, cama, televisão e computador para uso pelos profissionais.

Dentre as principais patologias encontradas, estão o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca congestiva, pneumonia, hemorragias, acidentes, câncer, diversas infecções, além de indivíduos submetidos a

---

cirurgias de grande porte, como as neurocirurgias, cirurgias torácicas e ortopédicas, dentre outras.

### 4.3 Casuística

Foram considerados elegíveis para o estudo profissionais de saúde que exercem atividades profissional na UTI adulto durante o período de coleta de dados e que consentiram na participação.

Os participantes deste estudo compõem-se pela equipe assistencial da unidade de terapia intensiva (UTI). Como critérios de inclusão os participantes deveriam pertencer à equipe de saúde da unidade e exercer ativamente a função assistencial no período da coleta de dados. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em férias e/ou licença médica durante a coleta de dados.

A distribuição de toda a equipe assistencial da unidade considerada pode ser verificada na Tabela 1, contando quatro enfermeiros distribuídos nos períodos da manhã, tarde, noturno par e ímpar (trabalham nos dias pares e ímpares respectivamente), que, ocasionalmente, são substituídos na ocasião de suas folgas, férias e demais ausências. Os auxiliares e técnicos de enfermagem são em número de quatro e 20 (vinte) profissionais respectivamente. Há ainda duas nutricionistas e três fisioterapeutas.

**Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de saúde da UTI, segundo a categoria profissional, em número absoluto e percentual (n=35\*). Bauru, 2011.**

<i>Categoria Profissional</i>	<i>Número Absoluto (n)</i>	<i>Percentual (%)</i>
<b>Auxiliar de enfermagem</b>	06	17,0
<b>Enfermeiro</b>	04	11,0
<b>Fisioterapeuta**</b>	03	9,0
<b>Nutricionista</b>	02	6,0
<b>Técnico de enfermagem</b>	20	57,0
<b>TOTAL</b>	35	100,0

\*n= número total de profissionais da UTI.

\*\*Prestadoras de Serviço Terceirizado.

#### 4.4 A Unidade de Terapia Intensiva e o Serviço de Controle de Infecção

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), representado pelos membros executores da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), realiza sistematicamente a vigilância epidemiológica de todos os pacientes internados no hospital.

A vigilância epidemiológica consiste num levantamento de dados que permitem identificar o perfil das unidades, oferecendo informações norteadoras às ações que devem ser adotadas pelo SCIRAS, para um controle de infecções efetivo.

Na instituição de estudo, o SCIRAS recomenda a todos os casos de internação na UTI, a realização de exames laboratoriais, a fim de controle epidemiológico. Deste modo, indivíduos em uso de dispositivos invasivos tais como ventilação mecânica, sondagem vesical de demora, cateter venoso central e na presença de lesões cutâneas são submetidos respectivamente à coleta de aspirado pulmonar/traqueal quantificado, urocultura com antibiograma, hemocultura (mínimo de duas amostras) e swab de secreção cutânea. Estas medidas permitem identificar possíveis colonizações e/ou contaminações por microorganismos multirresistentes, e a instituição precoce das precauções de contato.

Outras medidas também são adotadas, de acordo com a necessidade de cada paciente internado, como a troca da sonda vesical de demora já presente na internação ou nos casos de tratamento antibiótico para infecção urinária. Adota-se ainda a troca do acesso venoso periférico instalado em situações de emergência.

Todos os pacientes internados na UTI que apresentaram recomendação para precaução de contato são identificados por meio de placas sinalizadoras (*logística de informação*) contendo as medidas que devem ser adotadas durante todo o processo de assistência (Apêndice 1).

#### 4.5 Atividade de Capacitação

O SCIRAS em conjunto com o Serviço de Educação Continuada da Instituição promoveram uma capacitação sobre as rotinas de Precauções e Isolamentos, 40 (quarenta) dias antes do início deste estudo, a fim de possibilitar a toda equipe de saúde atualização no tema da pesquisa.

---

A atividade de capacitação ocorreu durante a jornada de trabalho dos profissionais, em local designado pela supervisão de enfermagem dentro da própria unidade assistencial. Utilizou-se recurso visual para apresentação e o tempo destinado à abordagem não ultrapassou 15 (quinze) minutos. Ao todo foram capacitados 79 (setenta e nove) profissionais da equipe de saúde dos diversos setores e períodos.

#### **4.6 Procedimentos Éticos**

O projeto de pesquisa fundamentado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde fora encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) da cidade de Bauru/SP, cumprindo a todos os critérios de exigência.

A ciência e a aprovação deste projeto pelo diretor clínico da instituição foi um quesito indispensável à análise pelo Comitê (Apêndice 2). A aprovação do projeto, sob protocolo E-007/11, ocorreu em 28 de abril de 2011 – CT.: C.E.P. n° 008/2011 (Anexo 2).

Após explicação do objetivo da pesquisa o profissional foi convidado a participar do estudo, sendo lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo mesmo (Apêndice 3). Deste modo, o participante era informado que após entrevista individual passaria por um processo de observação quanto à adoção das medidas recomendadas pelo CDC/APECIH na assistência a indivíduos em precauções de contato.

#### **4.7 Coleta dos dados**

As questões da entrevista foram previamente validadas através da colaboração de duas expertises da área de controle de infecção, que realizam suas atividades em dois hospitais de referência na cidade de Bauru/SP e de Curitiba/PR, sendo iniciadas no mês de maio e encerradas no final de julho de 2011.

A coleta de dados compôs-se de duas etapas, a primeira correspondente à entrevista e a segunda, ao processo de observação. Na entrevista, realizada pela própria pesquisadora, foram levantadas desde as variáveis demográficas até o conhecimento dos participantes em relação às doenças que necessitam das precauções de contato e as

---

medidas que devem ser utilizadas, bem como as dificuldades encontradas na assistência a indivíduos sob este tipo de precaução (Apêndice 4).

Utilizou-se um intervalo de 30 (trinta) dias entre a entrevista e o início da etapa de observação (Apêndice 5).

A etapa de observação foi realizada por um outro profissional previamente capacitado pela pesquisadora, sendo escolhida uma auxiliar de enfermagem que realiza atividades administrativas dentro do SCIRAS. Apesar de capacitada, a observadora desconhecia os objetivos da pesquisa.

Os participantes foram observados durante três procedimentos assistenciais a indivíduos em precaução de contato, deste modo, cada um dos onze itens que compunham esta etapa foi avaliado por três vezes. Os itens recebiam a letra *S* (*Sim*) quando realizados pelo profissional participante e *N* (*Não*) quando não realizados. Caso não fossem avaliados ou não aplicados recebiam *NA* (*Não se Aplica*). A relação aos itens observados encontra-se descrita na Tabela 2.

**Tabela 2 – Descrição das medidas de precaução de contato recomendadas pelo CDC, 2007\*.**

---

**MEDIDAS RECOMENDADAS**

---

*Quarto privativo*

*Higiene das mãos antes do procedimento*

*Higiene das mãos após o procedimento*

*Calçou luvas antes do contato*

*Retirou as luvas logo após o contato*

*Utilizou avental*

*Retirou o avental logo após término do procedimento*

*Artigos e equipamentos individuais*

*Visitas restritas e orientadas*

*Logística de informação sobre o isolamento*

*Profissional realizou o transporte do paciente com luvas*

---

\*Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, June 2007.

#### **4.8 Análise dos Dados**

As respostas das variáveis demográficas e das questões de interesse, levantadas através da entrevista, foram transcritas para a planilha do software *Microsoft Office Excel* na qual foram organizadas e categorizadas.

---



Os dados das respostas referentes às doenças que necessitam das precauções de contato foram classificados em certo e errado, conforme a relação adotada pela APECIH e pelo CDC (Quadro 1).

**Quadro 1 – Relação das doenças e/ou infecção, condição e microorganismo que necessitam das precauções de contato, segundo o APECIH\*/CDC\*\*.**

<b>Tipo de Doença e/ou Infecção/ Condição/ Microorganismo</b>
<b>ABCESSO DRENANTE</b>
✚ Drenagem não contida pelo curativo = <b>CONTATO</b>
<b>ADENOVÍRUS</b>
✚ Conjuntivite = <b>CONTATO</b>
✚ Gastroenterite em paciente incontinente ou em uso de fraldas = <b>CONTATO</b>
<b>BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES = CONTATO</b>
<b>BRONQUIOLITE (Lactente e pré-escolar)</b>
✚ VRS / Parainfluenzae / Metapneumovírus = <b>CONTATO</b>
<i>Clostridium difficile</i> (Colite associada a uso de antibióticos) = <b>CONTATO</b>
<b>CÓLERA = CONTATO</b>
<b>COLITE ASSOCIADA A ANTIBIÓTICO (<i>Clostridium difficile</i>) = CONTATO</b>
<b>CONJUNTIVITE:</b>
✚ Viral aguda (hemorrágica) = <b>CONTATO</b>
<b>DIFTERIA:</b>
✚ Cutânea = <b>CONTATO</b>
<b>ENTEROCOLITE por <i>Clostridium difficile</i> = CONTATO</b>
<b>ENTEROVIROSE (Coxsackie ou Echovirus)</b>
✚ lactente e pré-escolar = <b>CONTATO</b>
<b>ESCABIOSE = CONTATO</b>
<b>ESTAFILOCOCCIA (<i>Staphylococcus aureus</i>)</b>
✚ Pele, ferida e queimadura com secreção não contida = <b>CONTATO</b>
✚ Enterocolite paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b>
<b>FEBRE TIFOIDE</b>
✚ Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b>
<b>FURUNCULOSE ESTAFILOCÓCICA:</b>
✚ Lactentes e pré-escolares = <b>CONTATO</b>
<b>GASTROENTERITE:</b>
✚ <i>Campylobacter</i> , <i>Cholera</i> , <i>Criptosporidium spp</i> = <b>CONTATO</b>
✚ <i>Clostridium difficile</i> = <b>CONTATO</b>
✚ <i>Escherichia coli</i> (Enterohemorrágica O157:H7 e outras)
▪ Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b>
✚ <i>Salmonella spp</i> (inclusive <i>S. typhi</i> ):
▪ Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b>
▪ <i>Shigella spp</i> : Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b>
<b>HEPATITE VIRAL:</b>
✚ Se uso de fraldas ou incontinente = <b>CONTATO</b>
<b>HERPES SIMPLES:</b>
✚ Mucocutâneo disseminado ou primário grave = <b>CONTATO</b>
✚ Neonatal = <b>CONTATO</b>
<b>IMPETIGO = CONTATO</b>
<b>INFEÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA:</b>

<p>✚ Com secreção não contida = <b>CONTATO</b></p> <p><b>PEDICULOSE = CONTATO</b></p> <p><b>PNEUMONIA:</b></p> <p><b>Viral:</b> Lactentes e pré escolar = <b>CONTATO</b></p> <p><b>ROTAVIRUS</b> e outros vírus causadores de</p> <p>✚ Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b></p> <p><b>RUBÉOLA:</b></p> <p>✚ Congênita = <b>CONTATO</b></p> <p><b>VÍRUS PARAINFLUENZAE</b></p> <p>Lactente ou pré-escolar = <b>CONTATO</b></p> <p><b>VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO</b></p> <p>Lactente ou pré-escolar = <b>CONTATO</b></p>
---

\* Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – APECIH. Precauções e isolamento. São Paulo; 1999.

\*\*Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, June 2007.

Neste estudo, consideramos como corretas as respostas das doenças que necessitam apenas das precauções de contato, sendo excluídas todas as que necessitam de mais de uma precaução durante a assistência, como por exemplo, contato e gotículas ou contato e aerossóis, bem como as que só se enquadram como precaução de contato sob condições específicas (p.ex.: hepatite A em pacientes incontinentes ou em uso de fraldas).

As respostas relacionadas às medidas que devem ser utilizadas na assistência a indivíduos em precaução de contato foram comparadas às recomendações da APECIH (1999) e CDC (2007), a fim de diferenciação dos acertos e erros.

Dentre as recomendações estão:

- ✚ *Quarto privativo ou coorte de pacientes com a mesma doença ou microorganismo;*
- ✚ *Uso de luvas para qualquer contato com o paciente;*
- ✚ *Uso de avental, se houver possibilidade de contato das roupas do profissional com área ou material infectante, sendo obrigatório para higienização de paciente com diarreia, incontinência fecal ou urinária e ferida com secreção abundante não contida pelo curativo;*
- ✚ *Retirar o avental logo após o contato;*
- ✚ *Artigos de cuidado do paciente tais como termômetros e estetoscópios devem ser de uso individual e adequadamente processados;*
- ✚ *Manter as precauções padrão;*
- ✚ *Visitas restritas e orientadas;*

- ✚ *Higienização das mãos antes e após os procedimentos;*
- ✚ *Logística de informação, colocação de placas com a descrição do tipo de precaução e medidas a serem adotadas;*
- ✚ *Profissional realizou o transporte com luva.*

Todavia, para os itens relacionados à higienização das mãos, verificou-se apenas se a ação havia ou não sido realizada, não considerando o modo pelo qual a técnica fora desenvolvida.

Após as respostas serem diferenciadas em certas e erradas foram categorizadas em *adequada; parcialmente adequada e inadequada*, conforme a quantidade dos acertos e erros (Quadro 2).

**Quadro 2 – Categorização das respostas dos entrevistados da UTI, segundo à quantidade de acertos e erros. Bauru, 2011.**

<b>ADEQUADA</b>	<b>DUAS OU MAIS CORRETAS</b>
<b>PARCIALMENTE ADEQUADA</b>	<b>Apenas uma correta</b>
<b>INADEQUADA</b>	<b>Todas incorretas</b>

Para esta etapa observacional, considerou-se como conceito *adequado* o cumprimento de 75% ou mais dos sete itens avaliados. Já os percentuais inferiores a este, portanto realizados em até 74,9% foram classificados como *inadequados*.

Considerando que alguns itens observados independem do comportamento do profissional para serem conceituados ou não foram avaliados, tiveram que ser trabalhados separadamente. Dentre eles estes estão: *quarto privativo; visitas restritas e orientadas; logística de informação e profissional realizou o transporte do paciente com luvas*.

O quesito *quarto privativo* fora excluído desta conceituação, visto que na unidade de estudo há apenas um leito de isolamento, o que não atende a demanda dos pacientes sob precauções por contato e por tratar-se de um problema estrutural, a falta do seu cumprimento não pode ser atribuída ao profissional. Já os demais itens: *visitas restritas e orientadas; logística de informação e profissional realizou o transporte do paciente com luvas* não foram observados em nenhum momento.

A última análise dos dados compôs-se pela comparação entre as respostas dos participantes quanto às medidas utilizadas nas precauções de contato e o processo de

observação. Para este momento foram relacionadas as respostas que referenciavam os itens: *higienização das mãos, uso de luvas e avental*, sendo comparadas as citações das medidas com sua real execução durante o processo de observação. Deste modo, o participante que respondeu às medidas supra-citadas deveria realizá-las nas três observações, incluindo assim, a *higienização das mãos antes e depois, o calçar luvas antes e retirar logo após o contato, utilizar avental e retirá-lo após o contato*.

Os dados foram descritos em tabelas e gráficos apresentando frequências absolutas e relativas (porcentagens) das características pesquisadas. Para a verificação de possíveis relações significativas entre variáveis, utilizou-se o teste Qui-Quadrado com nível de significância de 5%. Para a descrição e análise foi utilizado o Software MiniTab 16.

Os resultados analisados serão apresentados à instituição, a fim de possibilitar ações educativas, direcionadas à importância da adesão ao uso das precauções de contato na assistência aos que estão sob precaução de contato.

---

## *5. Resultados*

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Perfil Demográfico dos Profissionais da UTI

Participaram desta casuística 31 (trinta e um) profissionais da área da saúde que atuam na UTI, representando 88,6% do número total de profissionais da unidade. Os dados da variável demográfica encontram-se detalhados na Tabela 3.

**Tabela 3 – Caracterização dos entrevistados da UTI, quanto ao perfil demográfico, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.**

Variável Demográfica	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	23	74,2
Masculino	08	25,8
<b>Faixa Etária</b>		
20 a 35	22	71,0
35 a 50	09	29,0
<b>Categoria Profissional</b>		
Nível Superior	09	29,0
Nível Médio Profissionalizante	22	71,0
<b>Turno de Atividade</b>		
Manhã	12	38,7
Tarde	06	19,4
Noite	13	41,9
<b>Nº de Vínculo Empregatício</b>		
Um	13	41,9
Dois ou mais	18	58,1
<b>Tempo de Formação (anos)</b>		
Um mês até 5	13	42,0
>5 a 10	09	29,0
>10	09	29,0
<b>Tempo na Instituição (anos)</b>		
Um mês até 5	23	74,2
>5	08	25,8
<b>Tempo na UTI (anos)</b>		
Um mês até 3	22	71,0
>3	09	29,0

Ao caracterizar os profissionais da unidade em estudo, percebe-se predomínio do gênero feminino (74,2%) e cuja faixa etária varia entre 20 e 35 anos (71%), sendo a idade mínima de 23 e a máxima de 50 anos.

Os resultados em relação às categorias profissionais foram divididos em dois níveis: *superior* (29,0%) e *médio profissionalizante* (71,0%) e. A categoria de nível médio é composta por auxiliares e técnicos de enfermagem, enquanto a de nível

superior é formada por enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas. Há a ressalva de que dos quatro profissionais de nível técnico profissionalizante que não integraram o estudo, um encontrava-se de licença médica por tempo indeterminado e os demais em férias.

Os dados demonstram um predomínio das atividades dos participantes no período noturno (41,9%). Ao serem indagados sobre o vínculo empregatício, percebe-se que 58,1% atuam em duas ou mais instituições de saúde.

No que tange aos tempos de formação e de atuação na instituição em estudo, há um predomínio entre um mês a cinco anos, com percentuais respectivos de 42,0% e 74,2%. Em relação ao tempo de atuação na UTI, o estudo apresentou 71,0% dos participantes com experiência entre um mês a três anos. (Tabela 3).

Quando comparadas as categorias profissionais em relação ao tempo de formação, predominaram os profissionais com nível superior, formados entre um mês a cinco anos (88,9%), enquanto entre os profissionais de nível médio profissionalizante, o tempo de formação foi de cinco a dez anos (40,9%). O tempo de atuação na instituição predominou no intervalo de um mês até cinco anos para as duas categorias, sendo de 100% entre os de nível superior e 63,6% para os de nível médio profissionalizantes.

## **5.2 Relação das doenças que necessitam de precauções de contato**

As respostas dos participantes em relação às doenças que necessitam das precauções de contato encontram-se descritas sem distinção de acertos e erros (Tabela 4). Percebe-se que houve predomínio das citações referentes à meningite (61,3%); bactérias multirresistentes e tuberculose obtiveram percentuais de 54,8% cada, seguidas pelos que não sabem (45,2%) e pelas dermatites e outras doenças de pele e mucosas (41,9%).

**Tabela 4 – Distribuição das respostas dos participantes em relação às doenças que necessitam das precauções de contato (n = 31). Bauru, 2011.**

Doenças citadas pelos entrevistados	n (108)*	% (n=31)**
Meningite	19	61,3
Bactérias Multirresistentes	17	54,8
Tuberculose	17	54,8
Dermatites e outras doenças de pele e mucosas (pediculose, escabiose, erisipela, miíase e conjuntivite)	13	41,9
Hepatite	06	19,4
Influenza A(H1N1)	06	19,4
HIV	05	16,1
Doenças Infecto-Contagiosas (não especificadas)	03	9,7
Herpes Zoster	03	9,7
Feridas Infectadas	02	6,5
Imunossupressão	02	6,5
Rubéola	01	3,2
Não Sabem	14	45,2

\*n = número de respostas

\*\*%(n=31) = percentual com relação ao número de participantes

Ao apresentar as respostas relacionadas às doenças que necessitam das precauções de contato, considerando-se a quantidade de acertos e erros, observa-se na tabela 5, um predomínio das categorias *inadequadas e parcialmente adequadas*, com percentuais respectivos de 38,7% e 35,5%, apontando uma baixa citação pelos pesquisados das doenças que realmente necessitam das precauções de contato, isto é, *adequadas* (25,8%).

**Tabela 5 – Caracterização das respostas relacionadas às doenças que necessitam das precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.**

Categoria de Acertos/Erros	n	%
Adequada	08	25,8
Parcialmente Adequada	11	35,5
Inadequada	12	38,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

A relação das variáveis demográficas, segundo as categorias de acertos e erros (*adequado, parcialmente adequado e inadequado*), encontram-se descritas na tabela 6.



**Tabela 6 – Caracterização das variáveis demográficas em relação às respostas das doenças que necessitam das precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.**

Variável Demográfica	Categoria de Acertos e Erros						Total	Valor p*	
	Adequado		Parcialmente Adequado		Inadequado		Total		
	N	%	n	%	n	%	n	%	p
<b>Gênero</b>									
<i>Feminino</i>	06	75,0	08	72,7	09	75,0	23	74,2	0,990
<i>Masculino</i>	02	25,0	03	27,3	03	25,0	08	25,8	
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Faixa Etária</b>									
<i>20 a 35</i>	07	87,5	08	72,7	07	58,3	22	71,0	0,367
<i>&gt;35</i>	01	12,5	03	21,3	05	41,7	09	29,0	
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Categoria Profissional</b>									
<i>Nível Superior</i>	02	25,0	04	36,4	03	25,0	09	29,0	0,801
<i>Nível Médio</i>	06	75,0	07	63,6	09	75,0	22	71,0	
<i>Profissionalizante</i>									
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Nº de Vínculos Empregatícios</b>									
<i>Um</i>	03	37,5	06	54,6	04	33,3	13	42,0	0,563
<i>Dois ou mais</i>	05	62,5	05	45,5	08	66,7	18	58,0	
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo de Formação (anos)</b>									
<i>Um mês a 5</i>	05	62,5	04	36,4	04	3,3	13	41,9	0,179
<i>5,1 a 10</i>	03	37,5	04	36,4	02	16,7	09	29,0	
<i>10,1 a 30</i>	0	0,0	03	27,3	06	50,0	09	29,0	
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo na Instituição (anos)</b>									
<i>Um mês a 5</i>	07	87,5	07	63,6	09	75,0	23	74,2	0,501
<i>Mais de 5</i>	01	12,5	04	36,4	03	25,0	08	25,2	
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo na UTI (anos)</b>									
<i>Um mês a 3</i>	07	87,5	07	63,6	08	66,7	22	71,0	0,483
<i>Mais de 3</i>	01	12,5	04	36,4	04	33,3	09	29,0	
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	

A relação do gênero com as respostas dos participantes sobre as doenças que necessitam das precauções de contato não apresentou significância estatística, mantendo-se percentuais semelhantes por categoria de acertos e erros, quando comparadas entre o mesmo sexo.

Observou-se que na faixa etária entre os 20 aos 35 anos de idade houve predomínio das respostas em relação às doenças que utilizam as precauções de

contato na categoria considerada adequadas em 87,5%. Entretanto, acima dos 35 anos, este predomínio foi de *inadequados*.

Na categoria *adequados*, os percentuais de nível médio profissionalizante e nível superior foram de 75% e 25% respectivamente. Dentre os nove participantes de nível superior, o maior percentual encontra-se na categoria *parcialmente adequado* (36,4%), enquanto que para os profissionais de nível médio profissionalizante, esta mesma categoria, totalizou 63,6%.

O percentual dos participantes que possuíam de dois ou mais vínculos, categorizados como *adequado* correspondeu a 62,5%, contrapondo-se aos 37,5% com vínculo único. Entretanto, dos doze profissionais da categoria *inadequado*, 66,7% tinham dois ou mais vínculos empregatícios.

Pode-se observar uma diminuição significativa nos percentuais de respostas *adequadas* conforme o tempo de formação do profissional, havendo uma maior tendência de acertos entre os formados há até cinco anos (62,5%). Já entre os formados há mais de dez anos predominou os categorizados como *inadequados* (50%).

As diferenças entre as categorias de acertos e erros, conforme o tempo na instituição, demonstraram entre os que trabalham de um mês a cinco anos, maiores percentuais na categoria de *adequados* (87,5%). Entretanto, entre os que participantes com tempo acima de cinco anos na instituição, predominaram os *parcialmente adequados* com (36,4%)

Em relação ao tempo de atuação na UTI houve um predomínio de 87,5% de *adequados* entre os que trabalhavam há no máximo três anos. Já o percentual de *adequados* entre os que trabalhavam nesta unidade num período superior a três anos, correspondeu a 12,5%.

### **5.3 Relação das medidas utilizadas nas precauções de contato**

Os dados referentes às medidas que devem ser utilizadas nos casos pacientes em uso de precauções de contato, segundo as respostas dos entrevistados, encontram-se descritas na Tabela 7, totalizando 164 (cento e sessenta e quatro) respostas.

**Tabela 7 – Distribuição das respostas dos participantes às medidas utilizadas nas precauções de contato (n = 156\*/n=31\*\*). Bauru, 2011.**

<b>Respostas das medidas utilizadas nas precauções de contato</b>	<b>n (164)*</b>	<b>% (n=31)</b>
Utilização de Avental	28	90,3
Utilização de Luva	24	77,4
Utilização de Máscara	20	64,5
Higienização das Mãos	18	58,1
Utilização de Gorro	16	51,6
Uso de EPI ( <i>não especificado</i> )	14	45,2
Acessórios de uso individual	11	35,5
Higienização das Mãos Após dos Procedimentos	07	22,6
Utilização de Óculos de Proteção	07	22,6
Higienização das Mãos Antes dos Procedimentos	06	19,4
Placas de Sinalização	04	12,9
Descarte de materiais correto	02	6,5
Propé	02	6,5
Controle de Antimicrobianos	01	3,2
Controle de Culturas	01	3,2
Desinfecção dos Materiais compartilhados	01	3,2
Evitar circulação com o EPI	01	3,2
Precaução Padrão	01	3,2

\*n= número de respostas

\*\*%(n=31) = percentual com relação ao número de participantes

Dentre as principais medidas relacionadas às precauções de contato, que foram citadas pelos participantes estão a *utilização de avental* (90,3%), de *luva* (77,4%) e de *máscara* (64,5%). A higienização das mãos foi citada por 58,1% dos indivíduos pesquisados. O uso de gorro, de equipamentos de proteção individual (*não especificado*) e acessórios de uso individual apresentaram percentuais respectivos de 51,6%, 45,2% e 35,5%. Cabe destacar que 22,6% dos participantes citaram a higienização das mãos apenas após os procedimentos e 19,4% antes dele.

Os participantes que responderam como medidas que devem ser utilizadas nas precauções de contato, a higienização das mãos, uso de luvas e de avental foram caracterizados, segundo algumas variáveis, conforme apresentado na tabela 8.

Tabela 8 – Caracterização das respostas dos participantes relacionadas à citação das medidas que devem ser utilizadas nas precauções de contato, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011.

Variável Demográfica	Higienização das Mãos				Utilização de Luvas				Utilização de Avental			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Categoria Profissional</b>												
<i>Nível Superior</i>	06	33,3	03	23,1	07	29,2	02	28,6	09	32,1	0	0,0
<i>Nível Médio Profissionalizante</i>	12	66,7	10	76,9	17	70,8	05	71,4	19	67,9	03	100,0
<b>Total</b>	18	100,0	13	100,0	24	100,0	07	100,0	28	100,0	03	100,0
<b>Tempo de Formação (anos)</b>												
<i>Um mês a 5</i>	09	50,0	04	30,8	10	41,7	03	42,9	13	46,4	0	0,0
<i>5,1 a 10</i>	04	22,2	05	38,4	09	37,5	0	0,0	09	32,2	0	0,0
<i>10,1 a 30</i>	05	27,8	04	30,8	05	20,8	04	57,1	06	21,4	03	100,0
<b>Total</b>	18	100,0	13	100,0	24	100,0	07	100,0	28	100,0	03	100,0
<b>Tempo na UTI (anos)</b>												
<i>Um mês a 3</i>	14	77,8	08	61,5	18	75,0	04	57,1	21	75,0	01	33,3
<i>Mais de 3</i>	04	22,2	05	38,5	06	25,0	03	42,9	07	25,0	02	66,7
<b>Total</b>	18	100,0	13	100,0	24	100,0	07	100,0	28	100,0	03	100,0

De acordo com os dados apresentados na tabela 8, dos 18 (dezoito) participantes que relataram a *higienização das mãos*, como uma das medidas das precauções de contato, 66,7% eram profissionais de nível médio profissionalizante. Os percentuais predominantes nesta mesma categoria para as categorias profissionais de nível médio profissionalizante e superior citaram o *uso de luvas* em 70,8% e 29,2% respectivamente, sendo de 67,9% e 32,4% os percentuais de respostas para o *uso de avental*.

A caracterização das respostas relacionadas às medidas utilizadas nas precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, encontram-se descritas na Tabela 9.

**Tabela 9 – Caracterização das respostas relacionadas às medidas utilizadas nas precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.**

<b>Categoria de Acertos/Erros</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Adequadas</b>	13	41,9
<b>Parcialmente Adequadas</b>	18	58,1
<b>Inadequadas</b>	00	00,0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Os dados da tabela 9 demonstram um predomínio das respostas caracterizadas em *parcialmente adequadas* com 58,1%. Já as enquadradas como *adequadas* apresentaram percentual de 41,9%.

Na tabela 10, estão os dados referentes às medidas utilizadas nas precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, de acordo com algumas variáveis demográficas.

**Tabela 10 – Caracterização das respostas relacionadas às medidas que necessitam das precauções de contato, segundo a categoria de acertos e erros, conforme a variável demográfica, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.**

Variável Demográfica	Categoria de Acertos e Erros						Total		Valor de p*
	Adequado		Parcialmente Adequado		Inadequado		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Gênero</b>									
Feminino	11	47,8	12	52,2	00	00,0	23	100,0	0,249
Masculino	02	25,0	06	75,0	00	00,0	08	100,0	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>00</b>	<b>00,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Faixa Etária</b>									
20 a 35	11	50,0	11	50,0	00	00,0	22	100,0	0,144
>35	02	22,2	07	77,8	00	00,0	09	100,0	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>42,0</b>	<b>18</b>	<b>58,0</b>	<b>00</b>	<b>00,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Categoria Profissional</b>									
Nível Superior	04	44,4	05	55,6	00	00,0	09	100,0	0,857
Nível Médio Profissionalizante	09	41,0	13	59,0	00	00,0	22	100,0	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>42,0</b>	<b>18</b>	<b>58,0</b>	<b>00</b>	<b>00,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo de Formação (anos)</b>									
Um mês a 5	05	38,5	08	61,5	00	00,0	13	100,0	0,146
5,1 a 10	06	66,7	03	33,3	00	00,0	09	100,0	
10,1 a 30	02	22,2	07	77,8	00	00,0	09	100,0	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>42,0</b>	<b>18</b>	<b>58,0</b>	<b>00</b>	<b>00,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo na Instituição (anos)</b>									
Um mês a 5	10	43,5	13	56,5	00	00,0	23	100,0	0,767
Mais de 5	03	37,5	05	62,5	00	00,0	08	100,0	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>42,0</b>	<b>18</b>	<b>58,0</b>	<b>00</b>	<b>00,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	

As respostas relacionadas às medidas utilizadas nas precauções por contato, de acordo com o gênero, obtiveram predomínio de *parcialmente adequados* tanto no sexo feminino (52,2%) quanto no masculino (75,0%).

Ao que refere-se à faixa etária, a categoria *parcialmente adequado* totalizou 77,8% na faixa acima dos 35 anos. Já entre 20 a 35 anos os percentuais corresponderam a 50,0% nas categorias *adequados e parcialmente adequados*.

O fato de os profissionais terem nível superior ou nível médio profissionalizantes não os colocou em categorias diferentes, sendo que as duas categorias profissionais enquadraram-se como *parcialmente adequados*, com percentuais respectivos de 55,6% e 59,0%.

Os participantes com tempo de formação entre 5,1 a 10 anos obtiveram 66,7% de *adequados*. Já entre os formados de 10,1 a 30 anos, 77,8% corresponderam a *parcialmente adequados*. O tempo na instituição obteve maiores percentuais de *adequados* (43,5%) entre os que trabalham de um mês até cinco anos, sendo que acima deste período, isto é, há mais de cinco anos na instituição, predominaram os *parcialmente adequados* com 62,5%.

Cabe ressaltar que em nenhuma das variáveis relacionadas na Tabela 10 se enquadraram na categoria de *inadequados*.

#### 5.4 Relação das dificuldades encontradas na assistência a indivíduos sob precauções por contato

A relação das respostas relacionadas às dificuldades citadas pelos participantes ao assistir um indivíduo em precaução por contato encontra-se descrita na Tabela 11.

**Tabela 11 – Relação das respostas citadas pelos participantes sobre as dificuldades ao assistir um indivíduo em precaução por contato (n = 45\*). Bauru, 2011.**

Dificuldades Relatadas	n (45)*	% (n=31)**
<i>Outras condições</i>	12	38,7
<i>Falta de Estrutura Física</i>	11	35,5
<i>Falta de Materiais e Equipamentos</i>	08	25,8
<i>Falta de Adesão pelos Profissionais</i>	05	16,1
<i>Não Tem Dificuldades</i>	09	29,0

\* Número de respostas

\*\* Percentual relacionado ao número de pesquisados (n=31).

Em relação às respostas das dificuldades apresentadas pelos participantes percebe-se um predomínio de 38,7% do que fora denominado de *outras condições*, seguidos dos que referiram *falta de estrutura física* (35,5%), *não tem dificuldades* (29,0%) e *falta de materiais e equipamentos* (25,8%). Percebe-se que a *falta de adesão pelos profissionais* apresentou percentuais de 16,1%.

Ressalta-se que para o item *outras condições* foram agrupadas os relatos de dificuldades no processo de paramentação, na higienização de materiais e equipamentos utilizados na assistência, falta de treinamentos e de comunicação sobre o paciente, assim como realizar os procedimentos nas técnicas preconizadas.

### 5.5 Processo de Observação

Durante as observações das medidas de precauções de contato utilizadas pelos participantes percebem-se percentuais de *adequados* e *inadequados* de 22,6% e 77,4% respectivamente.

Na Tabela 12, encontra-se o total de acertos e erros por cada item avaliado, exceto os relacionados ao *quarto privativo; visitas restritas e orientadas; profissional realizou o transporte com luvas e logística de informação*, visto que alguns destes independem do comportamento do profissional e sim da rotina da instituição ou do momento em que fora realizada a observação.

Os itens *quarto privativo e logística de informação* estavam presentes respectivamente em 12,9% e 100% das observações. As *visitas restritas e orientadas e profissional realizou o transporte com luvas* por não terem sido avaliados, obtiveram 100% de não aplicação. Cabe ressaltar que as visitas na unidade de estudo são restritas, sendo permitida a presença de apenas dois visitantes por horário.

**Tabela 12 – Relação de acertos e erros dos itens observados, em número absoluto e em percentual (n=93\*). Bauru, 2011.**

Descrição do item observado	Acertos		Erros		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Calçou luvas antes do contato</i>	82	88,2	11	11,8	93	100,0
<i>Higiene das mãos após o procedimento</i>	62	66,7	31	33,3	93	100,0
<i>Retirou as luvas logo após o contato</i>	62	66,7	31	33,3	93	100,0
<i>Artigos e equipamentos individuais</i>	47	50,5	46	49,5	93	100,0
<i>Utilizou avental</i>	45	48,4	48	51,6	93	100,0
<i>Retirou o avental logo após término do procedimento</i>	40	43,0	53	57,0	93	100,0
<i>Higiene das mãos antes do procedimento</i>	39	41,9	54	58,1	93	100,0

\* Cada indivíduo fora avaliado por três vezes totalizando 93 observações por item.

Dentre os itens observados, com maiores percentuais de acertos estão o calçar luvas antes do contato (88,2%); *higiene das mãos após o procedimento* e *retirou as luvas logo após o contato* obtiveram o mesmo percentual com 66,7% cada, seguido pelo uso de *artigos e equipamentos individuais* com 50,5%.



Os maiores percentuais de erros foram observados nos itens *higiene das mãos antes do procedimento (58,1%); retirou as luvas logo após o contato (57,0%) e utilizou avental (51,6%)*.

Os dados da observação, conceituados de acordo com o percentual de acertos em *adequados* (quando a quantidade de acertos corresponder a mais de 75%) e *inadequados* (para acertos em até 74,9% dos itens) encontram-se descritos na Tabela 13, de acordo com algumas variáveis demográficas.

**Tabela 13 – Caracterização do processo observacional em conceitos *adequado e inadequado*, de acordo com algumas variáveis demográficas, em número absoluto e em percentual (n = 31). Bauru, 2011.**

	Conceitos				Total		p
	Adequado		Inadequado		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gênero</b>							
Feminino	06	26,1	17	73,9	23	100,0	0,429
Masculino	01	12,5	07	87,5	08	100,0	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>22,6</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Faixa Etária</b>							
20 a 35	04	18,2	18	81,8	22	100,0	0,360
>35	03	33,3	06	66,7	09	100,0	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>22,6</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Categoria Profissional</b>							
Nível Superior	02	22,2	07	77,8	09	100,0	0,976
Nível Médio Profissionalizante	05	22,7	17	77,3	22	100,0	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>22,6</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo de Formação (anos)</b>							
Até 5	03	23,1	10	76,9	13	100,0	0,998
5,1 a 10	02	22,2	07	77,8	09	100,0	
10,1 a 30	02	22,2	07	77,8	09	100,0	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>22,6</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo na Instituição (anos)</b>							
Até 5	07	30,4	16	69,6	23	100,0	0,076
Mais de 5	0	0,0	08	100,0	08	100,0	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>22,6</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tempo na UTI (anos)</b>							
Até 3	06	27,3	16	72,7	22	100,0	0,304
Mais de 3	01	11,1	08	88,9	09	100,0	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>22,6</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	

Apesar de as variáveis não apresentarem significância estatística relacionada à conceituação, percebe-se, no estudo, predomínio de inadequação em **todos** os itens observados.

Com relação ao gênero e à faixa etária, houve maiores percentuais de *inadequado* entre participantes masculinos (87,5%) e entre os 20 aos 35 anos de idade (81,8%) respectivamente.

Na variável demográfica referente às categorias profissionais, percebe-se que os profissionais com nível superior apresentaram maiores percentuais (77,8%) de inadequações em relação aos de nível médio profissionalizante (77,3%).

Os participantes formados acima de cinco anos até trinta anos, na tabela 13, representados pelos intervalos de *5,1 a 10 anos* e de *10,1 a 30 anos*, obtiveram predomínio com 77,8% de *inadequado* para cada intervalo. Já o tempo na instituição superior a cinco anos, bem como o tempo de atuação na UTI há mais de três anos obtiveram percentuais predominantes de 100,0% e 88,9% respectivamente.

A caracterização dos itens: *higienização das mãos, utilização de luvas e de avental* do processo de observação estão apresentadas na Tabela 14, de acordo com a categoria profissional.

**Tabela 14 – Caracterização do processo de observação, segundo a categoria profissional, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011.**

PROCESSO DE OBSERVAÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL							
	Nível Superior				Nível Médio Profissionalizante			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	N	%	n	%	n	%
<b>Higienização das Mãos</b>								
Higienização das Mãos ANTES	01	11,1	08	88,9	05	22,7	17	77,3
Higienização das Mãos APÓS	06	66,7	03	33,3	06	27,3	16	72,7
<b>Utilização de Luvas</b>								
Uso de luvas ANTES	06	66,7	03	33,3	15	68,2	07	31,8
Retirada das luvas APÓS	03	33,3	06	66,7	09	40,9	13	59,1
<b>Utilização de Avental</b>								
Uso de Avental ANTES	01	11,1	08	88,9	05	22,7	17	77,3
Retirada do Avental APÓS	01	11,1	08	88,9	04	18,2	18	81,8

A *higienização das mãos antes dos procedimentos* foi observada em apenas 11,1% entre os profissionais de nível superior e em 22,7% dos profissionais de nível médio profissionalizante. Já a *higienização das mãos após os procedimentos* foram observadas entre

os profissionais de nível superior e médio profissionalizante em 66,7% e 27,3% respectivamente.

A utilização de luvas antes dos procedimentos foi realizada em 66,7% entre os indivíduos de nível superior e 68,2% de nível médio profissionalizante. Predominaram respectivamente para estas mesmas categorias profissionais, os que não retiraram as luvas logo após os procedimentos com 66,7% e 59,1%. Os participantes de nível superior e nível médio profissionalizante não utilizaram o avental antes dos procedimentos em 88,9% e 77,3%, sendo que, a maioria dos que fizeram uso do avental também não o retirou logo após o término do procedimento.

A comparação das respostas dos participantes sobre a *higienização das mãos* como medida a ser utilizada nas precauções de contato com o processo de observação da higienização das mãos antes e após os procedimentos encontra-se na Tabela 15

Segundo consta na tabela 15, dos 18 (dezoito) participantes que citaram a higienização das mãos, apenas cinco (27,8%) higienizaram suas mãos antes dos procedimentos e 50% após o procedimento. Dentre os 13 (treze) que não citaram esta medida, apenas um (7,7%) higienizou as mãos antes e 03 (23,1) pós-procedimento.

Na tabela 16, apresentada na sequencia da tabela 15, estão comparadas as respostas sobre a utilização das luvas com o seu uso antes e após os procedimentos,

De acordo com os dados contidos na Tabela 16, dos 24 (vinte e quatro) participantes que referiram o uso de luvas, como medida que deve ser adotada nas precauções de contato, 15 (62,5%) utilizaram-nas antes do procedimento, entretanto, predominaram os que não as retiraram logo após o uso com este mesmo percentual. Apesar de sete indivíduos não terem citado o uso de luvas, seis (85,7%) as utilizaram antes dos procedimentos. Entretanto, não as retiraram logo após o procedimento em 57,1% das observações.

Tabela 15 – Distribuição das respostas sobre a higienização das mãos como medida utilizada nas precauções de contato, comparando com o processo observacional da higienização das mãos antes e após os procedimentos pelos participantes, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011.

Respostas dos Participantes sobre a Medida de Higienização das Mãos	PROCESSO DE OBSERVAÇÃO HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS									
	TOTAL		Higienização das Mãos ANTES				Higienização das Mãos DEPOIS			
	n	%	Sim		Não		Sim		Não	
			n	%	N	%	n	%	n	%
SIM	18	100,0	05	27,8	13	72,2	09	50,0	9	50,0
NÃO	13	100,0	01	7,7	12	92,3	03	23,1	10	76,9

Tabela 16 – Distribuição das respostas sobre a utilização de luvas como medida adotada nas precauções de contato, comparando com o processo observacional do uso das luvas antes e retirada após os procedimentos pelos participantes, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011.

Respostas dos Participantes sobre o Uso de Luvas	PROCESSO DE OBSERVAÇÃO UTILIZAÇÃO DE LUVAS									
	TOTAL		Uso de Luvas ANTES				Retirada de Luvas APÓS			
	N	%	Sim		Não		Sim		Não	
			n	%	N	%	n	%	n	%
SIM	24	100,0	15	62,5	09	37,5	09	37,5	15	62,5
NÃO	07	100,0	06	85,7	01	14,3	03	42,9	04	57,1

As respostas sobre a utilização de avental comparadas ao seu uso no processo de observação estão descritas na Tabela 17

**Tabela 17 – Distribuição das respostas sobre a utilização de avental como medida adotada nas precauções de contato, comparando com o processo observacional de avental antes e retirada após os procedimentos pelos participantes, em número absoluto e percentual (n = 31). Bauru, 2011.**

Respostas dos Participantes sobre o Uso de Avental	PROCESSO DE OBSERVAÇÃO UTILIZAÇÃO DE AVENTAL									
	TOTAL		Uso de Avental ANTES				Retirada de Avental APÓS			
			Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>SIM</b>	28	100,0	05	17,9	23	82,1	04	14,3	24	85,7
<b>NÃO</b>	03	100,0	01	33,3	02	66,7	01	33,3	02	66,7

Dos 28 participantes que citaram o avental, 23 (82,1%) não o utilizaram antes da assistência, sendo predominante também os que não o retiraram logo após o uso 24 (85,7%). Apenas três participantes não citaram o uso de avental, e dentre eles, 02 (66,7) tanto não o utilizaram antes quanto depois dos procedimentos.

## *6. DISCUSSÃO*

## 6. DISCUSSÃO

Em análise, percebe-se que há ainda dificuldade na adoção das precauções de contato por parte dos profissionais, independentemente do gênero, da faixa etária e da categoria profissional.

Ao analisar os participantes, quanto ao gênero, obtiveram-se resultados que contribuem para com os dados compilados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2010, os quais apontam que 87,2% dos profissionais são do sexo feminino, sendo de apenas 12,8% o percentual do sexo masculino.<sup>74</sup>

Ainda defendendo a predominância de mulheres na enfermagem, estudo relaciona o cuidado dos doentes como uma extensão ao trabalho doméstico.<sup>89</sup> Tal relação da profissão com o trabalho doméstico, dá-se pelo fato das incumbências do lar, assim como o cuidado e a educação dos filhos sempre ficarem por conta das mulheres.<sup>68</sup> Há ainda trabalhos que colocam a própria formação da mulher, baseada no cumprimento do dever, no servir, no ceder, como forma de contribuição para o ato de cuidar, estar intrinsecamente ligado a este gênero.<sup>69,85</sup>

Contudo, outro fato, que deve ser levado em consideração na análise do gênero entre os profissionais de enfermagem, refere-se ao próprio perfil da população brasileira, em cujos dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2010, há uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, acentuando-se uma tendência histórica de predominância feminina no país.<sup>84</sup>

Em relação à categorização dos profissionais desta pesquisa, houve um maior número de profissionais de nível médio profissionalizante. Tais dados corroboram com estudo realizado com a equipe de enfermagem de um Hospital Universitário, onde predominaram os auxiliares de enfermagem sobre os demais membros da equipe.<sup>69</sup>

Outro estudo que analisa o papel do enfermeiro na visão do auxiliar de enfermagem, coloca que, apesar dos membros da equipe de enfermagem serem assalariados e não participantes dos lucros da empresa, é o enfermeiro que toma a posição de gerente da assistência de enfermagem.<sup>70</sup> Deste modo, a própria divisão técnica do trabalho opera verticalmente, com base na redistribuição das tarefas entre os

indivíduos com diferentes níveis de qualificação, visando, principalmente, à redução dos custos com a força de trabalho.<sup>118, 122</sup>

Os dados desta pesquisa vão de encontro com a distribuição técnica da enfermagem no Brasil, na qual apenas 19,8% são enfermeiros, sendo que o percentual de técnicos e auxiliares de enfermagem correspondem a 80,0%.<sup>74</sup> Esta questão pode ser confirmada por um outro estudo conduzido entre profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Botucatu, acerca dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social, que demonstrou predomínio de auxiliares de enfermagem (64,65%) sobre os 5,45% de participantes com nível universitário.<sup>69</sup> Há ainda outros estudos que defendem o maior número dos profissionais de nível técnico inseridos no contexto hospitalar, sendo os que permanecem 24 (vinte e quatro) horas junto ao paciente.<sup>71-73, 92, 117</sup>

Embora a Resolução do COFEN n° 293/2004, determine o *Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Instituições de Saúde*, segundo o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP),<sup>91</sup> e que estabeleça um maior percentual de enfermeiros, quando comparados ao quadro de técnicos de enfermagem nas UTI's, esta ainda não é uma realidade que predomina nas instituições brasileiras.

Ao analisar a quantidade de vínculos empregatícios entre os participantes deste estudo, destacam-se os que possuíam dois ou mais vínculos. Nossos dados corroboram com a realidade de pesquisas anteriores, que, apesar de conduzidas em realidades diferentes, denotam o predomínio de dois ou mais vínculos empregatícios entre os profissionais de enfermagem.<sup>75-76, 121</sup>

Ainda elucidando a realidade de mais de um vínculo entre a equipe de enfermagem, em outro estudo que analisa a qualidade do sono em profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno e que cursam graduação de enfermagem, 88% dos participantes possuíam um só vínculo empregatício, porém por serem estudantes de graduação tiveram suas atividades caracterizadas como dupla jornada.<sup>93</sup> Os autores apoiados por outra pesquisa ainda justificam que a predominância do duplo vínculo entre os profissionais de enfermagem pode se dar tanto pela situação socioeconômica, caracterizada pelos baixos salários da equipe, levando à necessidade de reforço no orçamento familiar, quanto por outros fatores, tais como: o gosto pelo



trabalho, identificação com a organização ou até mesmo pelo sentimento de serem membros efetivos da organização.<sup>93,121</sup>

Conforme contribuem alguns estudos, a própria saúde dos profissionais pode ser afetada pela jornada de trabalho, acarretando desde insônia, irritabilidade, sonolência excessiva durante o trabalho, fadiga contínua e outras manifestações mais graves associadas ao trabalho em turnos como o aumento do risco de doenças cardiovasculares.<sup>69,94</sup>

A dupla jornada de trabalho, principalmente, quando realizada como garantia ao sustento familiar é considerada ainda, como um agravante à qualidade da assistência de saúde. Isto se deve aos demais fatores que se associam a esta realidade, como a falta de qualificação necessária dos profissionais de enfermagem, falta de tempo e de recursos financeiros para qualificarem-se, o que sugere a necessidade de capacitação, a fim de que esses profissionais tenham acesso aos conhecimentos e que dominem cada vez mais as técnicas avançadas em saúde.<sup>76</sup>

Apesar de a instituição, em que fora realizada esta pesquisa, possuir um Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à saúde (SCIRAS), bem como um Serviço de Educação Continuada atuantes, os resultados apontaram baixo conhecimento pelos participantes das doenças que necessitam das precauções de contato, sendo que a maioria das respostas foi caracterizada, segundo a categoria de acertos e erros, como inadequadas. Estes dados corroboram com estudos que demonstram que os conhecimentos sobre o tema, pela equipe de enfermagem, restringem-se ao senso comum e a elementos isolados, sugerindo que as ações ou medidas de prevenção e controle são apenas parciais e portanto, não efetivas.<sup>77, 95</sup>

Ao analisar as dificuldades citadas pelos participantes durante a assistência a indivíduos em precaução de contato predominaram os que encaixaram-se na categoria *outras condições*, na qual foram englobados todos os relatos referentes ao processo de paramentação, de higienização dos materiais e equipamentos, bem como a falta de treinamentos, de comunicação e de executarem os procedimentos na técnica preconizada. Estes dados vão de encontro a estudo anterior que buscou identificar os fatores facilitadores e dificultadores para a adesão dos profissionais de um centro de terapia intensiva às precauções de contato.<sup>57</sup> Segundo os resultados, dos indivíduos que relataram alguma dificuldade, 45% relacionaram-na à adesão ao uso de capote na prática diária, provavelmente devido à falta de acondicionamento adequado deste objeto, principalmente pelo seu uso coletivo.<sup>57</sup>

Ao questionar os participantes deste estudo sobre as medidas utilizadas na assistência a indivíduos em precaução por contato, predominaram dentre as respostas a *utilização do avental, de luvas e de máscara*, sendo a higienização das mãos o sexto item mais citado. Ainda sugerindo as medidas a serem adotadas durante as precauções de contato, estudo defende a inclusão do avental de manga longa também pelos visitantes e não apenas pela equipe de assistência, bem como, a necessidade de quarto privativo ou em coorte (para pacientes portadores do mesmo tipo de patologia), equipamentos exclusivos para leito de isolamento e que seja evitado o transporte destes pacientes.<sup>41</sup>

Nossos achados demonstram ainda, que, apesar de a maioria dos profissionais fazerem citação ao uso de avental, no processo de observação prevaleceram os que tanto não o utilizaram antes do procedimento, quanto os que não o retiraram logo após a sua utilização. O uso correto de avental é apontado por alguns autores,<sup>81,96</sup> que defendem que os aventais devam ser de mangas longas, com cobertura tanto dos braços, do dorso, costas, quanto de parte das pernas (acima do joelho). Outra pesquisa desenvolvida em uma unidade de internação neonatal, que observou dentre outros itens o comportamento tanto profissionais da equipe de enfermagem quanto graduandos de medicina, aponta que o uso de avental de mangas longas não fora obedecido, visto que a equipe de enfermagem o utilizava com as mangas enroladas até o cotovelo e os graduandos em medicina encostavam a manga nos recém-nascidos tornando assim, veículo de infecção cruzada.<sup>97</sup>

Apesar de a maioria dos participantes desta pesquisa citar o uso de luvas como medida adotada nos casos de precauções de contato, na prática observacional os percentuais dos indivíduos que fizeram menção ao uso das luvas e que realmente as utilizaram antes dos procedimentos e retiraram-nas logo após o término do procedimento foram bem menores. Estes dados vão de encontro a publicações acerca da saúde do trabalhador, que relacionam o mau uso de luvas com a transmissão de doenças, através da transferência de compostos orgânicos entre as superfícies pelo contato das luvas contaminadas com locais e objetos, como prontuários, aparelhos telefônicos, bancadas, entre outras.<sup>43, 78-79, 96</sup>

Os achados do presente estudo apontam muitas citações da higienização das mãos como uma das medidas das precauções de contato, entretanto, ao analisarmos os itens com maiores percentuais de erros durante o processo de observação, encontramos a falta de higienização das mãos antes dos procedimentos. Esses dados demonstram,

que, apesar dos participantes reconhecerem a importância da higienização das mãos, não a realizam corriqueiramente.

Alguns trabalhos,<sup>99,120</sup> consideraram que a higienização das mãos no ambiente hospitalar, configura-se uma prática prioritária e a mais importante para reduzir as taxas das infecções, através da redução da transmissão dos microrganismos através do contato com as mãos contaminadas.

Apesar de ser reconhecidamente a medida preventiva mais importante para reduzir a transmissão de microrganismos por contato, vários estudos apontam ainda baixa adesão da higienização das mãos pela equipe de saúde.<sup>54,57-58, 100-101</sup> Outro estudo defende que, apesar de o ato de higienizar as mãos ter que ser observado rigorosamente, não se deve descartar o uso das luvas quando estas forem necessárias.<sup>81</sup>

Nossos dados observacionais permitiram observar que tanto profissionais de nível superior, quanto os de nível médio profissionalizantes obtiveram maiores percentuais na higienização das mãos após o procedimento. Estes dados corroboram com um estudo desenvolvido numa UTI neonatal de um Hospital Escola de São Paulo, que, demonstrou além da falta de adesão à higienização das mãos, que não há diferenças de comportamento entre auxiliares de enfermagem e residentes de medicina, revelando assim, que a falta de higienização das mãos não depende da qualificação profissional.<sup>97</sup>

Em nossos achados, a higienização das mãos ocorreu principalmente após os procedimentos, não sendo realizada antes dos procedimentos, na maioria das observações. Observam-se resultados semelhantes em estudos anteriores, que demonstram que os profissionais possuem uma maior preocupação na higienização das mãos após os procedimentos do que antes de sua realização.<sup>24,45,102-103</sup> Nossa pesquisa contribui ainda para com os dados de estudo realizado com 43 (quarenta e três) profissionais de saúde, dos quais apenas 7% higienizaram as mãos antes dos procedimentos, aumentando este percentual para 19% após o procedimento.<sup>104</sup>

Outra pesquisa desenvolvida num hospital de ensino de atendimento terciário, apontou que apenas 56% dos indivíduos analisados higienizaram as mãos ao adentrar no serviço de terapia intensiva neonatal, o que, segundo os autores, não difere da literatura mundial.<sup>46</sup> Ao defender que apesar das várias opções de produtos e técnicas para a higienização das mãos, há entre os profissionais uma resposta insatisfatória a tais recomendações, pesquisa aponta que a higienização das mãos deixa de ser realizada em aproximadamente 60% das vezes em que é indicada.<sup>105</sup>

Os achados do processo de observação deste estudo demonstram baixa adesão dos profissionais aos itens preconizados durante a assistência a indivíduos em precaução de contato, fato comprovado pela pequena minoria categorizada como *adequada*, nesta etapa observatória. Tal achado vai ao encontro de resultados encontrados em estudos que demonstram frequente descumprimento das medidas que visam à redução da transmissão das doenças vinculadas por contato, assim como das ações que são exercidas por profissionais com características, conhecimentos e formação distintas.<sup>80,116</sup>

Há na literatura diversas pesquisas que relatam indicadores de aspectos psicossociais que interferem na adoção das precauções padrão, como por exemplo, o não-uso de luvas percebido por profissionais como barreira ou “obstáculo” aos procedimentos por ser desconfortável e até mesmo por inconveniência.<sup>98</sup>

Apesar de as medidas preventivas relacionadas às técnicas assépticas, durante procedimentos invasivos, devam ser rigorosamente controladas, nos últimos anos questiona-se a perda da clareza e de sua importância, quanto às noções de higiene, assepsia e quando as realizar. Higienizam-se as mãos ao iniciar o preparo de medicação, por exemplo, mas há um longo trajeto entre o preparo e a administração do medicamento, quando as mãos tocam gavetas, geladeiras, prontuários, maçanetas, camas e quando, já totalmente contaminadas, realizam a infusão do fármaco. Assim, a consciência do profissional de saúde durante a realização de procedimentos pode ser considerada um fator imprescindível para a prevenção das IRAS.<sup>29</sup>

Considerando que o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) variam de acordo com a categoria profissional e o tipo de atividade, sendo os mais comuns as luvas, máscaras, óculos de proteção, protetores faciais, aventais, perneiras, botas, entre outros, conforme defendem alguns autores,<sup>96</sup> estudos demonstram que apenas o avanço tecnológico na área de biossegurança não foi suficiente para reduzir a ocorrência de infecções e das doenças entre os trabalhadores, o que reforça a necessidade de se investigarem questões relativas à adesão dessas medidas.<sup>18</sup>

Autores defendem, ainda, que dentre os maiores impasses existentes no controle das infecções, estão as relacionadas às necessidades de mudança de comportamento dos profissionais da saúde e mesmo dos usuários, o que ocorre através de um processo lento, já que existem fundamentação prática, teórica e adoção de medidas de prevenção, que levam a formação de novos hábitos pelos profissionais mobilizados por um compromisso com a vida e com a promoção da saúde.<sup>106</sup>

Colaborando para com esta visão, estudo aponta a equipe de enfermagem como uma grande responsável na prevenção e controle das infecções, cujas ações devem ser dependentes e relacionadas, envolvendo políticas governamentais, institucionais e administrativas, relações interpessoais e intersetoriais no trabalho e normatização do serviço, com enfoque para a falta de conscientização dos profissionais, adesão às medidas de controle e o comprometimento com o serviço e o paciente, capacitação profissional, destacando-se a educação continuada.<sup>107</sup>

Apesar da necessidade em se ter uma equipe consciente das medidas de prevenção de infecção, é importante repensar nas formas como as atividades de educação permanente e continuada estão sendo realizadas.<sup>5,19</sup> Deste modo, cabe aos profissionais de saúde a conscientização sobre a importância da adoção das condutas de prevenção e proteção contra as complicações advindas da infecção hospitalar, sendo defendida por autores, que a mudança de comportamento, no sentido de racionalizar procedimentos e aprimorar normas e rotinas, expressa condição indispensável ao controle de infecção, sendo necessária a motivação dos profissionais, promovendo debates, treinamentos, divulgação de informações.<sup>16</sup>

Esta pesquisa sugere intervenções à mudança de comportamento dos profissionais da área da saúde, denotando, ainda, a importância em se refletir sobre a necessidade de um maciço investimento na formação acadêmica.<sup>108-109</sup> Entretanto, espera-se efetivamente que ações educativas possibilitem ou estimulem a reflexão da atuação de cada profissional, propiciando a aprendizagem e modificando as práticas instituídas.<sup>110</sup>

Estudos defendem que apesar da adesão estar relacionada ao conhecimento técnico, não, necessariamente, haverá maior cumprimento das normas estabelecidas, quanto maior for o conhecimento do profissional. Isto se daria devido à existência de outros fatores que influenciariam na adesão, como: a falta de motivação, a qualificação insuficiente dos profissionais, sobrecarga de trabalho e o comportamento inadequado de membros mais experientes, influenciando negativamente, os demais profissionais da equipe, dentre outros.<sup>3,5</sup> Nesse sentido, importantes estudos demonstram que há uma baixa adesão às medidas de precaução pelos profissionais da saúde, o que pode estar relacionado a vários aspectos do comportamento humano, incluindo a falsa percepção de um risco invisível e a subestimação da responsabilidade individual na elevação das taxas de infecção hospitalar.<sup>24</sup>

## *7. Conclusão*

## 7. CONCLUSÕES

- ✚ A maioria dos participantes desconhece sobre as doenças que necessitam das precauções de contato, segundo as indicações da APECIH/CDC.
  - ✚ Com relação às medidas que devem ser utilizadas nas precauções de contato, os participantes responderam parcialmente sobre tais medidas de prevenção, não as aderindo quando observados.
  - ✚ Os participantes da pesquisa referem-se a ter dificuldade em relação ao processo de paramentação, de higienização de materiais e equipamentos, na falta de treinamentos e de comunicação sobre o paciente.
-

## *8. Considerações Finais*



## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

- ✚ Esta pesquisa sugere novos estudos para maiores investigações em relação à baixa adesão das precauções de contato.
  - ✚ Há necessidade de se investir em programas de intervenção, de forma a ampliar a capacitação dos profissionais, buscando garantir indivíduos capazes de desempenhar uma assistência segura e de qualidade.
-

## *9. Referências*

## 9. REFERÊNCIAS

1. Oliveira R, Maruyama SAT. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. *Rev Eletron Enferm [Internet]* 2008; 10(3):775-83. [Acesso 25 jan 2011]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm>.
  2. Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Ateneu; 2000.
  3. Cardoso RS, Silva MA. A percepção dos enfermeiros acerca da Comissão de Infecção Hospitalar: desafios e perspectivas. *Texto & Contexto Enferm* 2004; 13 (n/ esp):50-7.
  4. Foucault M. *Microfísica do poder*. 5 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
  5. Lacerda RA, Egry EY. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev latino-am Enferm*. 1997; 5(4): 13-23.
  6. Carraro T. Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. *Rev latino-am Enferm*. 2004; 12(4): 650-57.
  7. Carvalho ES, Marques SR. Infecção em pediatria. *J Pediatr*. 1999; 75(supl 1): s31-s45.
  8. Couto RC, Pedrosa TMG. *Epidemiologia Hospitalar*. In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
  9. Canguilhem G. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: edições 70, 1977. apud Lacerda RA, Egry EY. 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* 1997; 5(4): 13-23.
-

10. Zanon U. Infecções hospitalares: mitos e fatos. Niterói, s.d./ mimeografado. apud Lacerda RA, Egry EY. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. Rev latino-am Enferm.1997; 5(4): 13-23.
  11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (GIPEA). Gerência Geral de Tecnologia em serviços de Saúde (GGTES). Investigação e controle de bactérias multirresistentes. Brasília: ANVISA; 2007.
  12. Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005;14(2):250-7.
  13. Garner JS. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee – Guideline for isolation precautions in hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol.1996; 17 (4): 53-80.
  14. Figueiredo RM, Leite C. As práticas de precauções/isolamento a partir do diagnóstico de internação em unidade de moléstias infecciosas. Rev Eletron Enferm. 2006; 8(3): 358-62.
  15. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – APECIH. Precauções e isolamento. São Paulo: APECIH; 1999.
  16. Siegel ID, Rhinehart E, Jackson H, Chiarello L. The Healthcare Infection Central Practic. Advisory Committee. 2007. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Internet] Atlanta: CDC; 2007. [acesso 30 jan 2011]. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>
-

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle de infecção e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
  18. Nichiata LYI, Gir E, Takahashi RF, Ciosak SI. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(1): 61-70.
  19. Moura MEB, Tapety FI, Carvalho CMRS, Oliveira JNP, Matos FTC, Moura LKB. Representações sociais das infecções hospitalares elaboradas pelos profissionais de saúde. Rev Bras Enferm. 2008; 61(4): 418-22.
  20. Oliveira AC, Ciosak SI, D’Lorenzo C. Vigilância pós-alta e o seu impacto na incidência da infecção do sítio cirúrgico. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):653-9.
  21. Brasil. Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. 13 maio 1998. [acesso 30 jan 2011]. Disponível em:  
[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm)
  22. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac." Divisão de Infecção Hospitalar. Infecção Hospitalar: Manual de orientações e critérios diagnósticos. São Paulo: Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo; 2011.
  23. Fernandes AT. Uma reflexão sobre a determinação do risco biológico dos profissionais de saúde. Prat Hosp 2007; 9(53):68-8.
  24. Sax H, Pittet D. Interhospital differences in nosocomial infection rates: importance of cases-mix adjustment. Arch Intern Med. 2002; 162:2437-42.
-

25. Villas Boas PJF, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3): 372-8.
  26. Prade SS, et al. Estudo brasileiro de magnitude das infecções hospitalares em hospitais terceirizados. *Rev Contr Infec Hosp*. 1995; 2:11-24.
  27. Zamir D, et al. Nosocomial infections in internal medicine departments. *Harefuah* 2003; 142:265-8.
  28. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informes Técnicos Institucionais. ANVISA intensifica controle de infecção em serviços de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3): 475-8.
  29. Fontana RT, Lautert L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3): 257-61.
  30. Richtmann R. Definição, vigilância epidemiológica e classificação das infecções relacionadas à assistência à saúde por topografia. In Rodrigues EAC, Richtmann R. *IRAS: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: orientações práticas*. São Paulo: Sarvier; 2008.
  31. Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Grimbaum RS, Richtman R. *Infecções hospitalares: prevenção e controle*. São Paulo: SARVIER; 1997.
  32. Rodrigues EAC. Histórico das infecções hospitalares. In: Rodrigues EAC. *Infecções hospitalares: prevenção e controle*. São Paulo: Sarvier; 1997.
  33. Santos HG, Santos CIL, Lopes DFM, Belei RA. Multirresistência Bacteriana: vivência de pacientes internados em um hospital-escola do município de Londrina-PR. *Cienc Cuid Saúde*. 2010; 9(1): 71-80.
  34. Silva MFI, Santos BMO. Estudo histórico-organizacional da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital universitário. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2001; 34: 170-6.
-

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 930 de 27 de agosto de 1992. Estabelece normas para o controle da infecção hospitalar e revoga a Portaria n° 196. Diário Oficial da União. Brasília, 1992; Seção I, p. 12.279-81.
  36. Brasil. Lei n. 9.431, de 6 de Janeiro de 1997. Diário Oficial da União, 6 jan 1997.
  37. CDC NNIS System. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System report: data summary from january 1992 to june 2004, issued october 2004. Am J Infect Control. 2004; 32: 470-85.
  38. Ercole FF, et al. Aplicabilidade do sistema nacional de vigilância hospitalar índice de risco de infecções para a predição de infecções de sítio cirúrgico: uma revisão. Braz J Dis. 2007; 11(1):134-41.
  39. Padoveze MC, Campos ER, Lima MBOB. A gestão de qualidade na saúde e o controle de infecção hospitalar. Prat Hosp. 2005; VII(41).
  40. Arantes A, Carvalho ES, Medeiros EAS, Farhat CK, Mantese OC. Uso de diagramas de controle na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Rev Saúde Pública 2003; 37(6): 768-74.
  41. Leão MTC, Grinbaum RS. Técnicas de isolamento e precauções. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves Filho MB, Grinbaum RS, Richtmann R. Infecções hospitalares: prevenção de controle. São Paulo: Sarvier; 1997.
  42. Vos MC, Behrendt MD, Melles DC et al. 5 Years of Experience Implementing a Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Search and Destroy Policy at the largest University Medical Center in the Netherlands. Infect Control Hosp Epidemiol. 2009; 30:977-84.
-

43. Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya TM, Sousa ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico prático. *Rev Latino-am Enferm.* 2003; 11(2):245-50.
44. Cruz EDA, Pimenta FC, Palos MAP, Silva SEM, Gir E. Higienização das mãos: 20 anos de divergências entra a prática e o idealizado. *Cien Enferm.* 2009; XV(1): 33-8.
45. Felix CCP, Miyadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executadas por alunos do curso de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1):139-45.
46. Martinez MR, Campos LA, Nogueira PCK. Adesão à técnica de lavagem de mãos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Paul Pediatr.* 2009; 27(2): 179-85.
47. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings. *MMWR Recomm Rep.* 25, 2002; 51(RR16): 1-44.
48. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2002 [acesso 10 out 2011]. Disponível em [http://www.fiocruz.br/redeblh/media/50\\_02rdc.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/50_02rdc.pdf).
49. Turrini RNT, Santo Augusto H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. *J Pediatr.* 2002; 78(6): 485-90.
50. Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery.* 2009; 13(2): 271-8.
-



51. Melo DS, Souza ACS, Tipple AFV, Neves ZCP, Pereira MS. Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia - GO. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006; 14(5): 720-7.
52. Society of Critical Care Medicine. Guideline for ICU Admission, Discharge and Triage. *Crit Care Med.* 1999; 27:633-8.
53. Miranda EJP, Stancato K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. *Rev Bras de Ter Intens.* 2008; 20(1): 69-76.
54. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva.
55. Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar – Epidemiologia, controle e tratamento 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Médica e Científica; 2003.
56. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Management of Multidrug-resistant organism. In *Healthcare Settings 2006. Healthcare Infection Practices Advisory Committee [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2006 [acesso 4 nov 2006]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>.*
57. Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(1): 161-5.
58. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals
-

in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep. 2002;51(RR-16):1-45, quiz CE14.

59. Bhalla A, Pultz NJ, Gries DM, Ray AJ, Eckstein EC, Aron DC, Donskey CJ. Acquisition of nosocomial pathogens on hands after contact with environmental surfaces near hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004;25(2):164-7.

60. Duckro AN, Blom DW, Lyle EA, Weinstein RA, Hayden MK. Transfer of vancomycin-resistant enterococci via health care worker hands. *Arch Intern Med*. 2005;165(3):302-7.

61. Brooks SE, Veal RO, Kramer M, Dore L, Schupf N, Adachi M. Reduction in the incidence of *Clostridium difficile*-associated diarrhea in an acute care hospital and a skilled nursing facility following replacement of electronic thermometers with single-use disposables. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1992;13(2):98-103.

62. CDC. Nosocomial hepatitis B virus infection associated with reusable fingerstick blood sampling devices--Ohio and New York City, 1996. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1997; 46 (10):217-21.

63. Desenclos JC, Bourdiol-Razes M, Rolin B, Garandeanu P, Ducos J, Bréchet C, et al. Hepatitis C in a ward for cystic fibrosis and diabetic patients: possible transmission by springloaded finger-stick devices for self-monitoring of capillary blood glucose. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2001;22(11):701-7.

64. CDC. Transmission of hepatitis B virus among persons undergoing blood glucose monitoring in long-term-care facilities--Mississippi, North Carolina, and Los Angeles County, California, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005; 54(9):220-3.

65. Boyce JM, Potter-Bynoe G, Chenevert C, King T. Environmental contamination due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*:

---

possible infection control implications. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1997; 18(9):622-7.

66. Zachary KC, Bayne PS, Morrison VJ, Ford DS, Silver LC, Hooper DC. Contamination of gowns, gloves, and stethoscopes with vancomycin-resistant enterococci. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001;22(9):560-4.

67. Perry C, Marshall R, Jones E. Bacterial contamination of uniforms. *J Hosp Infect.* 2001; 48(3):238-41.

68. Borsoi IC, Codo W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: Silva G.B. *Enfermagem profissional: análise crítica.* São Paulo: Cortez; 1986. p. 24-32.

69. Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(2): 553-5.

70. Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos. [Dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2002.

71. Souza M, Vianna LA. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. *Rev Bras de Enferm.* 1999; 46(3/4): 234-44.

72. Brasil. Ministério da Saúde. *Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico, HIV e Hepatites B e C.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

73. Lopes ACS, Oliveira AC, Silva JT, Paiva MHRS. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(6): 1387-96.

---

74. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Comissão de Business Intelligence Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Brasília: COFEN; 2011 v1.0.
75. Savoldi NAM. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de enfermagem da UTI pediátrica. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
76. Amaral AS, Sousa AFS, Ribeiro SO, Oliveira MAN. Acidentes com material perfurocortante entre profissionais de saúde em hospital privado de Vitória da Conquista BA. *Sitientibus*. 2005; (33): 101-14.
77. Costa TMPF. A infecção hospitalar: perspectiva da equipe de enfermagem de unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário de Belo Horizonte. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
78. Kunzle SEM, Pereira CS, Alves KC, Pelá NTR, Gir E. Auxiliares e técnicos de enfermagem e controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico: mitos e verdades. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40 (2):214-20.
79. Cavalcante NPJ, Pereira NA. Saúde Ocupacional. In: Fernandes AT, editor. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1287-300.
80. Moura JP, Gir E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem referente à resistência bacteriana a múltiplas drogas, *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):351-56.
81. Correa CF, DonatoM. Biossegurança em uma uidade de terapia intensiva: a percepção da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Enferm*. 2007; 11(2):197-204.
82. Nishide VM, Benatti Mc. Occupational risks among anursingstaff working in na intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38: 406-14.
-

83. Nishide VM, Benatti MC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidentes de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Ver Latino-am Enferm*; 2004; 12(2): 201-11.
84. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [acesso 10 out 2011]. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>.
85. Melo C. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986. 94p.
86. Almeida MCP, Rocha JSE. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1989.
87. Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989. 156p
88. Ribeiro AS, Gabatz RIB, Neves ET, Padoin SMM. Caracterização de acidente com material perfurocortante e a percepção da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4): 660-6.
89. Carvalho DR, Kalinke LP. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. *Bol Enferm*. 2008; 2; 1:82-95.
90. Barba MC, Martos MVEP, Fonseca RMGS. O trabalho da enfermeira no Peru: gênese e constituição social. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000; 8(3): 102-7.
91. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 293/2004. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Brasília: COFEN; 2004.
-

92. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e a doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9(1): 109-15.
93. Kramer GG, Faria JH. Vínculos organizacionais. *Rev Adm Pública*. 2007; 41(1): 83-104.
94. Siqueira Júnior AC, Siqueira FPC, Gonçalves BGOG. O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2006; 10(1): 41-5.
95. Dantas SRPE, Fagnani R, Leichsenring ML, Cardoso LGO, Trabasso P, Resende MR, et al. Precauções para transmissão intra-hospitalar de microrganismos. In: Colombrini MRC, Marchiori AGM, Figueiredo RM (organizadores). *Enfermagem em Infectologia: cuidado com o paciente internado*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
96. Colombrini MRC, Marchiori AGM, Figueiredo RM (organizadores). *Enfermagem em Infectologia: cuidado com o paciente internado*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
97. Kamada I, Rocha SMM. Assistência de enfermagem em unidade de internação neonatal: medidas para prevenção de infecções hospitalares. *Rev Latino-am Enferm*. 1997; 5(1):37-48.
98. Cinelli MA, Figueiredo RM, Zem-Mascarenhas SH. Adherence to standard precautions in the peripheral vascular access. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(3):512-4.
99. Lira MC, et al. Higienização das mãos. In: Hinrichsen SL. *Biossegurança e controle de infecção – risco sanitário hospitalar*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2004.
-

100. Mendonça AP, Fernandes MSC, Azevedo JMR, Silveira WCR, Sousa ACS. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Scient Health Sci.* 2003; 25(2): 147-53.
101. Medeiros EAS, Gribaum R, Ferraz E, Ferraz AAB, Arruda E, Nobre J et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Infectologia para a prevenção de infecções hospitalares. *Prat Hosp.* 2002; 22:31-43.
102. Correa I, Ranali J, Piguatari ACC. Observação do comportamento dos profissionais em relação ao procedimento de lavagem das mãos no plano assistencial à criança internada. *Nursing.* 2001; 4(42):18-21.
103. Lam BC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and a impact on nosocomial infection. *Pediatrics.* 2001; 114(5):565-71.
104. Corrêa I, Nunes IMM. Higienización de las manos. El cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. *Invest Educ Enferm.* 2011; 29(1):54-60.
105. Scheidt KLS, Carvalho M. Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas. *Rev Enferm UERJ.* 2006; 14(2):223-5.
106. Lentz RA, Nascimento KC, Klock P. Infecções hospitalares: um desafio aos profissionais de saúde. In: Erdmann AL, Lentz Ra, organizadoras. *Aprendizagem contínua no trabalho: possibilidades de novas práticas de controle de infecções hospitalares.* São José: SOCEPRO; 2003.
107. Souza ACS, Tipple AFV, Pereira MS, Prado MA. Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde: percepção das enfermeiras. *Ciênc Enferm.* 2000; 8(1): 19-30.
-

108. Camaliente MLV. Aprimoramento de recursos humanos para o controle de infecção. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1679-85.
109. Sousa ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.
110. Santos AMR, Cabral LAF, Brito DS, Madeira MZA, Silva MEDC, Martins MCC. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(4):441-6.
111. Spricigo L, Madureira VSF. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o risco ocupacional de infecção pelo HIV. *Ciência, Cuid Saúde.* 2003; 2(1): 57-65.
112. Lopes MHBM, Moromizato SS, Veiga JFFS. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. *Rev Latino-Am Enferm.* 1999; 7(4): 83-8.
113. Ferreira CN, Souza SROS, Gonçalves MTC, Silva LD. Atuação da equipe multiprofissional com pacientes em precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva. [Rev Enferm UERJ](#). 2006; 14(1): 43-7.
114. Aguiar DF, Lima ABG, Santos RB. Uso das precauções-padrão na assistência de enfermagem: um estudo retrospectivo. *Esc Anna Nery.* 2008; 12(3): 571-6.
115. Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(6): 907-16.
116. Moura JP. A adesão dos profissionais de enfermagem às práticas de isolamento na assistência aos portadores de microorganismos multirresistentes
-



[Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

117. Canini SRMS, Moraes AS, Gir E, Freitas ISM. Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital universitário de nível terciário. *Rev Latino-am Enferm.* 2008; 16(5).

118. Silva CSO, Mendonça JMG, Costa HJ. O papel do enfermeiro dentro da equipe de enfermagem: a percepção do auxiliar. *Unimontes Cient.* 2005; 7(2): 113-9.

119. Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(6): 723-6.

120. Moura MEB, Ramos MN, Sousa CMM, Silva AO, Alves MSCF. Infecção hospitalar no olhar dos enfermeiros portugueses: representações sociais. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): 743-9.

121. Machado MF, Oliveira ICF, Tramontano AH, Freire SC, Filipini SM. Análise da qualidade do sono em profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno e cursam a graduação de enfermagem. In: *Anais do X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós- Graduação.* Universidade do Vale do Paraíba; 2006; Vale do Paraíba: Faculdade de Ciência da Saúde, 2006.

122. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1986.

---

## *10. Anexos*

**Anexo 1** – Relação dos tipos de precauções, segundo o tipo de infecção e/ou doença/ microorganismo, conforme recomendação do CDC/APECIH, 2007\*

<b>TIPO DE INFEÇÃO E/OU DOENÇA/ CONDIÇÃO/ MICRORGANISMO</b>
<b>ABCESSO DRENANTE</b>
✚ Drenagem não contida pelo curativo = <b>CONTATO</b>
✚ Drenagem contida pelo curativo = <b>PADRÃO</b>
<b>AIDS = PADRÃO</b>
<b>ACTINOMICOSE = PADRÃO</b>
<b>ADENOVÍRUS</b>
✚ Infecção pulmonar em lactente/pré-escolar = <b>GOTÍCULA + CONTATO</b>
✚ Conjuntivite = <b>CONTATO</b>
✚ Gastroenterite em paciente incontinente ou em uso de fraldas = <b>CONTATO</b>
<b>AMEBÍASE = PADRÃO</b>
<b>ANGINA DE VINCENT = PADRÃO</b>
<b>ANTRAX</b>
✚ Cutâneo ou pulmonar = <b>PADRÃO</b>
<b>ASCARIDÍASE = PADRÃO</b>
<b>ASPERGILOSE = PADRÃO</b>
<b>BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES = CONTATO</b>
<b>BABESIOSE = PADRÃO</b>
<b>BLASTOMICOSE SULAMERICANA</b>
✚ ( <i>P. brasiliensis</i> ): pulmonar ou cutânea = <b>PADRÃO</b>
<b>BOTULISMO (<i>Clostridium botulinum</i>) = PADRÃO</b>
<b>BRONQUIOLITE (Lactente e pré-escolar)</b>
✚ VRS / Parainfluenzae / Metapneumovírus = <b>CONTATO</b>
✚ Adenovírus = <b>CONTATO + GOTÍCULA</b>
<b>BRUCELOSE = PADRÃO</b>
<b>CANDIDÍASE (todas as formas) = PADRÃO</b>
<b>CAXUMBA = GOTÍCULA</b>
<b>CANCRO MOLE (<i>Chlamydia trachomatis</i>):</b>
✚ Conjuntivite, genital e respiratória = <b>PADRÃO</b>
<b>CISTICERCOSE = PADRÃO</b>
<b>CITOMEGALOVIROSE = PADRÃO</b>
<b><i>Clostridium botulinum</i> (Botulismo) = PADRÃO</b>
<b><i>Clostridium difficile</i> (Colite associada a uso de antibióticos) = CONTATO</b>
<b><i>Clostridium perfringens</i> (Gangrena gasosa ou intoxicação alimentar) = PADRÃO</b>
<b><i>Clostridium tetanii</i> (Tétano) = PADRÃO</b>
<b>CÓLERA = CONTATO</b>
<b>COLITE ASSOCIADA A ANTIBIÓTICO (<i>Clostridium difficile</i>) = CONTATO</b>
<b>CONJUNTIVITE:</b>
✚ Bacteriana, gonocócica, <i>C. trachomatis</i> = <b>PADRÃO</b>
✚ Viral aguda (hemorrágica) = <b>CONTATO</b>
<b>COQUELUCHE = GOTÍCULAS</b>
<b>CREUTZFELDT-JACOB, Doença de = PADRÃO</b>
<b>CRIPTOCOCOSE = PADRÃO</b>
<b>DENGUE = PADRÃO</b>
<b>DERMATOFITOSE/ MICOSE PELE/ TÍNEA = PADRÃO</b>
<b>DIARRÉIA: ver Gastroenterite</b>
<b>DIFTERIA:</b>
✚ Cutânea = <b>CONTATO</b>

✚	Faríngea = <b>GOTÍCULAS</b>
	<b>DOENÇA MÃO, PÉ E BOCA:</b> ver Enterovirose
	<b>DONOVANOSE</b> (Granuloma Inguinal) = <b>PADRÃO</b>
	<b>ENCEFALITE:</b> ver agente específico
	<b>ENDOMETRITE PUERPERAL</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>ENTEROBÍASE</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>ENTEROCOLITE NECROTIZANTE</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>ENTEROCOLITE</b> por <i>Clostridium difficile</i> = <b>CONTATO</b>
	<b>ENTEROVIROSE</b> (Coxsackie ou Echovirus)
✚	Adulto = <b>PADRÃO</b>
✚	Lactente e pré-escolar = <b>CONTATO</b>
	<b>EPIGLOTITE</b> ( <i>Haemophilus influenzae</i> ) = <b>GOTÍCULAS</b>
	<b>ERITEMA INFECCIOSO:</b> ver Parvovírus B19
	<b>ESCABIOSE</b> = <b>CONTATO</b>
	<b>ESPOROTRICOSE</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>ESQUISTOSSOMOSE</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>ESTAFILOCOCCIA</b> ( <i>Staphylococcus aureus</i> )
✚	Pele, ferida e queimadura com secreção não contida = <b>CONTATO</b>
✚	Pele, ferida e queimadura com secreção contida = <b>PADRÃO</b>
✚	Enterocolite paciente continente = <b>PADRÃO</b>
✚	Enterocolite paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b>
✚	Síndrome da pele escaldada = <b>PADRÃO</b>
✚	Síndrome do choque tóxico = <b>PADRÃO</b>
	<b>ESTREPTOCOCCIA- Streptococcus Grupo A</b>
✚	Pele, ferida e queimadura com secreção contida = <b>PADRÃO</b>
✚	Pele, ferida e queimadura com secreção não contida = <b>CONTATO+ GOTÍCULAS</b>
✚	Endometrite (sepsis puerperal) = <b>PADRÃO</b>
✚	Faringite: lactante e pré-escolar = <b>GOTÍCULAS</b>
✚	Escarlatina: lactante e pré-escolar = <b>GOTÍCULAS</b>
✚	Pneumonia: lactante e pré-escolar = <b>GOTÍCULAS</b>
	<b>ESTREPTOCOCCIA</b>
	<b>Strepto Grupo B ou Grupo não A não B</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>ESTRONGILOIDÍASE</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>EXANTEMA SÚBITO</b> (Roséola) = <b>PADRÃO</b>
	<b>FEBRE AMARELA</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>FEBRE POR ARRANHADURA DO GATO</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>FEBRE POR MORDEDURA DE RATO</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>FEBRE RECORRENTE</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>FEBRE REUMÁTICA</b> = <b>PADRÃO</b>
	<b>FEBRE TIFÓIDE</b>
✚	Paciente continente = <b>PADRÃO</b>
✚	Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b>
	<b>FURUNCULOSE ESTAFILOCÓCICA:</b>
✚	Lactentes e pré-escolares = <b>CONTATO</b>
✚	Demais pacientes = <b>PADRÃO</b>
	<b>GASTROENTERITE:</b>
✚	<i>Campylobacter</i> , <i>Cholera</i> , <i>Criptosporidium spp</i> = <b>CONTATO</b>
✚	<i>Clostridium difficile</i> = <b>CONTATO</b>
✚	<i>Escherichia coli</i> (Enterohemorrágica O157:H7 e outras)

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente continente = <b>PADRÃO</b></li> <li>▪ Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b></li> <li>✚ <i>Giardia lamblia</i> (Giardíase) = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ <i>Yersinia enterocolitica</i> = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ <i>Salmonella spp</i> (inclusive <i>S. typhi</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente continente = <b>PADRÃO</b></li> <li>▪ Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b></li> </ul> </li> <li>✚ <i>Shigella spp</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente continente = <b>PADRÃO</b></li> <li>▪ Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b></li> </ul> </li> <li>✚ <i>Vibrio parahaemolyticus</i> = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ <b>Rotavírus e outros vírus</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente continente = <b>PADRÃO</b></li> <li>▪ Paciente incontinente ou uso de fralda = <b>CONTATO</b></li> </ul> </li> </ul> <p><b>GANGRENA GASOSA = PADRÃO</b></p> <p><b>GONORRÉIA = PADRÃO</b></p> <p><b>GUILLAIN-BARRÉ, Síndrome de = PADRÃO</b></p> <p><b>HANSENÍASE = PADRÃO</b></p> <p><b>HANTAVIROSE PULMONAR = PADRÃO</b></p> <p><i>Helicobacter pylori</i> = <b>PADRÃO</b></p> <p><b>HEPATITE VIRAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Vírus A = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ Se uso de fraldas ou incontinente = <b>CONTATO</b></li> <li>✚ Vírus B, vírus C e outros = <b>PADRÃO</b></li> </ul> <p><b>HERPANGINA:</b> ver enterovirose</p> <p><b>HERPES SIMPLES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Encefalite = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ Mucocutâneo recorrente (pele, oral e genital) = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ Mucocutâneo disseminado ou primário grave = <b>CONTATO</b></li> <li>✚ Neonatal = <b>CONTATO</b></li> </ul> <p><b>HERPES ZOSTER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Localizado em imunocompetente = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ Localizado em imunossuprimido, ou disseminado = <b>CONTATO + AEROSSÓIS</b></li> </ul> <p><b>HIDATIDOSE = PADRÃO</b></p> <p><b>HISTOPLASMOSE = PADRÃO</b></p> <p><b>HIV = PADRÃO</b></p> <p><b>IMPETIGO = CONTATO</b></p> <p><b>INFEÇÃO DE CAVIDADE FECHADA = PADRÃO</b></p> <p><b>INFEÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Com secreção contida = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ Com secreção não contida = <b>CONTATO</b></li> </ul> <p><b>INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO = PADRÃO</b></p> <p><b>INFLUENZA: A, B, C = GOTÍCULAS</b></p> <p><b>INTOXICAÇÃO ALIMENTAR por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <i>C. botulium</i>, <i>C. perfringens</i>, <i>C. welchii</i> = <b>PADRÃO</b></li> <li>✚ <i>Staphylococcus</i> = <b>PADRÃO</b></li> </ul> <p><b>KAWASAKI, Síndrome de = PADRÃO</b></p> <p><b>LEGIONELOSE = PADRÃO</b></p> <p><b>LEPTOSPIROSE = PADRÃO</b></p>
--

**LISTERIOSE = PADRÃO**

**LYME, Doença de = PADRÃO**

**LINFOGRANULOMA VENÉREO = PADRÃO**

**MALÁRIA = PADRÃO**

**MELIOIDOSE = PADRÃO**

**MENINGITE:**

✚ Bactérias Gram-negativas entéricas, em RN = **PADRÃO**

✚ Fúngica ou Viral = **PADRÃO**

✚ *H.influenzae* (suspeito ou confirmado) = **GOTÍCULAS**

✚ *Listeria monocytogenes* = **PADRÃO**

✚ *M. tuberculosis* = **PADRÃO**

✚ *N. meningitidis* (suspeita ou confirmada) = **GOTÍCULAS**

✚ *Streptococcus pneumoniae* = **PADRÃO**

✚ Outras bactérias = **PADRÃO**

**MENINGOCOCCEMIA = GOTÍCULAS**

**MICOBACTERIOSE ATÍPICA** (pulmonar ou cutânea) = **PADRÃO**

**MOLUSCO CONTAGIOSO = PADRÃO**

**MONONUCLEOSE INFECCIOSA = PADRÃO**

**MUCORMICOSE = PADRÃO**

**NOCARDIOSE = PADRÃO**

**OXIUROS, infecção por = PADRÃO**

**PARVOVÍRUS B19:**

✚ Doença crônica em imunossuprimido = **GOTÍCULAS**

✚ Crise aplásica transitória ou de células vermelhas = **GOTÍCULAS**

**PEDICULOSE = CONTATO**

**PESTE:**

✚ Bulbônica = **PADRÃO**

✚ Pneumônica = **GOTÍCULAS**

**PNEUMONIA:**

✚ Adenovírus = **CONTATO+GOTÍCULAS**

✚ **Viral:**

▪ Adultos = **PADRÃO**

▪ Lactentes e pré escolar = **CONTATO**

✚ *P. cepacia* em fibrose cística (inclui colonização respiratória) = **PADRÃO**

✚ *Chlamydia*, *Legionella spp*, *S.aureus* = **PADRÃO**

✚ Fúngica = **PADRÃO**

✚ *Haemophilus influenzae*

▪ Adultos = **PADRÃO**

▪ Lactentes e pré escolar = **GOTÍCULAS**

✚ *Mycoplasma* = **GOTÍCULAS**

✚ *Neisseria meningitidis* = **GOTÍCULAS**

✚ *Pneumocystis carinii* = **PADRÃO**

✚ *Streptococcus pneumoniae* = **PADRÃO**

✚ *Streptococcus* do Grupo A

✚ Adultos = **PADRÃO**

✚ Lactentes e pré escolar = **GOTÍCULAS**

✚ Outras bactérias não listadas (incluindo gram-negativas) = **PADRÃO**

**POLIMIELITE = PADRÃO**

**PSITACOSE (ORNITOSE) = PADRÃO**

**RAIVA = PADRÃO**

**REYE, Síndrome de = PADRÃO**

**RIQUETSIOSE = PADRÃO**

**ROTAVIRUS** e outros vírus causadores de

✚ gastroenterite:

✚ Paciente continente = **PADRÃO**

✚ Paciente incontinente ou uso de fralda = **CONTATO**

**RUBÉOLA:**

✚ Congênita = **CONTATO**

✚ Adquirida = **GOTÍCULAS**

**SARAMPO = AEROSSÓIS**

**SÍFILIS** (qualquer forma) = **PADRÃO**

**TENÍASE = PADRÃO**

**TÉTANO = PADRÃO**

**TIFO** endêmico e epidêmico

(não é Febre Tifóide)

**TINEA = PADRÃO**

**TOXOPLASMOSE = PADRÃO**

**TRACOMA AGUDO = PADRÃO**

**TRICOMONÍASE = PADRÃO**

**TRICURÍASE = PADRÃO**

**TRIQUINOSE = PADRÃO**

**TUBERCULOSE:**

✚ Pulmonar (suspeita ou confirmada) = **AEROSSÓIS**

✚ Laríngea (suspeita ou confirmada) = **AEROSSÓIS**

✚ Extra-pulmonar e não laríngea = **PADRÃO**

**TULAREMIA:** lesão drenando ou pulmonar = **PADRÃO**

**VARICELA = AEROSSÓIS + CONTATO**

**VÍRUS PARAINFLUENZAE**

Lactente ou pré-escolar = **CONTATO**

**VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO**

✚ Lactente ou pré-escolar = **CONTATO**

**ZIGOMICOSE = PADRÃO**

**Anexo 2:** Formulário da entrevista: *Conhecimento das Medidas de Prevenção de Contato pela Equipe Multidisciplinar UTI*

		N° _____	
<b>Iniciais:</b> _____	<b>Idade:</b> _____ anos	<b>Sexo:</b> Fem. ( ) Masc. ( )	<b>Turno</b> ( ) M ( ) T ( ) N
<b>Profissão:</b> ( ) Auxiliar de Enfermagem ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Outro _____			
<b>Tempo de Formação:</b> _____		<b>Tempo na Instituição:</b> _____	<b>Tempo na UTI:</b> _____
<b>Possui quantos vínculos de trabalho</b> ( ) um ( ) dois ( ) três ou mais			

**1. Quando se utiliza as PRECAUÇÕES DE CONTATO?**

---

---

---

---

**2. Quais são as MEDIDAS UTILIZADAS NECESSÁRIAS ao assistir um paciente em isolamento de contato?**

---

---

---

---

---

**3. Quais são as DIFICULDADES ao cuidar de um paciente em isolamento de contato?**

---

---

---

---

---

---

---



**Anexo 3:** Formulário do Processo de Observação à Adoção das Precauções de Contato pela Equipe de Saúde - UTI

N° _____									
Iniciais: _____ Idade: _____ anos Sexo: Fem. ( ) Masc. ( ) Turno ( ) M ( ) T ( ) N									
Profissão: ( ) Auxiliar de Enfermagem ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Outros _____									
Tempo de Formação: _____; Tempo na Instituição: _____ Tempo na UTI: _____									
Possui quantos vínculos de trabalho ( ) um ( ) dois ( ) três ou mais									
<b>QUAL O MOTIVO DO ISOLAMENTO:</b> _____									
A) Descrição das Medidas de Prevenção de Contato Recomendadas APECIH*/CDC**	Aval. 1			Aval. 2			Aval. 3		
	Data:			Data:			Data:		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
<i>Quarto privativo</i>									
<i>Higiene das mãos antes do procedimento</i>									
<i>Higiene das mãos após o procedimento</i>									
<i>Calçou luvas antes do contato</i>									
<i>Retirou as luvas logo após o contato</i>									
<i>Utilizou avental</i>									
<i>Retirou o avental logo após término do procedimento</i>									
<i>Artigos e equipamentos individuais</i>									
<i>Visitas restritas e orientadas</i>									
<i>Logística de informação sobre o isolamento</i>									
<i>Profissional realizou o transporte do paciente com luvas</i>									

\*\* Suggested citation: Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>. Acesso em 20/02/2011.

**Legenda - S: Sim; N: Não; Na: Não se Aplica.**

## *11. Apêndices*

APÊNDICES

Apêndice 1: Placa de Sinalização utilizada no Hospital Beneficência Portuguesa das Precauções de Contato



**PRECAUÇÃO DE CONTATO**



**Quarto Privativo**



**Se contato com o paciente**



**Uso individual**

**Transporte do paciente**



**Secreções contidas**

Solicite orientação da **CCIH** - Ramal 8606

**Apêndice 2:** Parecer de Concordância da Diretoria Clínica do Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru

Bauru, 21 de Fevereiro de 2011.

**À DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE BAURU**

Venho por meio desta, solicitar permissão à realização de um estudo junto aos membros da equipe de assistência à saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru, para fins de pesquisa.

A pesquisa intitulada **Adesão dos profissionais de saúde às precauções de contato em unidade de terapia intensiva** visa avaliar a adesão dos profissionais da saúde em relação ao uso das precauções de contato durante a realização dos procedimentos assistenciais.

Atesto que serão respeitados todos os trâmites legais à aprovação deste estudo, sendo uma cópia desta requisição assinada e enviada em anexo ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima de Bauru/SP, para fins de aprovação.

Sem mais até o momento atentamente agradeço.



Priscila Garcia

CPF: 301.674.298-50

(014) 21068606/ 91290324.



João Batista Bôrsto Neto

Diretor Clínico

Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru

**Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A presente pesquisa é parte da Dissertação de Mestrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista (UNESP) da *mestranda* Priscila do Nascimento Garcia sob orientação da docente Profa. Dra. Ione Corrêa.

A pesquisa intitulada **Adesão dos profissionais de saúde às precauções de contato em unidade de terapia intensiva** tem por objetivo avaliar a adesão dos profissionais da saúde em relação ao uso das precauções de contato durante a realização dos procedimentos assistenciais.

Inicialmente serão observadas a adesão das medidas preconizadas pelo CDC e pela ANVISA aos casos de isolamentos por contato: *quarto privativo; higiene das mãos antes e após os procedimentos; uso de luva; utilização de aventais; individualização dos equipamentos; restrição e orientação de visitas; logística de informações sobre o isolamento, bem como o transporte do paciente pelo profissional em uso de luvas.*

Ressaltamos que o seu nome não será divulgado em nenhuma fase da pesquisa, sendo garantido o direito de não responder às perguntas, caso esta seja sua vontade.

Os resultados serão apresentados a um grupo de especialistas que o avaliarão e disponibilizados posteriormente para consultas.

Agradeço desde já sua contribuição, colocando-me à disposição para esclarecimentos.

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro que fui informado (a) e esclarecido (a) a respeito desta pesquisa, sua finalidade e concordo em participar desta espontaneamente.

---

Priscila do N. Garcia

RG: 30.954.105-0

Tel. (14) 21068606/ 91290324

Profa. Dra. Ione Corrêa

---

Nome:

RG

Tel. ( ) \_\_\_\_\_

---

**Apêndice 4:** Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima



Comitê de Ética em Pesquisa

Instituto Lauro de Souza Lima  
Caixa Postal 3021 - CEP: 17034-971 - Bauri/ SP/ Brasil  
Fone: 55 14 3103-5921  
Fax: 55 14 3103-5914

CT.: C.E.P. nº 008/2011

Bauri, 28 de abril de 2011

Ilma. Sra.  
Priscila do Nascimento Garcia  
A/C Dra. Ione Corrêa

Prezada Senhora

O projeto de pesquisa intitulado "Adesão dos profissionais de saúde às precauções de contato em unidades de terapia intensiva", protocolo E-007/11, foi apreciado neste Comitê de Ética em Pesquisa, e foi **APROVADO**.

Aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos protestos do mais elevado apreço.  
Atenciosamente

  
Dra. Ida Mária Foschiari Dias Baptista  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto Lauro de Souza Lima