



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CCBS – CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ELLEN DÁFIRA COSTA SILVA**

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A  
PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2014**

**ELLEN DÁFIRA COSTA SILVA**

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A  
PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Licenciado e Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Juraci Dias Albuquerque

CAMPINA GRANDE – PB  
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586c Silva, Ellen Dáfira Costa.

Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a prevenção e controle da infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto [manuscrito] / Ellen Dafira Costa Silva. - 2014.

46 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. Juraci Dias Albuquerque, Departamento de Enfermagem".

1. Cuidados de enfermagem. 2. Infecção Hospitalar. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Título.

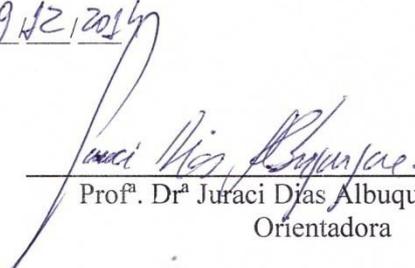
21. ed. CDD 614.44

ELLEN DÁFIRA COSTA SILVA

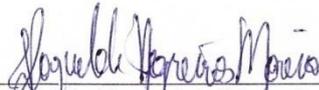
**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A  
PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado na modalidade de artigo ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção  
do grau de Licenciado e Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovado em 09/12/2014

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juraci Dias Albuquerque/UEPB  
Orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida/UEPB  
Examinadora

  
Prof.<sup>a</sup> Ms. Raquel de Negreiros Moreira  
Examinadora

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais José Custódio da Silva e Lindalva Costa Silva por me apoiarem em toda minha trajetória, pela educação, confiança e amor fornecidos ao longo da minha vida. Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de um esforço conjunto, por isso são necessários vários agradecimentos.

A Deus por cuidar de mim em todos os momentos e por ter me dado forças para superar as dificuldades.

Aos meus pais José Custódio e Lindalva Costa, pelo amor, incentivo e por não medirem esforços para que eu me tornasse quem sou.

Aos meus irmãos Lislely e Joab por serem meus parceiros e estarem ao meu lado sempre. Amo vocês!

Aos meus avós Celestino e Maria que são verdadeiros exemplos de determinação e perseverança.

As minhas tias Elizama e Jesabel por todo apoio e por sempre estarem dispostas a ajudar.

Aos meus primos (as), tios (as) por acreditarem no meu potencial.

Aos meus amigos (as) que souberam entender minha ausência em certos momentos e mesmo assim sempre estiveram ao meu lado.

As minhas amigas: Karol, Jessica, Ju e Geo por dividirem comigo todos os momentos durante o curso e por contribuírem para o meu crescimento. Vocês estão no coração, já sinto saudades!

A meu amigo Jackson pela ajuda na formatação do trabalho.

À minha amável orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juraci Dias Albuquerque pela paciência nas correções e por ser uma excelente profissional, a qual me espelho.

À querida professora Raquel Moreira pela ajuda e incentivo durante a análise dos dados.

A todos os professores, em especial as que compõem minha banca examinadora Prof.<sup>a</sup> Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida e Prof.<sup>a</sup> Raquel de Negreiros Moreira.

À toda a equipe de profissionais da Clínica Santa Clara pelo acolhimento, receptividade e disponibilidade durante a realização do estudo

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para execução deste trabalho.

**“A maior necessidade do mundo é a de homens - homens que não se comprem nem se vendam; homens que no íntimo da alma sejam verdadeiros e honestos; homens que não temam chamar o erro pelo seu nome; homens, cuja consciência seja tão fiel ao dever como a bússola o é ao pólo; homens que permaneçam firmes pelo que é reto, ainda que aconteça tudo errado”**

**Ellen White**

SILVA, E. D. C; ALBUQUERQUE, J. D. **Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre a Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto**. Campina Grande, 2014. Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem.

### **RESUMO**

As infecções relacionadas à assistência a saúde configuram-se como um grave problema de Saúde Pública, pois além de elevarem os índices de morbidade e mortalidade, elevam os custos hospitalares devido o prolongamento do tempo de internação do paciente. A enfermagem tem papel primordial na prevenção e controle de infecções. Esse estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva adulto sobre a prevenção e controle da infecção hospitalar. Trata-se de uma pesquisa quantitativa com abordagem descritiva e transversal. A amostra foi constituída pelos profissionais de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado de médio porte localizado na cidade de Campina Grande, Paraíba – Brasil, sendo representada por 80% técnicos de enfermagem e 20% enfermeiros. Foi feita análise descritiva para a caracterização dos profissionais e teste de Correlação de Pearson para observar relações estatísticas entre as variáveis respostas. Não obteve-se diferenças significativas entre os dados de caracterização dos participantes e o conhecimento sobre prevenção e controle de infecção. Os resultados mostram que 100% dos participantes afirmaram que as principais infecções detectadas na UTI são a infecção do trato urinário e do trato respiratório. As medidas para prevenção de infecção na UTI tiveram correlação na variável não higienização das mãos ( $r = -0,645$ ). A maioria dos participantes respondeu que a falta de higienização das mãos e o mau uso dos equipamentos de proteção individual são os principais fatores que podem levar ao aumento de taxa de infecção na UTI. Os resultados deste estudo revelam que a higienização das mãos, principal medida adotada na prevenção e controle de infecções, tem baixa adesão pelos profissionais de enfermagem.

### **PALAVRAS-CHAVE:**

Enfermagem. Infecção Hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva

---

<sup>1</sup> Concluinte do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: [ellendafira@hotmail.com](mailto:ellendafira@hotmail.com)

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ANVISA**- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

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

**CEP**- Comitê de Ética em Pesquisa

**CDC**- *Centers for Disease Control and Prevention*

**CNS**- Conselho Nacional de Saúde

**EPI**- Equipamento de Proteção Individual

**HM**- Higienização das Mãos

**IH**- Infecção Hospitalar

**IRAS**- Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde

**NNIS**- *National Nosocomial Infection Surveillance- System*

**PCIH**- *Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar*

**PU**- Precaução Universal

**PP**- Precaução Padrão

**UTI**- Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2.REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
2.1 Infecção Hospitalar: Breve Histórico.....	11
2.2 Infecção Hospitalar no Contexto Geral.....	13
2.3 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.....	14
2.4 Infecção Hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva.....	16
2.5 Fatores de Risco Relacionados à Infecção Hospitalar.....	17
2.6 Prevenção e Controle de Infecção.....	18
2.7 Importância da Enfermagem no Controle de Infecção.....	20
<b>3.REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>	<b>23</b>
3.1 Tipo de Pesquisa.....	23
3.2 Local da Pesquisa.....	23
3.3 População e Amostra.....	23
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	23
3.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	24
3.6 Procedimento de Coleta de Dados.....	24
3.7 Processamento e Análise dos Dados.....	24
3.8 Aspectos Éticos.....	25
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>25</b>
4.1 Caracterização dos Profissionais de Enfermagem.....	25
4.2 Estudo de Correlação Linear.....	32
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>42</b>
ANEXO A- Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa.....	42
ANEXO B- Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável.....	43

ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
ANEXO D- Parecer do Comitê de Ética .....	45
ANEXO E- Termo de Autorização Institucional.....	46

## 1 INTRODUÇÃO

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários hospitalizados, sua prevenção e controle se tornam imprescindíveis envolvendo ações que contemplam todos os sujeitos envolvidos no contexto hospitalar. A infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após a internação do usuário e que se manifesta durante a internação, ou mesmo, após a alta quando tiver relação com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 2005).

O controle de infecção hospitalar foi evoluindo ao longo dos anos e se evidenciando como um fenômeno que não se restringe apenas ao meio hospitalar, mas, também, ao contexto dos diversos tipos de serviços de saúde nos quais se desenvolvem ações consideradas de risco para o aparecimento das infecções. O termo 'infecção hospitalar' tem sido substituído por infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). A prevenção e o controle das infecções passam a ser considerados para todos os locais onde se presta o cuidado e a assistência à saúde (ARMOND, 2013).

O interesse pelo controle das infecções hospitalares torna-se cada vez mais crescente devido ao aumento dos números de casos, resistência ao tratamento, alta mortalidade, o custo assistencial elevado e principalmente ao prolongamento do período de infecção (TONINI, 2013).

Nesse contexto, as medidas de prevenção de infecção são necessárias principalmente nas unidades de terapia intensiva, que são áreas destinadas a receber pacientes críticos que necessitam de cuidados específicos, complexos e controle periódico. Desta forma, nestes locais, as precauções universais, atualmente denominadas de precauções padrão, foram instituídas com base no princípio de que todo paciente deve ser considerado como potencialmente infectado independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa (TEIXEIRA; VALLE, 2005).

Pereira et al., (2005, p.253) argumentam:

Os controladores de infecção têm a responsabilidade de instituir a política institucional para prevenir e controlar a infecção, porém, o sucesso do programa dependerá do envolvimento de todos os profissionais que atuam na prestação da assistência hospitalar. A enfermagem, através do cuidado prestado possibilita incrementar esta política institucional de Comissão de Infecção Hospitalar.

Essa pesquisa teve como objetivo geral: avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulto sobre a prevenção e controle da infecção hospitalar e como objetivos específicos: identificar os fatores que predispõe a infecção em unidade de terapia intensiva; analisar as medidas adotadas pela equipe de enfermagem para prevenção de infecção e verificar se a unidade de terapia intensiva dispõe de programas de educação permanente para prevenção de infecção.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Infecção Hospitalar: Breve Histórico**

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 tenha sido relatada a construção do primeiro hospital em 394 a.C. na periferia de Roma. Posteriormente, muitos outros foram criados, como o Hotel-Dieu na França, que possuía cerca de 1.200 leitos muitos dos quais eram compartilhados com outros doentes (FERNANDES, 2000).

A criação dos hospitais remonta aos séculos XVIII e XIX. Na Europa, basicamente para o tratamento de pessoas pobres, pois as de melhor situação financeira optavam por tratamento domiciliar. Desde os tempos imemoriais a humanidade vem tentando prover atenção, proteção e cuidados especiais às pessoas enfermas, a partir da segregação das mesmas, especialmente em locais específicos até a criação dos hospitais. A disseminação das doenças ocorria com facilidade dado às condições propícias para a transmissão das infecções, onde a tríade epidemiológica: agente, hospedeiro e meio ambiente se encontram em íntima correlação, sujeito a constantes desequilíbrios, que dão origem à doença (GONTIJO, 1991).

Por volta de 460 a.C., nascia Hipócrates, que foi o primeiro grande médico e cirurgião da história, com um espírito livre de superstição e misticismo, comuns à sua época. Sua capacidade de observação dos sinais e sintomas e de registros biológicos fez com que ressaltasse então, a cura primária e secundária das feridas, a importância da lavagem das mãos antes de operar e as vantagens de se usar água pura e vinho nas feridas (RODRIGUES, 1997).

Começam a surgir as primeiras medidas básicas de controle de infecção para o atendimento no ambiente hospitalar quando Ignaz Phillip Semmelweis (1818-1865), médico

cirurgião húngaro que observando as altas taxas de infecção puerperal em mulheres que haviam sido tratadas por médicos que antes haviam realizado necropsias, instituiu a rotina de higiene de mãos com solução clorada (FERNANDES, 2000).

Em 1863 Florence Nightingale, na Inglaterra, após observações feitas e com o objetivo de reduzir o risco das infecções, tão altos naquela época, passou a valorizar as condições do paciente e do ambiente destacando a limpeza, iluminação natural, odores, calor, ruídos e sistema de esgoto, mais do que a arquitetura pura e simplesmente estética, reduzindo drasticamente as taxas de mortalidade entre os soldados de guerra. Após a implantação dessas medidas de prevenção, descreveu as estratégias relacionadas com o cuidado do paciente e o ambiente hospitalar, e suas teorias constituíram a base do moderno controle de infecção hospitalar (GONTIJO, 1991).

No século XIX os hospitais eram desprovidos de água corrente e a de que dispunham era contaminada. Lixos e dejetos eram jogados em poços nos fundos dos terrenos, os cirurgiões limpavam suas mãos e instrumentos nos seus aventais e as roupas de cama não eram trocadas com frequência, facilitando a transmissão de doenças (SANTOS, 1997).

O médico escocês, Joseph Lister, começou então a defender a importância de se prevenir as infecções instituindo cuidados durante e após o ato cirúrgico, insistindo em métodos de antissepsia, utilizando ácido carbólico nos instrumentais. Após as descobertas de Pasteur, grande parte dos cirurgiões mudaram seu comportamento aceitando as teorias microbiológicas da época como a esterilização. A partir de então, debatiam sobre o melhor método: esterilização química ou a vapor, e ainda, evitavam as conversas desnecessárias durante o ato operatório. Alguns hospitais instalaram visores e cúpulas para evitar o fluxo de pessoas na sala de cirurgia. A correta aplicação de assepsia e anestesia transformou a sala de cirurgia em local de rígidas normas e rotinas, ao contrário do que se observava anteriormente (RODRIGUES, 1997).

O advento dos antimicrobianos, no século XX, revolucionou o tratamento das infecções. Surtos de infecção por *Staphylococcus aureus*, nas décadas de 50 e 60, ou por germes gram negativos, na década de 70, em alguns países, aumentaram os custos hospitalares, originando interesse para medidas de controle de infecção hospitalar, até os dias de hoje, pois as infecções hospitalares são sérias ameaças à segurança dos pacientes hospitalizados, constituindo-se nas mais frequentes e insidiosas complicações. Ademais, contribuem para elevar as taxas de morbidade e mortalidade, aumentam os custos de hospitalização, mediante o prolongamento da permanência e gastos com procedimentos

diagnósticos e terapêuticos, não negligenciando o tempo de afastamento do paciente de seu trabalho (PEREIRA, 1995; MORYA, 1995).

## **2.2 Infecção Hospitalar no Contexto Geral**

Machado, et al (2001, p. 03) afirma que:

As infecções hospitalares são as mais frequentes e importantes complicações ocorridas em pacientes hospitalizados. No Brasil, estima-se que 5% a 15% dos pacientes internados contraem alguma infecção hospitalar. Uma infecção hospitalar acresce, em média, 5 a 10 dias ao período de internação. Além disso, os gastos relacionados a procedimentos diagnósticos e terapêuticos da infecção hospitalar fazem com que o custo seja elevado.

As infecções nos serviços de saúde constituem um grande problema para segurança dos pacientes, pois o seu impacto pode resultar em internação prolongada, incapacidade a longo prazo, aumento de resistência microbiana aos antimicrobianos, aumento da mortalidade, além do ônus financeiro adicional para o sistema de saúde, pacientes e familiares. Estima-se que a cada 100 pacientes internados, pelo menos sete em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento irão adquirir infecções relacionadas à assistência a saúde (BRASIL, 2013).

Os microorganismos podem ser transmitidos dentro do ambiente hospitalar por uma das quatro vias: contato, ar, veículo comum e vetor. Mais de uma via pode servir às vezes de transmissão do agente patogênico durante um único episódio, e esse mesmo agente pode ser transmitido por diferentes vias em diferentes ocasiões (AGUIAR; LIMA; SANTOS, 2008).

Para Oliveira (2004) algumas infecções hospitalares são inevitáveis, principalmente, quando envolve pacientes imunossuprimidos, que são suscetíveis até mesmo a sua flora normal. Entretanto, admite-se que 30% das infecções hospitalares poderiam ser evitadas se os profissionais de saúde lavassem cuidadosamente as mãos antes e depois de entrarem em contato com líquidos corporais, seguindo técnica asséptica rigorosa durante a introdução de cateteres, cirurgias e manejo dos dispositivos respiratórios.

A aglomeração que se verifica no meio ambiente hospitalar também favorece a transmissão de microorganismos. As mudanças da temperatura ou da umidade do ar podem igualmente influenciar a ocorrência de infecções. Por isso, os profissionais que fazem parte da equipe hospitalar têm um papel importante no controle da infecção neste ambiente e um objetivo comum, que é o de zelar pela boa saúde do paciente. Para que esse objetivo seja alcançado, é necessário que os métodos de prevenção sejam adotados antes mesmo da

internação do paciente, através da melhoria das condições sanitárias, do aumento dos serviços básicos de saúde e do tratamento da doença em tempo hábil, a fim de evitar as internações desnecessárias (AGUIAR; LIMA; SANTOS, 2008).

Deve ser dada a devida importância na fiscalização junto às farmácias, como forma de evitar o uso abusivo de antimicrobianos. Os hospitais, além de equipamentos adequados, devem adotar medidas habituais de prevenção e controle de infecções, através das precauções-padrão. Para tanto, faz-se importante também a aquisição, em seus quadros, de profissionais especializados, de modo a assegurar os princípios técnicos e científicos disponíveis ao controle das infecções hospitalares, incluindo-se entre esses o enfermeiro (AGUIAR; LIMA; SANTOS, 2008).

No Brasil, a criação da primeira Comissão de Controle de Infecção hospitalar ligada ao Ministério da Saúde foi estabelecida através da portaria nº 196 de 24 de junho de 1983 que determina o seu estabelecimento em todos os hospitais do país independente da unidade mantenedora. O Brasil não tem dados sobre quantas pessoas morrem anualmente em decorrência de infecções ou qual seria o índice de infecção, por exemplo, aceitável na unidade de terapia intensiva, no berçário ou para doentes que estejam com pneumonia (NOBLAT, 2011).

De acordo com a portaria vigente nº 2616 de 12 de maio de 1998 baseada na Metodologia NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance-System) a vigilância por componente abrange os componentes: global, cirúrgico, berçário e unidade de terapia intensiva. No componente unidade de terapia intensiva os pacientes são monitorados para infecções hospitalares em todos os sítios corporais e avaliados diariamente quanto à presença de intervenções relacionadas ao aumento de risco para infecções.

### **2.3 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**

Algumas síndromes clínicas são responsáveis pela maioria das infecções relacionadas à assistência a saúde: infecção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora, infecção de sítio cirúrgico e pneumonia associada à ventilação mecânica. Considerando que a maioria das infecções é associada a dispositivos invasivos e procedimento cirúrgico, estes são alvos prioritários das medidas de prevenção e controle das infecções por serem considerados fatores de risco

passíveis de intervenção na redução das infecções relacionadas à assistência a saúde (BRASIL, 2013).

As infecções primárias de corrente sanguínea estão entre as mais comumente relacionadas à assistência a saúde. Dentre os mais frequentes fatores de risco conhecidos para as infecções primárias de corrente sanguínea, pode-se destacar o uso de cateteres vasculares centrais, principalmente os de curta permanência. A infecção primária de corrente sanguínea associa-se a importante excesso de mortalidade, a maior tempo de internação e a incrementos de custos relacionados à assistência. A mortalidade varia entre pacientes, conforme a existência ou não de outros fatores de risco associados (como, por exemplo, internação em terapia intensiva, onde a mortalidade pode atingir até 69%) (BRASIL, 2013).

A infecção do trato urinário (ITU) é responsável por 30% de todas as infecções adquiridas em UTI, e 95% das ITUs ocorrem em pacientes com cateteres uretrais (MARINO,2008). Grande parte dos pacientes de um hospital será submetida a cateterismo vesical, de alívio ou de demora, em algum momento de sua hospitalização, muitas vezes sob indicação clínica equivocada ou inexistente e até mesmo sem conhecimento médico (BRASIL, 2013).

A infecção do sítio cirúrgico é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde e compreendendo 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados. O *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) é um dos principais agentes causadores de infecção de sítio cirúrgico, aproximadamente metade dos casos a fonte é a microbiota endógena. (BRASIL, 2013)

Além da mortalidade, o impacto da pneumonia relacionada à assistência a saúde, especialmente, traduz-se no prolongamento da hospitalização, em torno de 12 dias e no aumento de custos (BRASIL, 2013). Mais de 90% das pneumonias adquiridas em UTI ocorrem durante a ventilação mecânica, e 50% dessas pneumonias associadas a ventilador ocorrem nos primeiros quatro dias de intubação. Os patógenos predominantes nas pneumonias adquiridas em UTI são o *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e outros bacilos aeróbicos gram-negativos (MARINO, 2008).

No Brasil, a incidência de pneumonia em pacientes adultos é estimada entre sete e 46 casos em cada 1000 internações, com prevalência que varia entre 10% a 65%. A pneumonia associada a ventilação é definida como aquela que se desenvolve em 48 a 72 horas após a intubação traqueal e início da ventilação mecânica. São classificadas como precoce (até 96 horas) geralmente decorrentes da aspiração da orofaringe ocorrida durante o procedimento de

intubação, e tardia (após 96 horas) quando os casos são relacionados a própria ventilação mecânica, sendo secundários às colonizações das vias aéreas superiores e a aspiração pulmonar das secreções contaminadas (MENDES; TALLO; GUIMARÃES, 2011).

#### **2.4 Infecção Hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva**

O século XXI revela um novo cenário no cuidado à saúde como consequência do avanço científico e tecnológico. Novos microrganismos têm sido documentados e as infecções têm ressurgido como nova força, especialmente nos centros de terapia intensiva. Os pacientes internados nos centros de terapia intensiva abrangem um pequeno subgrupo dos pacientes hospitalizados, representando apenas de 5 a 10% do total, mas contribuem com mais de 20% dos episódios de infecção hospitalar (LIMA et al., 2007).

Pacientes críticos são muito vulneráveis a infecção durante sua permanência na unidade de terapia intensiva. Estima-se que 20 a 60% dos pacientes críticos contraem algum tipo de infecção. Nesta ocorre a maior incidência de infecções nosocomiais, devido ao uso de múltiplos dispositivos invasivos e à freqüente presença de doenças debilitantes subjacentes (CHULAY; BURNS, 2012).

Segundo o autor, as infecções hospitalares aumentam o tempo de internação do paciente e os custos de hospitalização; podem aumentar de forma significativa as taxas de mortalidade, em função do tipo e gravidade da infecção e patologia subjacente.

A tecnologia aplicada à assistência hospitalar em unidade de terapia intensiva viabiliza o prolongamento da sobrevivência do paciente em situações muito adversas. Este fenômeno altamente positivo por um lado, por outro, é um dos fatores determinantes do aumento do risco de infecções hospitalares em pacientes críticos (PEREIRA et al., 2000).

O paciente crítico tratado em UTI fica exposto a uma série de riscos que podem contribuir para agravar ainda mais o seu já comprometido estado geral. A infecção, seja ela endógena ou adquirida, se revela como uma das mais sérias ameaças ao doente, causando preocupação a equipe assistente (GOMES, 2005).

Com freqüência os pacientes internados na UTI apresentam pior condição clínica, maior gravidade da doença e agitação psicomotora. Por exemplo: os pacientes recebem pelo menos duas vezes mais drogas que os pacientes hospitalizados em geral, o que aumenta sua exposição a erros. O paciente tem maiores barreiras de comunicação, o que aumenta o risco de eventos adversos e reduz a possibilidade do paciente se defender (KNOBEL, 2006).

Sabe-se que na unidade de terapia intensiva concentram-se pacientes clínicos ou cirúrgicos mais graves, necessitando de monitorização e suportes contínuos de suas funções vitais. Este tipo de clientela apresenta doenças ou condições clínicas predisponentes à infecções. Muitos deles já se encontram infectados ao serem admitidos na unidade e, a absoluta maioria, é submetida a procedimentos invasivos com finalidades diagnóstica e terapêutica (PEREIRA et al., 2000).

A unidade de terapia intensiva apresenta, em razão das características que lhe são inerentes, uma série de fatores que podem facilitar a instalação de processos infecciosos (GOMES, 2005).

Segundo Padrão et. al. (2010), em unidade de terapia intensiva as infecções comumente encontradas são a infecção urinária ou bacteriúria associada ao cateter vesical, pneumonia associada a ventilação mecânica e bacteremia associada a cateter venoso central, todos com morbimortalidade muito elevada.

No setor as taxas de infecção estão associadas a dispositivos invasivos e são mensurados através da densidade de incidência de pneumonias associadas ao uso de ventiladores mecânicos, densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associadas ao uso de cateteres centrais e densidade de incidência de infecções urinárias associadas ao uso de cateteres vesicais de demora (CVE, 2012).

As unidades de terapia intensiva podem ser ambientes férteis para a ocorrência de erros, devido às características complexas e dinâmicas do trabalho realizado e à gravidade dos pacientes. Nas UTIs, os profissionais intensivistas devem apresentar habilidades e competências específicas que precisam ser constantemente atualizadas, pois as decisões podem ser complexas, o ambiente estressante, com vasta tecnologia, intervenções e tratamentos complexos e dinâmicos (VIANA; WHITAKER, 2011).

Os autores acima referenciados afirmam que as unidades de terapia intensiva possuem uma demanda de cuidados específicos voltados para uma população de pacientes graves, que têm como característica principal a necessidade de vigilância constante de seu estado de saúde por parte de toda equipe multiprofissional. É uma área do hospital na qual os riscos de mortalidade e morbidade são maiores e em que os tratamentos e cuidados prestados irão influenciar diretamente os resultados obtidos. Com o intuito de diminuir iatrogenias e eventos adversos, é imprescindível a utilização de indicadores de qualidade como ferramenta.

## **2.5 Fatores de Risco Relacionados à Infecção Hospitalar**

Fatores exógenos podem constituir ameaças a manutenção da integridade fisiológica do doente e podem estar relacionados tanto aos métodos de tratamento, procedimentos técnicos e a instalação de equipamentos como as próprias características físicas da unidade. O paciente da unidade de terapia intensiva geralmente é sensível as infecções respiratórias, urinárias e aquelas contraídas através de pontos de menor resistência, como incisões cirúrgicas, locais de inserção de drenos e cateteres (GOMES, 2005).

Segundo o autor, as influências internas e externas a que está constantemente submetido o paciente na UTI podem levá-lo a uma condição de estresse, na qual o indivíduo perde sua capacidade natural de adaptação. Este fato constitui uma ameaça à manutenção da sua homeostase e interfere grandemente na satisfação das suas necessidades básicas.

As principais razões para a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde são: falta de infra estrutura para dar suporte ao Programa de Prevenção e Controle de Infecção, como suporte da liderança ineficiente ou ausente, profissionais insuficientes em vários níveis, treinamento insuficiente dos profissionais da saúde sobre medidas preventivas de infecção e materiais e equipamentos insuficientes, técnica estéril ou asséptica e higiene das mãos inadequadas, emergência de micro-organismos multirresistentes, em parte, devido ao uso inapropriado de antimicrobianos e o aumento do número de pacientes imunocomprometidos (BRASIL, 2013).

As falhas decorrentes da própria planta física da unidade podem servir como um fator predisponente a infecção, como falta de local apropriado para casos de isolamento de pacientes, número insuficiente de pias e lavabos, má localização de expurgos, área para limpeza, desinfecção, acondicionamento de materiais e equipamentos (GOMES, 2005).

## **2.6 Prevenção e Controle de Infecção**

Após o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), foram publicadas as Precauções Universais, ou seja, um conjunto de medidas preventivas específicas a serem adotadas pelos profissionais de saúde, mediante a realização de procedimentos em que havia a possibilidade de contato com fluídos corpóreos (GARNER, 1996).

Para o referido autor, em 1996, as precauções universais passaram a ser nomeadas como precauções padrão e conceituadas como um conjunto de ações e medidas a serem

adotadas pelos profissionais de saúde na assistência a todo paciente, independentemente do diagnóstico ser definido ou presumido de doença infecciosa.

A premissa geral das precauções padrão é que todos os fluídos do corpo têm o potencial de transmitir um grande número de doenças infecciosas, tanto bacterianas quanto virais (CHULAY; BURNS, 2012).

As precauções padrão são indicadas a todos os pacientes e englobam a higienização das mãos após contato com fluídos corporais ou uso de luvas, uso de aventais para proteger a roupa e superfície corporal do profissional de saúde se houver possibilidade de contato com fluídos e sangue, uso de máscaras e óculos se houver riscos de respingos na face e mucosa oral, uso de luvas se entrar em contato com fluídos, mucosas ou pele não íntegra como também a desinfecção e/ou limpeza de itens que entrarão em contato com o paciente (RODRIGUES; RICHTMANN, 2008).

Alguns princípios devem ser seguidos para evitar a transmissão direta e indireta de microorganismos. Devem ser utilizadas luvas de procedimento não estéreis na realização de punção venosa, ao tocar uma parte não intacta da pele ou membranas mucosas do paciente ou quando houver contato com qualquer fluído corporal úmido. Outros equipamentos pessoais de proteção, como protetores faciais e máscaras de proteção, devem ser usados sempre que houver risco de respingo de fluídos corporais no rosto ou na roupa (CHULAY; BURNS, 2012).

A preocupação com a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde é uma realidade mundial. Por outro lado, novos e antigos procedimentos diagnósticos e terapêuticos de risco se disseminam por profissionais bem treinados ou não e orientados por normas e rotinas nem sempre disponíveis quando delas se necessita ou frequentemente efetivados sem a atenção devida aos fatores de proteção, mesmo quando são eles tão conhecidos e elementares como a higienização das mãos (MEDEIROS; ROSENTHAL, 2010).

A prevenção e o controle das infecções relacionadas a assistência à saúde são elementos essenciais na segurança do paciente. Reduzir os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde evitáveis requer uma grande mudança de cultura, de atitude e abordagem da assistência prestada a pacientes (BRASIL, 2013).

Prevenir e controlar infecções devem fazer parte da filosofia da formação dos profissionais da área da saúde. Ainda mais, deve fazer parte do processo de educação permanente durante o exercício profissional, viabilizando a necessária atualização dos profissionais (TIPPLE et al., 2003).

## **2.7 Importância da Enfermagem no Controle de Infecção Hospitalar**

O controle das infecções associadas à assistência à saúde exige como a ciência e a prática tem concordado em admitir, a participação dedicada de profissionais especializados nessa área. Porém é cada vez mais cristalina a convicção de que o sucesso dos programas que têm esse objetivo depende fundamentalmente do compromisso e do conhecimento das equipes assistenciais, pelo simples e bom motivo de que são elas que mantêm os contatos diretos com os pacientes e seus familiares (MEDEIROS; ROSENTHAL, 2010).

Considerando que cabe ao enfermeiro a administração da unidade, além da atuação no planejamento, direção, execução de cuidados de enfermagem e treinamento de pessoal, ele é o profissional que mantém contato direto e permanente com o paciente, torna-se elemento de vital importância na prevenção e controle de infecções (GOMES, 2005).

Segundo Trevizan et al. (2002), a prática do enfermeiro precisa estar voltada à assistência aos sujeitos, orientada para a compreensão e conhecimento do usuário e também nas suas necessidades mais específicas. O conhecimento é significativo, pois servirá para orientar as ações dos profissionais a fim de implementar a assistência de enfermagem da qual os usuários precisam.

Ao estabelecer normas e critérios para a implantação do serviço, o enfermeiro deve estar conscientizado tanto do grave problema das infecções quanto da exigência do conhecimento científico e preparo técnico adequado que garantam um suporte seguro para determinação do trabalho (GOMES, 2005).

Para o autor, quanto à atuação da equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva, cabe ressaltar que qualquer procedimento que negligencia o rigor das técnicas assépticas constitui um verdadeiro risco de infecção para o paciente.

A equipe multidisciplinar tem o enfermeiro como referência para diversas intercorrências, relacionadas com pacientes, profissionais ou equipamentos que integram a UTI. Tal realidade valoriza, nas propostas de ações educativas profissionais, além de conteúdos teóricos e procedimentos práticos apresentados por livros e textos científicos diversos, todo um conjunto peculiar de competências desenvolvidas ao longo das vivências desses profissionais (VIANA; WHITAKER, 2011).

A participação do profissional de enfermagem na seleção do material e equipamento a ser adquirido e na indicação de produtos químicos de maior eficácia assim como a sua ação

posterior no controle de qualidade dos mesmos são também atividades relacionadas com a prevenção e o controle de infecções (GOMES, 2005).

O processo de aprendizagem é dinâmico e diário. Vive-se num ciclo de mudanças rápidas, mas se as medidas de prevenção como: Precauções Padrão, de Contato e Respiratórias para Aerossóis e Gotículas forem aplicadas pelos profissionais corretamente podem garantir a qualidade da assistência prestada. Desta maneira, evitando que a instituição de saúde tenha maior custo com esse paciente que terá que permanecer por mais tempo internado e muitas vezes ocupando um leito que poderia ser usado por outro (SILVA, 2003).

Os profissionais da área, bem como, os enfermeiros se deparam com um trabalho investigador que se dá pelo embasamento teórico-científico na realização de um monitoramento de ações envolvendo toda a equipe, para que assim haja a elaboração de um diagnóstico seguro em relação ao estado de saúde do usuário atendido. Porém, faz-se necessário a inserção dos próprios usuários e familiares nesse contexto, de modo que esses sujeitos possam compreender e auxiliar no que se refere à prevenção da infecção hospitalar (DONINI *et. al*,2013).

Os profissionais de saúde que prestam cuidado ao paciente, incluindo os enfermeiros, são elementos chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins, referente aos cuidados e também de assumir um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a segurança e qualidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Segundo Colombrini *et al*.(2000) deve ser lembrada a importância do enfermeiro no papel de orientador, executor da assistência e responsável por sua unidade para que possa atuar de forma cada vez mais consciente.

O enfermeiro deve tentar suprir a necessidade de segurança do paciente, procurando não ser ele o agente transmissor de infecções, e sim atuar como primeira linha de defesa no combate às mesmas (GOMES, 2005).

O trabalho pró-ativo para redução de eventos adversos significa identificar, classificar e monitorar eventos adversos em uma UTI e mudar o foco do indivíduo para o processo. Atingir um balanço adequado entre o uso de um sistema apropriado e a responsabilidade pessoal do profissional em gerenciar os erros médicos é uma estratégia importante. É responsabilidade dos líderes implementar sistemas que propiciem cuidados seguros aos pacientes, voltados para monitoração e melhorias contínuas (KNOBEL, 2006).

Os enfermeiros de unidades de cuidados intensivos exercem uma grande influência sobre a segurança do paciente e devem desenvolver forte liderança na prevenção de erros e melhoria dos resultados de cuidados. Para proporcionar um ambiente de trabalho capaz de

sustentar uma boa prática de enfermagem e promover a segurança do paciente, estratégias que resultem na melhor capacitação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, maior proporção de enfermeiros por pacientes e melhoria do valor social da enfermagem são cruciais para que se promovam mudanças capazes de proporcionar a segurança da população em tratamento intensivo (VIANA; WHITAKER, 2011).

Para o referido autor, o enfermeiro é o profissional da equipe que convive diariamente com os pacientes. Ele é o maestro que rege essa maravilhosa orquestra. É quem acompanha e auxilia os procedimentos médicos, quem realiza e acompanha os procedimentos de enfermagem; é o centralizador de informações.

### **3. REFERENCIAL METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Esta é uma pesquisa de caráter descritivo e transversal com abordagem quantitativa com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a prevenção e controle da infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva adulto.

Para melhor entendimento do ponto de vista teórico-metodológico, foi realizada uma pesquisa com base em levantamento bibliográfico e de campo que forneceram conceitos e definições concernentes a infecção hospitalar.

#### **3.2 Local da Pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida na Clínica Santa Clara, na cidade de Campina Grande – PB, nos meses de setembro e outubro de 2014. A Clínica possui 81 leitos para internação e 10 leitos na UTI Adulto.

A cidade de Campina Grande se localiza na região do Agreste Paraibano, a uma distância de 125 km de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, com área da unidade territorial de 594,182 km<sup>2</sup>e população de 400.002 mil habitantes, de acordo com dados do IBGE (2013).

#### **3.3 População e Amostra**

A população foi constituída por 28 profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Clínica Santa Clara. A amostra foi do tipo não-probabilística intencional, que atenderam aos critérios de inclusão durante o período de realização da pesquisa. A amostra final foi composta por 20 profissionais de enfermagem sendo 4 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem.

#### **3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídos profissionais da enfermagem que trabalham na unidade de terapia intensiva adulto e concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C). Foram excluídos profissionais que estavam afastados (férias e licença maternidade) e que não concordaram em participar da pesquisa.

### 3.5 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) dividido em dois blocos: *Caracterização dos participantes* (gênero, idade, estado civil, profissão, tempo de formado e tempo de trabalho na UTI); *Dados referentes à prevenção e controle de infecção* (fatores relacionados ao paciente que predispõe a aquisição de infecção, tipos de infecções mais detectadas na UTI, fatores que podem levar ao aumento da taxa de infecção, principais vias de transmissão de microorganismos, medidas adotadas para prevenção e controle de infecção relacionada a assistência a saúde, higienização das mãos entre procedimentos no mesmo paciente, higienização das mãos na assistência entre pacientes, realização de treinamentos e/ou capacitações sobre prevenção e controle de infecção).

### 3.6 Procedimento de Coleta de Dados

O questionário foi entregue aos profissionais que estavam trabalhando durante o período de realização da pesquisa e posteriormente recolhido pela pesquisadora.

### 3.7 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram digitados com auxílio do programa Excel 2010 para o mascaramento e posterior transcrição para o *software Statistical Package for Social Science (SPSS®)*, versão 18.0. Em seguida, foi feita uma análise de correlação de Pearson, a fim de detectar relações entre respostas e variáveis dos profissionais.

Segundo Bussab (2002) o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) ou coeficiente de correlação produto-momento foi empregado para medir o grau da correlação linear entre as variáveis quantitativas. Admite-se valores situados entre -1,0 e 1,0 refletem a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados. O coeficiente de correlação é uma medida de força e direção de uma relação linear entre duas variáveis. O símbolo  $r$  representa o coeficiente de correlação linear amostral e  $n$  é o número de pares de dados, conforme a equação abaixo:

$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x) \cdot (\sum y)}{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2} \cdot \sqrt{n \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

### 3.8 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por se tratar de uma pesquisa científica envolvendo seres humanos. Os sujeitos da pesquisa tiveram seu anonimato garantido, respeitando seus valores, hábitos e costumes, também foi assegurada a possibilidade de desistência em qualquer etapa do estudo.

Inicialmente foi elaborado um projeto de pesquisa, o qual foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual da Paraíba e aprovado mediante parecer de nº 36241214.2.0000.5187 (ANEXO D) e foi dado seguimento à pesquisa com a coleta de dados.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com o instrumento de coleta de dados foram realizadas duas análises. A primeira é de caráter descritivo, abordando o perfil dos profissionais de enfermagem que participaram do estudo e o conhecimento destes sobre a prevenção e controle de infecção. Após os resultados e significância das variáveis, foi feito um estudo de correlação linear com o intuito de identificar o grau de conhecimento acerca da temática.

### 4.1 Caracterização dos Profissionais de Enfermagem

Observando as variáveis do primeiro bloco a respeito da caracterização dos participantes da amostra, os dados serão abordados na **Tabela 1**:

**TABELA 1: Caracterização dos Profissionais de Enfermagem que Trabalham na Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Clínica Santa Clara**

<b>VARIÁVEIS</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Faixa Etária	20 - 25 anos	6	30
	26 - 35 anos	11	55
	36 - 45 anos	1	5
	46 - 50 anos	1	5
	> 50 anos	1	5
	Total	20	100
Estado Civil	Solteiro	7	35
	Casado	11	55
	0	2	10
	Total	20	100
Profissão	Enfermeiro	4	20
	Téc. de Enfermagem	16	80
	Total	20	100
Tempo de Formado	1 ano e 1 mês	1	5
	2 anos	1	5
	4 anos	1	5
	5 anos	3	15
	6 anos	3	15
	7 anos	1	5
	9 anos	1	5
	10 anos	1	5
	11 anos	1	5
	14 anos	2	10
	15 anos	1	5
	24 anos	1	5
	29 anos	1	5
	30 anos	1	5
	Total	20	100
Tempo de trabalho na UTI	1 ano	2	10
	1 ano e 1 mês	1	5
	1 ano e 8 meses	1	5
	3 anos	1	5
	4 anos	3	15
	5 anos	2	10
	6 anos	3	15
	9 anos	1	5
	10 anos	1	5
	15 anos	2	10
	24 anos	1	5
	29 anos	1	5
	30 anos	1	5
Total	20	100	

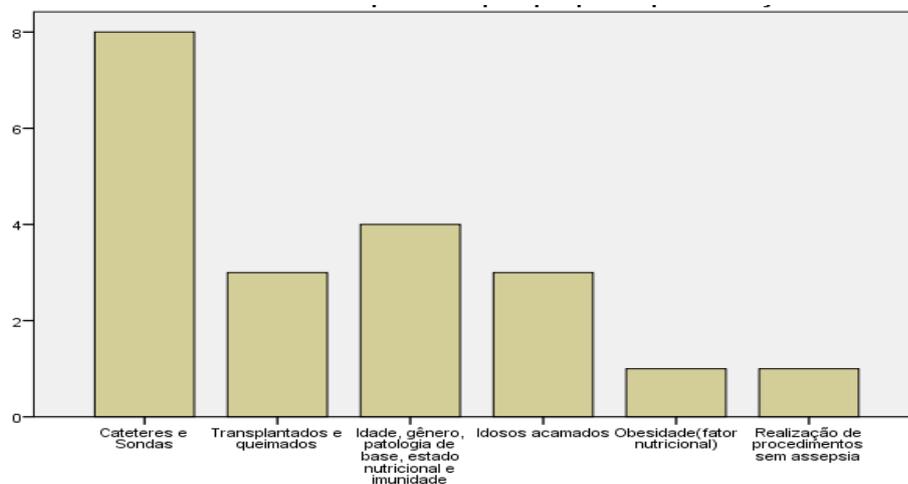
Os resultados obtidos correspondem a uma amostra de 20 profissionais, onde 100% da amostra é do sexo feminino com idade entre 20 e 50 anos. Para facilitar a análise, as faixas etárias foram divididas em grupos. A faixa etária de maior prevalência foi de 26 a 35 anos (55%) enquanto as faixas etárias de 20 a 25anos correspondem a 30% da amostra.

Quanto ao estado civil dos participantes, foi possível observar que o maior percentual (55%) é casada, enquanto 35% se declararam solteiras e 10% não informaram o estado civil. Quanto a categoria profissional, foi observado que 80% dos profissionais são técnicos de enfermagem e 20% são enfermeiros.

Em relação ao tempo de formado os dados foram divididos em grupos. Verificou-se que 15% dos profissionais estão formados há 5 anos, 15% há 6 anos e 10% referiram estarem formadas há 11 anos. Pode-se inferir com esse resultado que todos os profissionais possuem experiência profissional.

Em relação ao tempo de trabalho na unidade de terapia intensiva, os dados foram divididos em grupos. Nesse estudo, observa-se que 10% trabalham há 1 ano na UTI, 15% trabalham há 4 anos, 15% há 6 anos e 10% há 15 anos. Esse resultado mostra a experiência profissional desses profissionais na UTI.

No segundo bloco dos dados, 40% dos profissionais afirmaram que os fatores relacionados ao paciente que predispõe a aquisição de infecção na UTI são procedimentos invasivos como introdução de cateteres e sondas como pode ser observado na **Figura 1**. Sabe-se que fatores relacionados ao paciente, como extremos de idade (recém-nascidos ou idosos), obesidade, desnutrição, diabetes, uso de alguns medicamentos (quimioterápicos) e tabagismo predispõe a aquisição de infecção (CVE, 2012).



**FIGURA 1-** Fatores relacionados ao paciente que predispõe a infecção na UTI

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTI Adulto Da Clínica Santa Clara, Campina Grande-PB, 2014

No que diz respeito aos tipos de infecções, 100% dos participantes afirmaram que as infecções do trato urinário e as infecções respiratórias configuram-se como as mais encontradas na UTI. Segundo Marino (2008) a infecção do trato urinário (ITU) é responsável por 30% de todas as infecções adquiridas em UTI, e 95% das ITUs ocorrem em pacientes com cateteres uretrais. Para o autor, mais de 90% das pneumonias adquiridas em UTI ocorrem durante a ventilação mecânica, e 50% dessas pneumonias associadas a ventilador ocorrem nos primeiros quatro dias de intubação.

A maioria dos profissionais (55%) afirmaram que a falta de assepsia e mau uso dos equipamentos de proteção individual são os principais fatores que podem levar ao aumento da taxa de infecção em UTI. Sabe-se que os fatores de risco para as infecções relacionadas à assistência à saúde são geralmente categorizados em três áreas: iatrogênicas, organizacionais ou relacionadas a pacientes. Os fatores de risco iatrogênicos incluem os procedimentos invasivos e uso de antimicrobianos. Os fatores de riscos organizacionais incluem sistema de ar condicionado contaminado, sistema de água contaminada, recursos humanos insuficientes e desenho físico do serviço. Exemplos de fatores de risco relacionados à pacientes incluem gravidade da doença, imunossupressão e tempo de permanência (BRASIL, 2013).

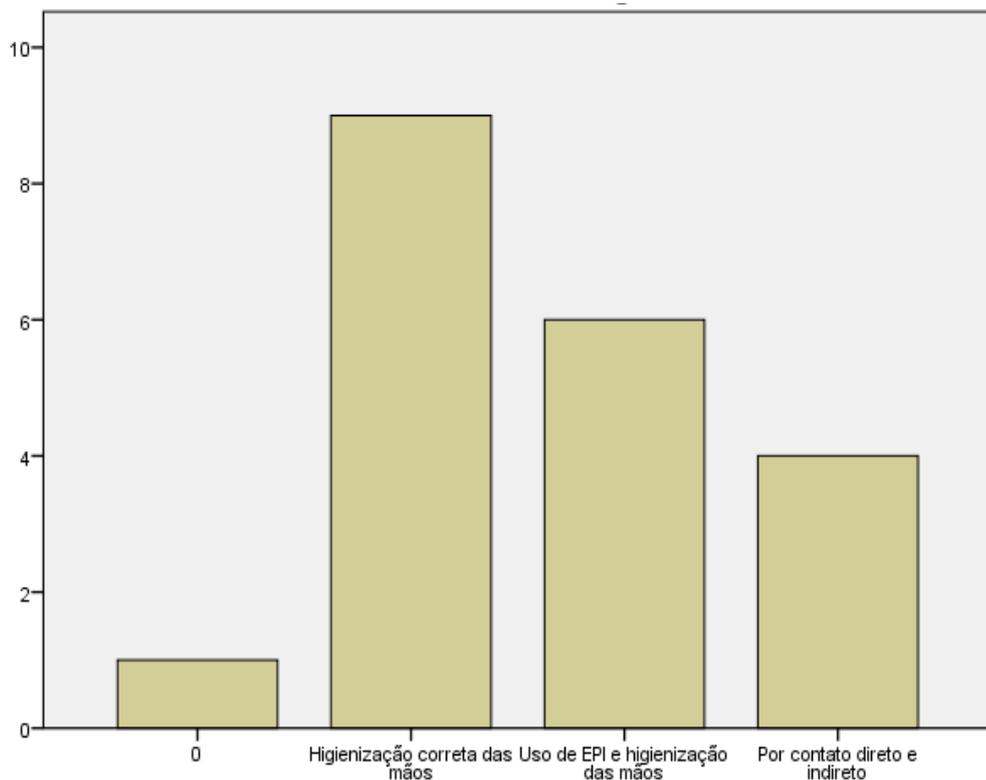
Com relação às vias de transmissão de microorganismos 55% referem que as vias respiratória e urinária são as principais e 20% afirmam que a transmissão se dá através das mãos. As mãos constituem a principal via de transmissão de microorganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microorganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele) ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminadas (BRASIL, 2013).

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Através das mãos	4	20
Via respiratória (ventiladores)	3	15
Via respiratória e urinária	11	55
Não respondeu	2	10
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**TABELA 2:** Principais vias de transmissão de microorganismos na UTI

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTI Adulto da Clínica Santa Clara. Campina Grande-PB, 2014.

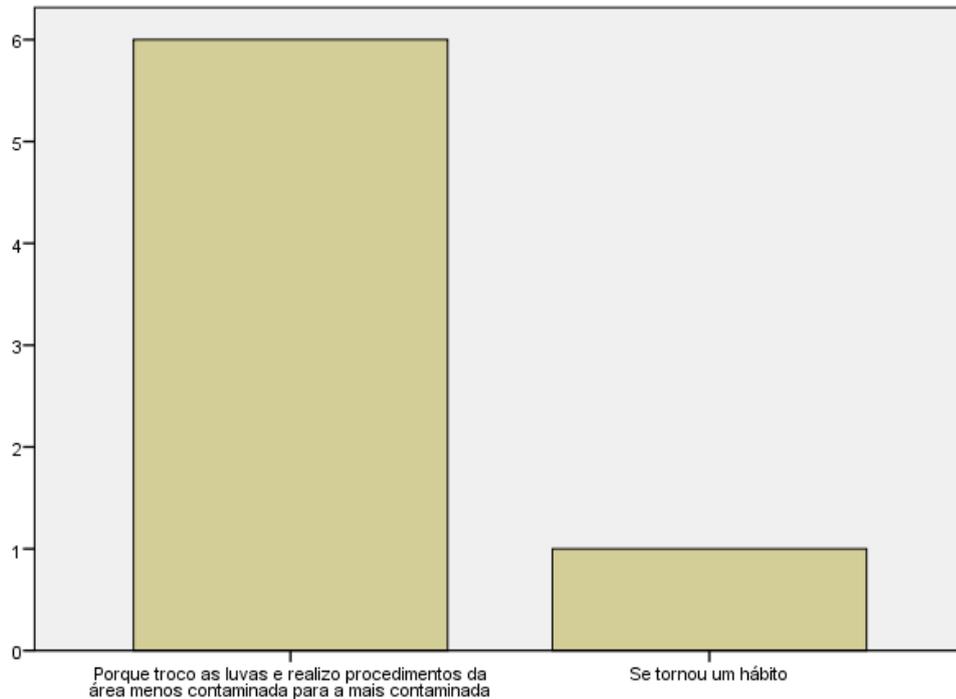
Quanto as medidas adotadas para prevenção e controle de infecção relacionada a assistência à saúde na UTI, 45% afirmaram que a higienização correta das mãos é a medida mais eficaz conforme apresentado na **Figura 2**. Devem ser adotadas precauções, como de contato, padrão e aerossóis, principalmente o uso de equipamento de proteção individual (EPI) como forma de minimizar a transmissão de microorganismos de pessoa a pessoa. Em se tratando do uso de equipamento de proteção individual, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention) traz como recomendação que se deve fazer uso de luva no manuseio de secreções respiratórias ou ao manusear materiais contaminados com secreções respiratórias. O CDC também recomenda que se realize a troca de luvas e higienização das mãos entre procedimentos em pacientes diferentes; entre contato com objetos e superfícies contaminadas com secreções de um paciente; e entre procedimentos diferentes no mesmo paciente (MENDES; TALLO; GUIMARÃES, 2011).



**FIGURA 2**– Medidas para Prevenção e Controle de Infecção

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTI Adulto da Clínica Santa Clara. Campina Grande-PB, 2014

Com relação à higienização das mãos entre os procedimentos no mesmo paciente 50% afirmaram que não higienizavam porque realizam a troca de luvas e que os procedimentos são executados da área menos contaminada para mais contaminada. Na **figura 3** observa-se os motivos expressos pelos profissionais para não higienizar as mãos. Faz-se oportuno reforçar que o uso de luvas não substitui a higienização das mãos.



**FIGURA 3** - Motivos para Não Higienizar as Mãos entre Procedimentos

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTI Adulto da Clínica Santa Clara. Campina Grande-PB, 2014

Durante o cuidado ao paciente, é importante que a higienização das mãos também seja realizada ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, tendo como objetivo a proteção do mesmo, evitando assim a transmissão de microrganismos de uma determinada área para outras áreas de seu corpo. Exemplo: troca de fraldas e subsequente manipulação de cateter intravascular. É necessário ressaltar que esta situação não deve ocorrer com frequência na rotina do profissional. Os cuidados ao paciente devem ser planejados iniciando-se a assistência na seqüência do sítio menos contaminado para o mais contaminado (WINGETER et al, 2013).

Os autores Custódio et. al (2009) realizaram um estudo em um hospital particular na cidade Itumbiara, em Goiás, no período de março a junho de 2008 sobre a avaliação microbiológica das mãos dos profissionais e foi constatado que a contagem total de bactérias

e a presença de resistência, de importância hospitalar, nas mãos de profissionais que entram em contato direto com o paciente foram muito elevadas.

Quanto à higienização das mãos na assistência entre pacientes, 100% da amostra afirmou que realizavam. Como medida de controle de infecção à higienização das mãos deve ocorrer antes e após o contato com o paciente, antes de calçar as luvas e após retirá-las, entre um paciente e outro, entre um procedimento e outro, ou em ocasiões onde exista transferência de patógenos para pacientes e ambientes, entre procedimentos com o mesmo paciente e após o contato com sangue, líquido corporal, secreções, excreções e artigos ou equipamentos contaminados por esses (BRASIL, 2013).

Concernente a realização de treinamentos e/ou capacitações na instituição, 50% disseram que são realizados. Na **Tabela 3** pode-se observar a frequência em que ocorrem os treinamentos e capacitações, a maioria dos profissionais (70%) não responderam essa questão. Sabe-se da importância da educação permanente em saúde com os trabalhadores da saúde que contribuem para o controle e prevenção de infecção. Propor processos de capacitação cada vez mais eficientes e inovadores é também um dever das instituições formadoras. É necessário que seja realizada a educação dos profissionais da área para que possam estar envolvidos com o trabalho e com o uso de recursos para minimização dos índices de infecção. Assim, o ambiente hospitalar é propício para o desenvolvimento de estratégias que visem à adoção de medidas para a redução das complicações causadas, muitas vezes, pela falta de informação ou de aprimoramento das pessoas envolvidas (CAMPONOGARA et. al 2010).

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ocasionalmente com alguns profissionais	2	10
A cada 6 meses	2	10
1 vez ao ano	1	5
3 vezes ao ano	1	5
Não respondeu	14	70
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

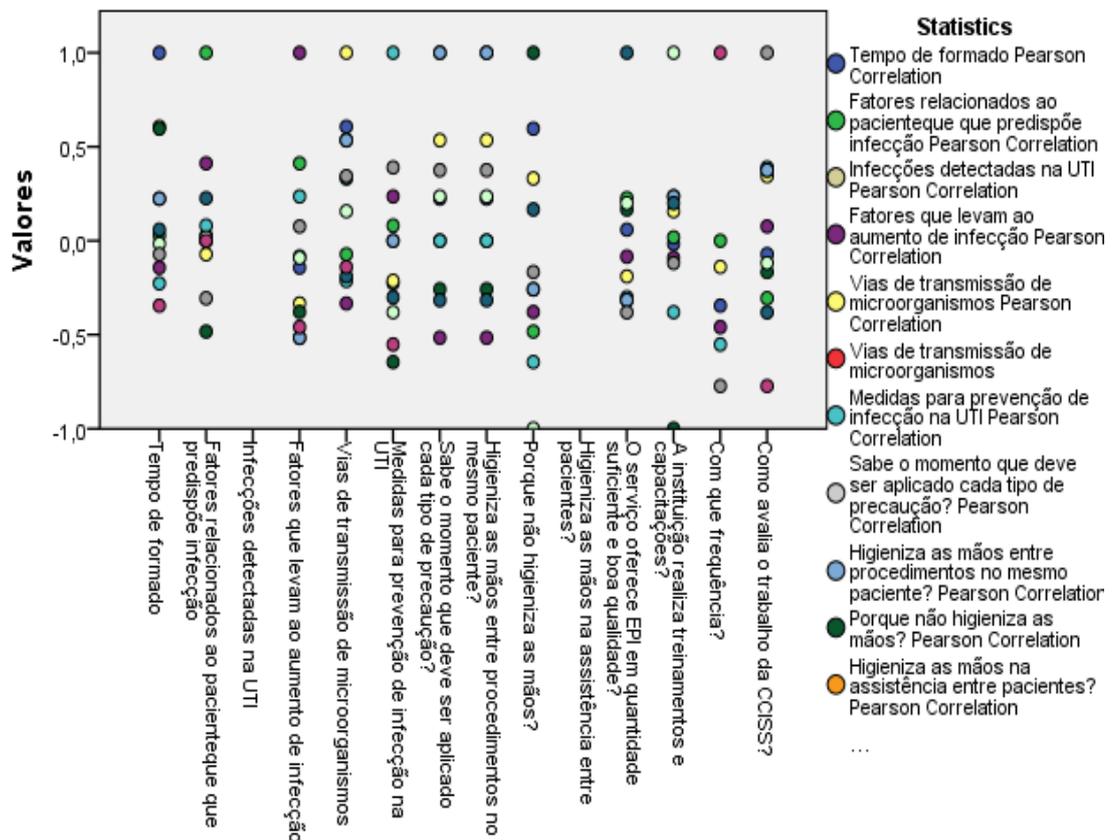
**TABELA 3: Frequência em que ocorrem os Treinamentos e/ou Capacitações em PCIH**

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTI Adulto da Clínica Santa Clara. Campina Grande-PB, 2014

## 4.2 Estudo de Correlação Linear

Após as análises descritivas, buscou-se explorar alguma correlação entre as variáveis do estudo que justificam alguma diferença entre o conhecimento dos profissionais sobre prevenção e controle de infecção.

A **Figura 4** mostra os coeficientes de correlação linear relacionadas às variáveis tempo de formado, fatores relacionados à infecção, vias de transmissão, medidas de prevenção e higienização das mãos. Foi feito uma análise de correlação por Pearson, a fim de detectar relações entre respostas e variáveis.



**FIGURA 4-** Correlação de Pearson

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTI Adulto da Clínica Santa Clara. Campina Grande-PB, 2014

Observando a **Figura 4** nota-se a correlação moderada positiva entre tempo de formado e principais vias de transmissão de microorganismos ( $r=0,606$ ). O resultado mostra que quanto maior o tempo de formado, maior a prevalência de respostas que as vias respiratórias e urinárias são as principais vias de transmissão de infecção.

As respostas quanto às medidas para prevenção de infecção na UTI tiveram correlação moderada negativa em relação ao porque não higienizar as mãos ( $r = -0,645$ ). Esse dado determina que a maioria respondeu higienização correta das mãos e relacionou que realizam troca de luvas entre procedimentos da área menos contaminada para a mais contaminada. Evidencia-se mais uma vez que a higienização das mãos não é considerada uma prioridade para esses profissionais.

Quanto a não higienização das mãos, também houve correlação (leve positiva) quanto ao tempo de formado ( $r = 0,596$ ). A grande maioria dos profissionais que afirmam que troca as luvas entre procedimentos tinham entre 5 a 6 anos de formado. Tais resultados demonstram também que quanto maior o tempo de formado maior a frequência de resposta que realiza a troca de luvas, mas não higieniza as mãos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De uma forma geral, os resultados deste estudo revelam que a higienização das mãos, principal medida a ser adotada na prevenção e controle de infecções tem baixa adesão pelos profissionais de enfermagem.

O conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos fatores que predispõe a infecção e métodos de prevenção e controle nem sempre são compreendidos e aplicados pelos profissionais.

Neste estudo, foi evidenciada a necessidade de acompanhamento constante das práticas de higienização das mãos dos profissionais antes e após procedimentos em pacientes diferentes e entre procedimentos no mesmo paciente, pois muitos profissionais têm utilizado a troca de luvas em substituição a higienização das mãos. Quanto mais longa a duração da assistência, maior será o grau de contaminação das mãos.

Esse trabalho sinaliza que deve haver aprimoramento da educação permanente em controle de infecção para os profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva. As orientações sobre manejo das infecções relacionadas à assistência à saúde como também da prevenção das mesmas devem ser implantadas e/ou implementadas no cotidiano do serviço a fim de reconstruir as práticas de saúde, dando relevância na organização da assistência no ambiente hospitalar com segurança. Todas as pessoas envolvidas com a prestação de assistência à saúde são responsáveis pela prevenção e controle da infecção hospitalar.

## ABSTRACT

The infections related to health care configure itself as a serious Public Health problem, as well as raise the rates of morbidity and mortality, increase hospital costs because the extension of the patient's hospital stay. In this century, a new picture emerges with the advent of technological and scientific advances. Some factors such as microbial resistance, chronic degenerative diseases and the aging population have changed the profile of patients and Intensive Care Units in Brazil. This study aimed to evaluate the knowledge of nursing professionals in the Adult Intensive Care Unit on the prevention and control of infection. This is a descriptive research with quantitative, descriptive and cross-cutting approach. The sample was composed of the Intensive Care Unit Nursing professionals at a midsize private hospital Campina Grande city, Paraiba - Brazil, represented by 80% nursing technicians and 20% nurses. It was made descriptive analysis for the characterization of professionals and Pearson Correlation to observe statistical differences and relations between the variables responses. Not yielded significant differences between the characterization data of the participants and the knowledge about prevention and control of infection. The results show that 100% of participants stated that the main detected infections in the ICU are the urinary tract and respiratory tract. Measures to prevent infection in the ICU had correlation in variable not hand hygiene ( $r = -0,645$ ). Most participants said that the lack of hand hygiene and the misuse of PPE are the main factors that can lead to increased infection rate in the ICU. The results of this study show that hand hygiene, main measure adopted in the prevention and control of infections, has low compliance by nursing professionals.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.F; LIMA, A.B.G; SANTOS,R.B. Uso das Precauções- Padrão na assistência de enfermagem: um estudo retrospectivo. Esc. Anna Nery vol.12 n.3 Rio de Janeiro, 2008.

ARMOND, G, A. Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à assistência à Saúde. São Paulo: Coopmed, 2013.

BRASIL; M. S. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Regulamentos e Normas para Controle de Infecções Hospitalares. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática/– Brasília: *Editora do Ministério da saúde*, mod.01, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Medida de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/– Brasília: *Editora do Ministério da saúde*, mod.04, 2013.

BUSSAB, W. O; MORETTIN, P. A. Estatística Básica. 5ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2002.

CAMPOGARA, S; PINTO, T, A, P; ROSA, B, V, C. Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão Bibliográfica. Santa Maria, 2010.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PROF. ALEXANDRE VRANJAC. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos. São Paulo, 2012.

CHULAY, M; BURNS, S, M. Fundamentos de enfermagem em cuidados críticos da AACN. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed,2012.

COLOMBRINI ,M.R.C; MUCKE A.G; FIGUEIREDO R.M; Enfermagem em infectologia: cuidados com o paciente internado. São Paulo: Atheneu; 2000.

CUSTÓDIO, J. et. al. Avaliação microbiológica das mãos de profissionais da saúde de um hospital particular de Itumbiara, Goiás. Revista Ciências Médicas. Campinas, jan./fev., 2009.

DONINI et al. A atuação do (a) enfermeiro (a) no controle de infecção hospitalar: um relato de experiência. Vivências, Porto Alegre, vol.9, n.16, p. 10-19, maio, 2013.

Fernandes A.T. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. 1ª edição. São Paulo: Atheneu, 2000.

GARNER, M.N. The hospital infection control practices advisory committee. Infection Control and Hospital Epidemiology, v.17, n.1, 1996

GOMES, A.M. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: EPU, 2005

GONTIJO, O. M. J. Avaliação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em Belo Horizonte: Proposta para incremento da resolutividade. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Medicina Tropical. Belo Horizonte, 1991

IBGE. Contagem Populacional de 2012. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Campina Grande, fornecidos em meio eletrônico, 2013.

KNOBEL, E; LASELVA, C, R; MOURA JÚNIOR, D, F. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.

LIMA M.E, ANDRADE D, HAAS V.J. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2007.

MACHADO, A. et al. Prevenção da Infecção Hospitalar. Projeto diretrizes: p Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Infectologia, 2001. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/065.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/065.pdf). Acesso em: 30 de abril de 2014.

MARINO, P, L. Compêndio de UTI. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MEDEIROS, E, A, S.ROSENTHAL,C. O controle da infecção hospitalar no Estado de São Paulo. A prática segura e a qualidade na atenção São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

MENDES, N, T; TALLO, F, S; GUIMARÃES, H.P. Guia de ventilação mecânica para enfermagem. São Paulo: Atheneu,2011.

NOBLAT, R. Infecção hospitalar no Brasil mata mais do que guerra do Vietnã. O Globo, Rio de Janeiro, 25 de set. 2011. Disponível em: <http://oglobo.globo.com>. Acessado em março/2014. Jornal eletrônico.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. Planejamento Estratégico. 20ª. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PADRÃO, M, C. *et al.* Prevalência de infecções hospitalares em unidade de terapia .intensiva. Revista Brasileira de Clínica Médica. 2010. Campo dos Goytacazes-RJ. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a007.pdf>

PEREIRA, M. S. *et al.* A Infecção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem. Revista Texto Contexto Enfermagem, Goiás, v.14, n.2, p.250-7, Abr/Jun., 2005.

PEREIRA, M.S. MORYA, T.M. Infecção Hospitalar: estrutura básica de vigilância e controle. Goiânia, 1995.

PEREIRA, M, S. *et.al.* Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v.2, n.1, outub-dez de 2000. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

RODRIGUES, E. A.C. Histórico das infecções hospitalares. São Paulo: SARVIER, cap.1, p.1-27, 1997.

RODRIGUES, E.A.C; RICHTMANN, R; IRAS- Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: Orientações Práticas. São Paulo: Sarvier,2008.

SANTOS N.Q. Infecção Hospitalar: uma análise Histórico-Crítica.Florianópolis: UFSC; 1997.

SILVA, R.F.S; A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2003.

TEIXEIRA, P. e VALLE, S. Biossegurança- aspecto legal. Fiocruz: Rio de Janeiro. 2005

TIPPLE, A. F. V et. al. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 11, n. 2. Ribeirão Preto, mar-abr, 2003.

TONINI, T.F.F. O controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva: percepção de enfermeiros. Santa Maria, 2013.

TREVIZAN, M.A et al. Aspectos éticos na Ação Gerencial do Enfermeiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.10, n.1, p.85-9, jan/fev, 2002.

VIANA, R, A, P, P; WHITAKER, I, Y. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WINGETER, M, A et. al. Manual de Higienização das Mãos. Maringá: 2013.

## APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Pesquisa:** CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

### Parte I- Caracterização dos participantes:

1. Gênero: Masculino ( ) Feminino ( )
2. Idade: menos de 20 anos ( ) 20 a 25 ( ) 26 a 35 ( ) 36 a 45 ( ) 46 a 50 ( ) mais de 50 ( )
3. Estado Civil: solteiro ( ) casado ( )
4. Profissão: Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( )
5. Tempo de formado: \_\_\_\_\_
6. Há quanto tempo trabalha na UTI \_\_\_\_\_

### Parte II- Conhecimentos sobre a Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar:

1. Quais fatores relacionados ao paciente predispõe a aquisição de infecção na UTI?
  
2. Quais são as infecções mais detectadas na UTI?
  
3. Em sua opinião quais são os fatores que podem levar ao aumento da taxa de infecção em UTI?
  
4. Na sua opinião, quais são as principais vias de transmissão de microorganismos na UTI?
  
5. Quais são as medidas adotadas para prevenção e controle de infecção relacionada a assistência à saúde na UTI?
  
6. Você higieniza as mãos na assistência entre pacientes?  

NÃO ( ) SIM ( )

SE NÃO, porque? \_\_\_\_\_
  
7. Você higieniza as mãos entre os procedimentos no mesmo paciente?  

NÃO ( ) SIM ( )

SE NÃO, porque? \_\_\_\_\_

9. A instituição que você trabalha realiza treinamentos e/ou capacitações sobre prevenção e controle de infecção?

NÃO ( ) SIM ( )

Se **SIM**, com que frequência? \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### ANEXO A- Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa

**Pesquisa: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Eu, Juraci Dias Albuquerque, Professora da Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem. Portadora do RG 401646 SSPPB, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12, que dispõe sobre a Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juraci Dias Albuquerque  
Orientadora

---

Ellen Dáfira Costa Silva  
Orientanda

Campina Grande, 23 de julho de 2014

**ANEXO B- Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável**

Pesquisa: **CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Eu, **Juraci Dias Albuquerque**, Professora da Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Enfermagem. Portadora do RG 401646 SSPPB e CPF: 204.490.464-60 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juraci Dias Albuquerque  
Orientadora

Campina Grande, 23 de julho de 2014

## ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_ em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa: “CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO”

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho, **CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**, tem como **objetivo geral**: Avaliar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a prevenção e controle de infecção.
- Ao voluntário só caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando as respostas apenas ao pesquisador através do questionário, cumprindo as exigências da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantida a privacidade dos sujeitos participantes nos resultados obtidos.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contactar no número (083) 9950-0966 ou (083) 9182-3162 com Ellen Dáfira Costa Silva.
- Ao final da pesquisa, se for de interesse do voluntário, este terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

## ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Domitila Pedroni de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR**

**Número do Protocolo: 36241214.2.0000.5187**

**Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 16/09/2014**

**Pesquisador Responsável: Juraci Dias Albuquerque**

**Situação do parecer: Aprovado**

**Apresentação do Projeto:** O projeto é intitulado: Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre a Prevenção de Infecção Hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem quantitativa, com o objetivo de expor o conhecimento da enfermagem a cerca da prevenção de infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva, será realizada uma pesquisa com base em levantamento bibliográfico e de campo que forneçam conceitos e definições no tocante a infecção hospitalar.

**Objetivo da Pesquisa:** Tem como Objetivo Geral: Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Baixo riscos psicológicos, por se tratar de uma pesquisa de natureza direta aos entrevistados- participantes com fins, apenas de coletas de informações. Essa pesquisa contribuirá com o ensino aprendizagem no âmbito da Universidade e do Hospital cenário de pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador:** Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

**Recomendações:** Não esquecer de anexar a versão completa do projeto quando estiver cadastrando na Plataforma Brasil. Esse item é obrigatório. Requer maior atenção.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** Sem pendências.

**ANEXO E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL****CLÍNICA SANTA CLARA**

Rua Duque de Caxias, 630 – Prata  
Telefone: PABX (83) 3315-4600  
58.400-506 - Campina Grande-PB.

---

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Autorizo o desenvolvimento nessa instituição da pesquisa, **Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre a Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto**, que será desenvolvido pela acadêmica de enfermagem **Ellen Dafira Costa Silva**, sob orientação da professora Dra. Juraci Dias Albuquerque.

Campina Grande 16 Julho 2014

Dr. Milton Medeiros  
Diretor