

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FABIANE ESTEVÃO BARROS

**CONSTRUINDO ESTRATÉGIA EDUCATIVA RELACIONADA A
INFECÇÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADE
HEMATOLÓGICA E A ENFERMAGEM.**

Rio de Janeiro- RJ

2017

FABIANE ESTEVÃO BARROS

**CONSTRUINDO ESTRATÉGIA EDUCATIVA RELACIONADA A
INFECCÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADE
HEMATOLÓGICA E A ENFERMAGEM.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enedina Soares.

Linha de Pesquisa PPGEnf: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado.

Rio de Janeiro- RJ

2017

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

B268 Barros, Fabiane Estevão
Construindo Estratégia Educativa Relacionada a Infecções na Assistência à Saúde em Unidade Hematológica e a Enfermagem. / Fabiane Estevão Barros. -- Rio de Janeiro, 2017.
139 f

Orientador: Enedina Soares.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. 2. Precaução. 3. Isolamento. 4. Educação em Enfermagem. 5. Estudo Qualitativo. I. Soares, Enedina, orient.
II. Título.

FABIANE ESTEVÃO BARROS

**CONSTRUINDO ESTRATÉGIA EDUCATIVA RELACIONADA A
INFECCÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADE
HEMATOLÓGICA E A ENFERMAGEM.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof^a Dr^a Enedina Soares

Presidente (EEAP/ UNIRIO)

Prof^a Dr^a. Maria Luiza de Oliveira Teixeira

1^a Examinadora (EEAN/ UFRJ)

Prof^a Dr^a Florence Romijn Tocantins

2^a Examinadora (EEAP/ UNIRIO)

Prof^a Dr^a Aline Miranda da Fonseca Marins

Suplente (EEAN/ UFRJ)

Prof^a Dr^a Sônia Regina Sousa

Suplente (EEAP/ UNIRIO)

Rio de Janeiro- RJ

2017

AGRADECIMENTOS

A Deus que foi o meu sustento ao longo de toda a minha vida. Por não me deixar desanimar no meio de tantas dificuldades que nos deparamos na evolução terrena. Agradeço pela capacidade de resiliência que me destes e por me amparar nos momentos de dúvidas e incertezas.

Ao meu pai Maurício da Costa Barros e minha mãe Maria Nelma Estevão Barros pelo intenso apoio, amor e carinho. Não tenho palavras para agradecer tamanho cuidado de vocês para comigo e meu irmão. Nossos caminhos foram traçados e hoje tenho a convicção de que era necessário superarmos barreiras e progredirmos juntos.

Às tias Jurema da Costa Vieiro e Marlene da Costa Barros, pelos estímulos aos estudos desde os tempos de infância.

À orientadora Prof^ª Dr^ª Enedina Soares que mesmo estando aposentada continua contribuindo para o progresso da profissão e sempre se mostrou disposta a me receber e a realizar contribuições ao estudo.

À Professora Maria Luiza de Oliveira Teixeira que me motivou a aplicar o método da Pesquisa Convergente Assistencial e pela disponibilidade de diálogo nos momentos de inquietações e dúvidas quanto a sua aplicabilidade.

A Rodrigo Vasconcelos por se fazer presente em minha vida e pelo intenso apoio, carinho e compreensão nos momentos de desânimo e cansaço, em que eu não acreditava ser capaz de continuar na caminhada.

À Bruna Abreu, Fabiana Martins, Juliana Nepomuceno, Nathália Ribeiro, Thaís Carvalho pela amizade sincera e sustentação nos momentos de desânimo.

Às amigas que o mestrado me presenteou: Karina Ribeiro e Renata Rodrigues. Tenho certeza que o nosso encontro não foi por acaso e que nos diversos momentos de dificuldades e dúvidas foi possível contar com o apoio mútuo que desenvolvemos ao longo destes dois anos.

À equipe de enfermagem do Hemorio por tamanha capacidade técnica diante das dificuldades que nos cerceiam. Obrigada pela cumplicidade, carinho, respeito e companheirismo ao longo destes três anos.

Aos Enfermeiros da Unidade de Internação Clínica Feminina do Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira da Silveira (HEMORIO) que se mostraram dispostos e receptivos a discutir questões relacionadas à temática proposta.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem PPGENF UNIRIO pelos ensinamentos compartilhados no decorrer do curso e pela busca da excelência nas aulas ministradas.

Às professoras componentes da banca examinadora pelas contribuições e pela disponibilidade em debater e discutir a pesquisa em tela. Um agradecimento especial à Professora Dr^a Sônia Regina Souza que me acompanha desde a Residência de Enfermagem.

À Fabiana Maria de Lima e Raquel Santa Rosa Magioni, secretárias do Programa de Pós Graduação PPGENF UNIRIO, por sempre se mostrarem dispostas a nos ajudar e pelos esclarecimentos ao longo do curso.

ENQUANTO HOVER SOL
(SÉRGIO BRITO/TITÁS)

Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma ideia vale uma vida

Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós
Algo de uma criança

Enquanto houver sol
Enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol
Enquanto houver sol

Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando
Que se faz o caminho

Quando não houver desejo
Quando não restar nem mesmo dor
Ainda há de haver desejo
Em cada um de nós
Aonde Deus colocou

BARROS, Fabiane Estevão. **Construindo estratégia educativa relacionada a infecções na assistência à saúde em unidade hematológica e a enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, 2017.

RESUMO

A infecção hospitalar constitui problema de saúde pública mundial e são evidenciadas desde a criação dos primeiros hospitais. O ambiente hospitalar pode propiciar a disseminação de microrganismos pela presença de pacientes colonizados ou infectados e, dessa forma, torna-se necessário o emprego de medidas preventivas e de precauções específicas pelos profissionais de saúde afim de que se possa prevenir sua propagação. Objetivou-se descrever os saberes e práticas do enfermeiro acerca da precaução de contato; analisar como estes saberes influenciam as práticas do enfermeiro sobre as medidas de precaução de contato no cuidado aos clientes em isolamento; Desenvolver uma proposta educativa em serviço a partir da integração do conhecimento do profissional com o da enfermeira- pesquisadora, sobre o cuidado de enfermagem aos clientes em precauções de contato. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que teve como referencial teórico- metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial. Participaram da pesquisa 15 enfermeiros de uma unidade de internação hematológica, situada no estado do Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas de outubro a novembro de 2016, mediante um roteiro semiestruturado e um questionário de perfil profissional. O conteúdo foi gravado e, posteriormente, transcrito na íntegra. Os dados foram organizados e analisados apoiados em concepções da literatura correlata e foi empregada a técnica de análise de dados de Bardin. A parte assistencial que cabe à metodologia empregada foi desenvolvida no decorrer das entrevistas individuais tendo com base uma proposta dialética problematizadora entre pesquisadora e participantes quanto à temática do estudo, permitindo a articulação teórico- prática sobre uso de EPI e higiene das mãos. Dos resultados emergiram três categorias temáticas: Saberes e práticas de enfermeiros sobre medidas de precaução de contato; Caminhos possíveis para melhorar a adesão às medidas de controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: atividades educativas; Atividade educativa em serviço compartilhada com enfermeiros: uma proposta da Pesquisa Convergente Assistencial. Quanto às indicações para se instituir a precaução de contato, houve apontamentos para doenças infecto-

contagiosa e microrganismos multirresistentes. Identificou-se uma lacuna entre o que é preconizado pela literatura consultada e a implementação destas medidas, principalmente relacionadas às recomendações quanto à higiene das mãos e parâmetros necessários. A pesquisa em questão propiciou identificar aspectos relacionados ao saber-fazer diante da precaução de contato e realizar intervenções por meio de uma proposta educativa. Nesse sentido, refletir acerca das medidas de controle de infecções permite ao enfermeiro apreender novas representações e significados, direcionando para novas atitudes no contexto de assistência hematológica, contribuindo para práticas de cuidados seguros.

Descritores: Cuidado de Enfermagem, Infecção Hospitalar, Precaução, Isolamento, Educação em Enfermagem.

BARROS, Fabiane Estevão. **Constructing educational strategy related to infections in health care in haematological unit and nursing.** Dissertation (Master's in nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, 2017.

ABSTRACT

Hospital infection is a worldwide public health problem and has been evident since the creation of the first hospitals. The hospital environment can promote the spread of microorganisms by the presence of colonized or infected patients and, therefore, it is necessary to use preventive measures and specific precautions by health professionals in order to prevent their spread. The objective was to describe nurses' knowledge and practices about contact precaution; To analyze how these knowledges influence the practices of the nurse on the precautionary measures of contact in the care of the clients in isolation; To develop an educational proposal in service based on the integration of the professional's knowledge with that of the nurse-researcher, about the nursing care to the clients in contact precautions. This is a descriptive research with a qualitative approach that had as theoretical-methodological reference the Convergent Care Research. Fifteen nurses from a hematology unit, located in the state of Rio de Janeiro, participated in the study. The interviews were carried out from October to November of 2016, through a semi-structured script and a professional profile questionnaire. The content was recorded and subsequently transcribed in its entirety. The data were organized and analyzed supported by conceptions of the correlative literature and the technique of data analysis of Bardin was used. The assistential part of the methodology used was developed during the individual interviews, based on a problematic dialectical proposal between the researcher and participants regarding the subject matter of the study, allowing the theoretical and practical articulation on the use of PPE and hand hygiene. From the results emerged three thematic categories: Nurses' knowledge and practices on contact precaution measures; Possible ways to improve adherence to health-care-related infection control measures: educational activities; Educational activity in shared service with nurses: a proposal of the Convergent Care Research. Regarding the indications to establish contact precaution, there were indications for infectious-contagious diseases and multiresistant microorganisms. A gap was identified between what is recommended in the literature consulted and the implementation of

these measures, mainly related to the recommendations on hand hygiene and the necessary parammentation. The research in question allowed to identify aspects related to know-how before the precaution of contact and to carry out interventions through an educational proposal. In this sense, reflecting on the infection control measures allows the nurse to apprehend new representations and meanings, directing to new attitudes in the context of hematological assistance, contributing to safe care practices.

Descriptores: Nursing Care, Hospital Infection, Precaution, Isolation, Education in Nursing.

LISTA DE SIGLAS

- ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- BDENF- Bases de dados da Enfermagem.
- CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- CDC- Center for Disease Control and Prevention.
- CEP- Comitê de Ética e Pesquisa.
- CNS- Conselho Nacional de Saúde.
- CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- DeCs- Descritores em Ciências da Saúde.
- ECDC- European Center for Disease Control and Prevention.
- EEAP- Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.
- EPC- Equipamentos de Proteção Coletiva.
- EPI- Equipamento de proteção individual.
- EPS- Educação Permanente em Saúde.
- EUA- Estados Unidos da América.
- HEMORIO- Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti.
- HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana.
- HM- Higiene das mãos.
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IHI- Institute of Health Care Improvement.
- IRAS- Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.
- KPC- *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase.
- LCR- Líquido Cefalorraquidiano.
- LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe da Saúde.
- MRSA- *Staphylococcus aureus* metilicilino- resistente.
- MeSH- Medical Subject Headings.
- OMS- Organização Mundial da Saúde.
- OPAS- Organização Pan Americana de Saúde.
- PC- Prevenção de contato.
- PP- Prevenção Padrão.
- PU- Prevenções Universais.
- PCA- Pesquisa Convergente Assistencial.

PCIRAS- Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

PEA- População Economicamente Ativa.

PNEP- Política Nacional em Educação Permanente.

POP- Procedimento Operacionais Padrões.

SCIELO- Scientific Electronic Library Online.

SESDEC- Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil.

SES- Secretaria de Estado de Saúde.

SUS- Sistema Único em Saúde.

TCTH- Transplante de Células- Tronco Hematopoiéticas.

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TMO- Transplante de Medula Óssea.

UNIRIO- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

UR- Unidade de Registro.

VRE- *Enterococcus* sp resistentes a vancomicina.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Esquematização das etapas de produção de dados.....	47
Figura 2- Esquematização da sequência de EPI construída com os participantes.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos participantes da pesquisa pelo número de vínculos empregatícios.....	56
Gráfico 2- Distribuição dos participantes da pesquisa por especialização profissional.....	57
Gráfico 3- Distribuição dos participantes da pesquisa por modalidade de Pós-Graduação.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Indicações de precaução de contato.....	32
Quadro 2- Orientações sobre medidas de precaução compartilhadas com os participantes do estudo.....	77
Quadro 3- Medidas de precaução.....	79
Quadro 4- Orientações sobre HM compartilhadas com os participantes do estudo.....	83
Quadro 5- Orientações sobre EPI compartilhadas com os participantes do estudo.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos participantes da pesquisa por sexo e idade.....	52
Tabela 2- Distribuição dos participantes da pesquisa por ano de formação e instituição formadora.....	53
Tabela 3- Distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de atuação na profissão, por tempo de atuação na instituição de saúde HEMORIO e por tempo de atuação no setor Internação do 7º andar.....	54
Tabela 4- Participação dos profissionais em atividade de Educação Permanente no HEMORIO.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1 Objetivos.....	17
1.2 Relevância e justificativa do estudo	19
2 BASES CONCEITUAIS	22
2.1 Segurança do Paciente: A busca pela qualidade do cuidado.	22
2.2 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: 5a Meta Internacional para a Segurança do Paciente.....	25
2.3 Precaução de contato: por que e quando usar?	30
2.4 Atividades Educativas em Saúde: Rumo à práxis crítica e construtiva.....	34
3 METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 Tipo de estudo e abordagem.....	37
3.2 Fase de concepção	39
3.3 Fase de instrumentação.....	40
3.4 Fase de perscrutação	47
3.5 Fase de análise e interpretação dos resultados.....	48
3.6 Aspectos éticos do estudo.....	50
3.7 Dificuldades para a realização da pesquisa	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	52
4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	52
4.1.1 Caracterização dos participantes por sexo, faixa etária, ano de formação e instituição formadora.....	52
4.1.2 Caracterização dos participantes por tempo de atuação na profissão, na instituição, no setor e vínculo empregatício.....	54
4.1.3 Caracterização dos participantes por modalidade de Pós- Graduação	57
4.1.4 Caracterização dos participantes por participação em atividades de Educação Permanente.....	59
4.2 Saberes e práticas dos enfermeiros sobre as medidas de precaução de contato	60
4.2.1 Significação da precaução de contato e suas indicações	60
4.2.2 Aplicando as medidas de precaução de contato	66
4.2.3 Internação e uso de equipamentos na precaução de contato.	70
4.3 Caminhos possíveis para melhorar a adesão às medidas de controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: atividades educativas.....	74

4.4 Atividade educativa em serviço compartilhada com enfermeiros: uma proposta da PCA.....	77
4.4.1 Tipos de precaução	77
4.4.2 Higiene das mãos.....	81
4.4.3 Uso de EPI.....	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES.....	107
Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE.....	107
Apêndice B- Caracterização Individual.....	109
Apêndice C- Roteiro de Entrevista.....	110
Apêndice D- Categorização.....	111
ANEXOS.....	127
Anexo A- Parecer Consubstanciado do CEP UNIRIO.....	127
Anexo B- Parecer Consubstanciado do CEP HEMORIO	131
Anexo C- Lista de Precauções.....	133
Anexo D- Higiene das Mãos.	138

1 INTRODUÇÃO

As Infecções hospitalares são infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, que não estavam presentes ou em incubação na admissão do paciente. Essas infecções podem se manifestar durante a internação ou após a alta hospitalar. Além disso, incluem as infecções ocupacionais adquiridas pelos profissionais de saúde (WHO, 2011).

Estas vêm recebendo a denominação de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e são apontadas como eventos adversos pela possibilidade de consequências, como prolongamento do tempo de internação, aumento dos custos institucionais e, ainda, morbimortalidades. Em muitas das vezes, pode ocasionar repercussões à família e comunidade, afastamento da vida social e do trabalho, com conseqüente comprometimento social, psicológico e econômico (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010; OLIVEIRA et al., 2013).

As evidências científicas apontam motivos para a ocorrência de IRAS em serviços de saúde como a falta de infraestrutura 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; a emergência de micro-organismos multirresistentes, em parte, devido ao uso inapropriado de antimicrobianos e o aumento do número de pacientes imunocomprometidos (KLEINPELL; MUNRO; GIULIAN, 2008; WHO, 2011; BRASIL, 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) evento adverso se constitui como incidente que resulta em dano ao cliente. Este pode ser definido como lesões não intencionais causadas pelo cuidado e não pela evolução natural da doença podendo ocorrer por falhas nos processos humanos, no sistema organizacional, na falta de liderança e nos fatores relacionados ao comportamento humano (WHO, 2009; VICENT, 2009; FILHO, 2014).

Entre as principais preocupações em relação à segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde, está a redução do risco de incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Estima-se que a cada 100 pacientes internados, pelo menos sete em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento irão adquirir IRAS. Na Europa,

anualmente, quatro milhões de pessoas adquirem IRAS, ocasionando aproximadamente 37.000 mortes, com um impacto financeiro de sete bilhões de euros. Nos Estados Unidos da América (EUA) ocorrem cerca de dois milhões de casos e 80.000 mortes por ano, com custo estimado entre 4,5 e 5,7 milhões de dólares (WHO, 2009; WHO, 2006)

Um estudo de revisão sistemática e meta-análise sobre a magnitude de IRAS endêmicas mostrou que em países em desenvolvimento havia uma prevalência de 15,5 por 100 pacientes (IC 95%: 12,6 – 18,9), maior que em países desenvolvidos como os da Europa ou nos EUA, nos quais a estimativa é de 7,6 infecções por 100 pacientes (WHO, 2011).

Dessa forma, os dados permitem evidenciar que as IRAS se constituem como problema de saúde pública mundial e que para a sua prevenção e controle devem ocorrer esforços para o desenvolvimento de novas estratégias e iniciativas, na busca contínua de melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente.

No âmbito hospitalar consideram-se as mãos dos profissionais de saúde e dos pacientes a principal via de transmissão microbiana, seguida por superfícies, equipamentos e vestuários. Acredita-se que as roupas utilizadas pelos profissionais de saúde, são potenciais reservatórios de patógenos virulentos, sendo responsável pela disseminação desses agentes dentro e fora do ambiente hospitalar, fato que torna o profissional importante veiculador de micro-organismo, e principal responsável pela redução na qualidade da assistência e segurança do paciente (OLIVEIRA; SILVA; GARBACCIO, 2012).

Neste sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de um ambiente seguro com controle da disseminação de microrganismos por meio da interseção de ações institucionais e comportamentos individuais dos profissionais de saúde quanto à adesão de medidas como a higienização das mãos (HM), o uso de equipamentos de uso individual (EPI), a instituição de barreiras de precauções (isolamentos). Além disso, identificar microrganismos multirresistentes, prover antibioticoprofilaxia apropriada e práticas adequadas de limpeza (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Os clientes com distúrbio hematológico estão mais suscetíveis ao risco de infecção hospitalar por estar relacionado tanto à própria patologia quanto ao regime terapêutico empregado. Tal complicação se deve por estes apresentarem alterações nos glóbulos brancos, nos glóbulos vermelhos, plaquetas e todas as células que são produzidas na medula óssea (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

No caso dos clientes hematológicos, em especial as neoplasias, o risco adicional de infecções pode estar relacionado ao tratamento com quimioterapia antineoplásica, a radioterapia e o Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH). Este último tem

como objetivo a substituição da medula óssea, doente ou suprimida, por medula óssea normal, para restabelecer o seu estado funcional (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2014).

Os efeitos adversos da quimioterapia envolvem a toxicidade não- hematológica e a hematológica. Estas últimas compreendem a leucopenia, anemia, trombocitopenia e neutropenia febril. O transplante tem como efeito a aplasia medular por um período aproximado de duas a três semanas. Dessa forma, em ambas as formas de tratamento empregado o paciente pode desenvolver imunodepressão e ficar vulnerável a infecções causadas, em sua maioria, por microrganismos oportunistas de sua própria microbiota (ZAVADIL; MANTOVANI; CRUZ, 2012).

Considerando este cenário, a internação desta clientela pode ser um fator adicional a este risco, pois o ambiente hospitalar pode propiciar a propagação de patógenos e possibilitar a sua contaminação pela presença de pacientes colonizados ou infectados. Dessa forma, a exposição do usuário pode predispor-lo ao desenvolvimento de processos infecciosos por microrganismos que se encontram neste espaço (OLIVEIRA; DAMASCENO, 2010; DUTRA et al., 2015).

Dentro deste contexto, despertou meu interesse a temática sobre infecções hospitalares por estar diante de uma clientela com especificidades particulares. Mais especificamente, passei a observar as atitudes e comportamentos da equipe de enfermagem frente a medidas de controle de infecções, como a higienização das mãos, uso de EPI e emprego das medidas de precaução específicas.

Esta observação inicial me permitiu identificar que a adesão às medidas de controle de infecção era maior quando havia risco de exposição à material biológico pelo profissional. Por outro lado, observava pouca atenção da equipe de enfermagem quanto às medidas de precaução de contato, principalmente relacionada à paramentação que se faz necessária em clientes em isolamento.

Estudos apontam que a autoconfiança, descuido, desinteresse, a crença de que as medidas de precaução não são totalmente eficazes, recursos humanos insuficientes e excesso de trabalho podem ser considerados fatores contribuintes para a negligência quanto ao uso destas medidas (VALLE et al., 2012).

A adesão às medidas de precaução pode ser influenciada por fatores individuais, coletivos e institucionais, sendo que a cultura organizacional e a equipe influenciam o comportamento individual de forma mais significativa. Portanto, a existência da rigidez hierárquica e centralização do poder institucional, a falta de motivação, de recompensa, treinamentos e a dificuldade em desenvolver um trabalho em equipe são fatores que

influenciam negativamente o comportamento do trabalhador invalidando a cultura de segurança (MARZIALE et al.; 2013).

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 (GOMES, 2016; GARCIA, 2011; PAULA, 2008).

Deste modo, cabe aos profissionais de saúde a conscientização sobre a importância da adoção das condutas que previnam IRAS, 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 (GARCIA, 2011; SHANUDO, 2013; DAMACENO, 2014).

Shanudo (2013) ressalta que:

As ações para a prevenção e controle da propagação de microrganismos devem ir além do modelo biomédico, em que o foco está na doença e seu tratamento e na proposição de técnicas e procedimentos padronizados. O esforço deve ser direcionado para a mudança de atitudes dos profissionais através de um posicionamento crítico-social que se contemple habilidades técnicas com habilidades humanas. O trabalho não deve esgotar-se no domínio das técnicas, pois estas não existem sem os homens e estes não existem fora da realidade que devem transformar.

Dessa forma, as medidas de controle da infecção hospitalar precisam estar elencadas entre os processos de gerenciamento de risco e segurança do cliente nas unidades de saúde. Contudo, controlar a disseminação de microorganismos indesejáveis e multirresistentes é além da função, um dever de todos os profissionais de saúde que atuam na assistência direta e indireta ao cliente.

Dentre as categorias profissionais, a enfermagem representa o maior número de profissionais que presta assistência direta e constante aos clientes, pois suas atividades incluem a prestação de cuidados físicos e a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Entretanto, a não adesão da equipe às ações de controle de infecções pode comprometer a qualidade e segurança da assistência prestada aos clientes. Sendo assim, esta categoria representa um elo fundamental nas ações de prevenção e controle das IRAS (OLIVEIRA et al., 2014).

Considero que o enfermeiro por desenvolver atividades gerenciais e assistenciais é capaz de integrar, aglutinar e articular as ações da equipe de enfermagem numa perspectiva de

favorecer a segurança do paciente. Sendo assim, devemos considerá-lo como o membro da equipe de saúde que permanece em contato com o paciente, equipe de enfermagem e multiprofissional, nas vinte quatro horas do dia, participando de todas as etapas do processo de cuidado à saúde.

Dessa forma, pode ser peça fundamental na conscientização e motivação da equipe de enfermagem sobre a adoção das condutas de prevenção e proteção contra as complicações advindas da infecção hospitalar.

Pensando na relevância da temática no cenário hematológico e na especificidade da clientela, considero ser importante acessar os saberes e práticas do enfermeiro sobre as medidas de precaução de contato, sendo este o objeto de estudo.

Seguindo este raciocínio, as questões norteadoras do estudo foram:

Quais os saberes e práticas do enfermeiro sobre as medidas de precaução de contato?

Como esses saberes influenciam a aplicabilidade das medidas de precaução de contato pelos enfermeiros da unidade hematológica?

Como a integração do conhecimento do profissional com a enfermeira- pesquisadora sobre IRAS e medidas de precaução de contato podem contribuir para a construção de uma proposta educativa em serviço?

1.1.Objetivos:

Este estudo teve como objetivos:

- Descrever os saberes e práticas do enfermeiro acerca da precaução de contato;
- Analisar como estes saberes influenciam as práticas do enfermeiro sobre as medidas de precaução de contato no cuidado aos clientes em isolamento.
- Desenvolver uma proposta educativa em serviço a partir da integração do conhecimento do profissional com o da enfermeira- pesquisadora, sobre o cuidado de enfermagem aos clientes em precauções de contato.

1.2.Relevância e justificativa do estudo

A ocorrência de infecções é um fenômeno multifatorial e complexo, pois além dos riscos inerentes aos clientes deve-se considerar também como acontece a implementação das medidas de prevenção e controle de infecções em decorrência de situações relacionados à

assistência e/ ou estrutura física, além de aspectos que envolvam iatrogenias (FELDMAN, 2011).

Através de estudo realizado num hospital estadual no estado de São Paulo evidenciou-se que dos 862 óbitos registrados, 113 (15,4%) foram associados à infecção hospitalar, sendo 75 (8,7%) diretamente devido à infecção adquirida no hospital. Nestes foram diagnosticados 241 infecções sendo 96 multirresistentes sendo que nestes últimos os mais prevalentes foram microrganismos Gram negativos (GUIMARÃES et al., 2011).

As infecções representam uma ameaça significativa para os clientes em ambientes de cuidado à saúde. Mais especificamente, o cliente com distúrbio do sistema hematopoiético, por apresentar alterações das células sanguíneas significativas, pode apresentar como consequência o comprometimento do sistema imune. Por ser este um fator de risco para a aquisição de infecções, deve ser dispensada uma maior vigilância para prevenção e controle de infecções relacionadas ao cuidado em saúde.

Considerando a relevância do tema em questão e com a finalidade de contribuir com as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares esta pesquisa se propôs a estudar a respeito dos saberes e práticas do enfermeiro sobre as medidas de precaução de contato, pois compreendemos que este profissional, por desempenhar funções gerenciais e assistenciais, possa ser a peça fundamental para a inovação e desenvolvimento de estratégias capazes de transformar as atitudes da equipe quanto à aplicabilidade correta destas medidas na prática de cuidados aos clientes com indicação de isolamento.

A proposta da pesquisa por desenvolver atividade educativa em serviço ao enfermeiro vai ao encontro das atuais diretrizes pedagógicas que buscam alternativas e soluções para a transformação das práticas em saúde por meio da capacitação e problematização do seu cotidiano de cuidado. Justifica-se que por meio desta as orientações e treinamentos acerca de medidas de controle de IRAS possa contribuir para a renovação das práticas de cuidados e para a incorporação de atitudes e comportamentos frente à prevenção de infecções.

Melhorar a segurança dos pacientes é prioridade mundial e nacional, sendo que a prevenção das infecções é um fator crítico na segurança do paciente e na melhoria contínua da qualidade. Para esta finalidade, a participação ativa dos profissionais de prevenção e controle de infecções é elemento-chave de sucesso nos programas de segurança dos pacientes nos serviços de saúde (BRASIL, 2013; WHO, 2011).

O estudo pode ser um importante veículo de reflexão aos profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, por abordar aspectos subjetivos quanto ao conhecimento,

sentimentos, percepções e práticas relacionadas às medidas de controle de infecção que podem influenciar diretamente na assistência de enfermagem.

Este estudo poderá contribuir ainda para o ensino, por se constituir como fonte para pesquisas futuras, para ampliação do conhecimento da Enfermagem e para o fortalecimento da linha de pesquisa Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 Segurança do Paciente: A busca pela qualidade do cuidado.

A segurança do paciente tem sido abordada na área de saúde, com o enfoque na grande frequência de incidentes que ocorrem aos pacientes no período de internação hospitalar, os danos causados a estes e a seus familiares, como também o alto custo gerado as instituições de saúde, assim como, a necessidade da existência de uma cultura de segurança institucional, que tem sido exigido nos processos de acreditação hospitalar, que adotam como padrões de conformidade nos processos organizacionais à implementação de Metas Internacionais de Segurança ao Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS) (CARRERA, 2013).

Nos últimos anos, os avanços no sistema de saúde trouxeram notáveis benefícios principalmente no que tange à inserção de tecnologias e novas oportunidades de tratamento, diagnóstico e reabilitação e, além disso, possibilitou o aumento exponencial de profissionais na área. Dessa forma, o contexto da assistência tornou-se mais complexo envolvendo uma vasta gama de artefatos e julgamentos clínicos como também se tornou mais frequente a possibilidade de ocorrência de falhas comprometendo a saúde do paciente (WHO, 2009; BRASIL, 2014).

A OMS (2009) afirma que o risco a segurança do paciente é definido como a probabilidade de ocorrência de um incidente. Souza (2014) considera que o risco está envolvido desde a realização de procedimentos simples aos mais complexos e que há a probabilidade tanto de acertos quanto de falhas. Além disso, aponta que o incidente pode acontecer em qualquer momento do processo de cuidar desde a sua internação até a alta hospitalar. Conclui ainda que o risco é inerente à assistência à saúde.

Segundo Vicent (2009, p.16) a segurança do paciente pode ser definida como o “ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico- hospitalar”.

Em 2010 a Organização Mundial de Saúde (2010) define segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Acrescenta ainda que o mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou outro tratamento (OMS; 2010).

Os eventos adversos podem ser entendidos como lesões não intencionais causadas pelo cuidado e não pela evolução natural da doença. De acordo com “Filho (2014, p. 2)

evento adverso é um fenômeno que pode ser decorrente de erros de profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou outros e é proveniente da organização hospitalar”. Acrescenta ainda que os mesmos podem ocorrer por falhas nos processos humanos, no sistema organizacional, na falta de liderança e nos fatores relacionados ao comportamento humano.

Os incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os eventos adversos, constituem um problema de saúde pública, sendo necessárias respostas efetivas e imediatas para sua redução em serviços de saúde (FRAGRATA, 2011).

São considerados eventos adversos: eventos adversos relacionados à identificação do paciente, eventos adversos relacionados à comunicação no ambiente dos serviços de saúde, eventos adversos relacionados a medicamentos, eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos, eventos adversos relacionados a queda de pacientes, eventos adversos relacionados a úlceras por pressão, eventos adversos relacionados às infecções em serviços de saúde (IRAS) e eventos adversos relacionados ao uso de dispositivos de saúde (BRASIL, 2013).

Alguns estudos foram importantes na identificação de eventos adversos em instituições de saúde ao redor do mundo. A literatura considera como pioneiro a publicação do estudo retrospectivo realizado pela The Harvard Medical Practice Study em 1984. Foram avaliados 30.195 prontuários de 51 instituições em Nova York e apontaram que, aproximadamente, 3,7 % dos pacientes sofreram algum tipo de dano no hospital e dentro destes 14% resultaram em mortes. O mesmo serviu de base para os EUA e outros países ao redor do mundo (OMS, 2006; DE VRIES et al., 2008; FILHO, 2014).

Alguns acontecimentos tiveram grande repercussão na mídia na década de 90 e despertaram a atenção da sociedade para a questão da ocorrência de falhas que podem ser decorrentes da assistência à saúde. Podemos citar a divulgação da morte do repórter do jornal Boston Globe, Betsy Lehman, por overdose de quimioterápicos, a amputação da perna sadia de Willie King e a morte de Ken Kolb, menino de oito anos, decorrente de complicações anestésicas (VICENT, 2009; BRASIL, 2013; FILHO, 2014).

Outro fato que contribuiu para o alerta mundial se deu com a publicação do livro “To Err Is Humam: Building Safer Health System” (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro) em 1999. O mesmo consistiu num projeto desenvolvido pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) que resultou em uma série de relatórios acerca de danos relacionados à assistência à saúde na América. Através deste foi evidenciado que ocorriam de 44.000- 98.000 mortes ao ano nos EUA decorrente de eventos adversos (KOHN, 2000).

A evidência do problema deu início à mobilização de governos e instituições acerca da preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde. A temática em questão se tornou prioridade na agenda política da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos países membros e várias foram as ações criadas e desenvolvidas para liderar campanhas internacionais para a segurança do paciente desde o ano 2000, porém devido a temática do estudo focamos apenas nas que visam a prevenção de eventos adversos relacionados às infecções em serviços de saúde (IRAS).

Desde o lançamento da campanha Aliança Mundial para a Segurança do Paciente liderada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), várias têm sido as campanhas e alertas com o propósito de promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência. Dentre elas, destacam-se as Seis Metas Internacionais: (WHO, 2009).

- Identificar corretamente o paciente;
- Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde;
- Melhorar a segurança na prescrição; no uso e na administração de medicamentos;
- Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
- Reduzir o risco de infecção associado aos cuidados de saúde.
- Reduzir o risco de lesões ao paciente, ocasionado por quedas.

A visibilidade da comunidade científica acerca de eventos adversos no cenário de cuidado à saúde e a necessidade de ofertar cuidados seguros e de qualidade vêm possibilitando o desenvolvimento de políticas com o objetivo de promover a cultura de segurança nas instituições de cuidado à saúde. Dessa forma, parte-se do pressuposto de que o cuidado seguro resulta de ações corretas dos profissionais de saúde, de processos e sistemas adequados.

Define-se cultura de segurança como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. Para que isto aconteça, é fundamental que a liderança seja capaz de influenciar a necessidade de mudança de comportamento e cultura e o envolvimento dos profissionais (ANVISA, 2011; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Peterlini e Saes (2014, p. 36) discorrem que:

Erros humanos acontecem por falhas de um sistema e não por culpa de um indivíduo isoladamente. Estas falhas podem ter relação com diversos fatores que envolvem desde questões de abrangência governamental e dos gestores de políticas públicas ou institucionais até falhas no processo de educação à qual o profissional foi submetido. Podemos ainda afirmar que erros na saúde ocorrem por problemas culturais, por má qualificação profissional, por falta

de educação permanente e até mesmo habilidade, falta de comunicação entre os profissionais da saúde, falta de recursos. Mas também ocorrem erros por sobrecarga de trabalho dos profissionais, principalmente da enfermagem, ausência de protocolos e de processos de trabalho com vistas ao alcance de um bom atendimento em saúde e para o bom andamento de uma instituição. E erros podem advir também da falta de comunicação com o próprio paciente, quando ele não é capacitado para o autocuidado, não se tornando agente de promoção de sua própria segurança.

Cabe ressaltar o impacto da segurança do paciente na qualidade da assistência nas instituições de cuidado à saúde. A redução dos riscos e dos danos e a incorporação de boas práticas favorecem a efetividade dos cuidados ofertados à saúde e o seu gerenciamento de modo seguro. Esta melhoria depende da necessária mudança de cultura dos profissionais para a segurança, do uso de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros, alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente. (OLIVERIA, M. et al., 2014).

Portanto, a literatura considera que esforços contínuos devem ser priorizados na prática, desde a alta direção aos profissionais da assistência direta, com o intuito de promover estrutura física, humana e organizacional em qualidade e quantidade que garanta a promoção da cultura de segurança no hospital e a satisfação dos colaboradores, pacientes e familiares. Tal investimento deve levar em consideração aspectos voltados para o gerenciamento com pessoas, jornadas de trabalho exequíveis, remuneração adequada e estabelecimento de bom relacionamento interpessoal por meio de incentivo à comunicação efetiva e ao trabalho em equipe. (VICENT, 2009; FRAGATA, 2011; ANVISA, 2011; FILHO, 2014).

2.2 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: 5ª Meta Internacional para a Segurança do Paciente.

Não é de hoje que as infecções são evidenciadas na história da humanidade. Algumas já eram apontadas na Bíblia. Com o surgimento da imprensa, no Renascimento, tornou-se possível a veiculação de ilustrações e publicações sobre doenças infecciosas (OLIVEIRA; PAULA, 2012).

O estudo de Batista et al (2012) aponta que a humanidade sempre foi acometida por complicações infecciosas. A falta de recursos materiais e humanos especializados, aliado ao desconhecimento por parte da comunidade científica das formas de contágio, às más condições de higiene e à inexistência de saneamento básico permitia que as doenças transmitidas por microrganismos se disseminassem rápido entre os enfermos.

Dentre os vários marcos evolutivos ao longo dos séculos, consideramos oportuno descrever as contribuições de Ignaz Phillip Semmelweis, Florence Nightingale e Joseph Lister que foram de grande relevância para a prevenção de infecções.

Em 1847 o médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweis chamou a atenção para a relação da febre puerperal com os cuidados médicos. Supôs, àquela época, que o fato dos estudantes de medicina e médicos se deslocarem da sala de autópsia para a sala de obstetrícia poderiam carrear “partículas cadavéricas” e estas estarem relacionadas à infecção puerperal. E, então, instituiu a lavagem das mãos com solução clorada após as autópsias e antes de examinar as puérperas contribuindo para a redução das taxas de mortalidade de 12,2 para 1,2% (OLIVEIRA; PAULA, 2012).

Como precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, em 1854 reformulou a assistência dos doentes nos campos de batalha na Guerra da Criméia. Segundo Souza, Rodrigues e Santana (2009, p.16) “Florence e sua equipe de enfermeiras introduziram uma série de medidas para organizar a enfermagem, como higiene pessoal de cada paciente, separação dos doentes, utensílios para uso pessoal, instalação de cozinha, preparo da dieta indicada, lavanderia e desentupimento de esgotos”. Oliveira e Paula (2012) apontam que essas medidas contribuíram para reduzir a mortalidade dos soldados feridos de 40% para 2% (OLIVEIRA; PAULA, 2012).

O cirurgião inglês Joseph Lister originou as técnicas de assepsia ao utilizar compressas cirúrgicas banhadas em fenol e borrifar a sala de operações com ácido carbólico, obtendo bons resultados quanto a manutenção das incisões cirúrgicas livres de contaminação. Estudos apontam que a mortalidade pós-amputação caiu de 46% para 15% após os experimentos de Lister (SOUZA; RODRIGUES; SANTANA, 2009).

A Portaria 2616, de 12 de maio de 1998, ainda vigente no país, define infecção hospitalar como sendo aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Estabelece ainda que o diagnóstico da mesma deverá valorizar as seguintes informações:

- Evidência clínica, a partir da observação direta do paciente ou da análise do prontuário;
- Resultados de exames laboratoriais, em especial os microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização;
- Evidências de estudos com exame de imagem;

- Endoscopia;
- Biópsia e outros.

Várias classes de agentes infecciosos podem causar infecções, incluindo bactérias, vírus, fungos, parasitas e príons. A propagação destes microrganismos nos ambientes de cuidado à saúde requer três elementos: fontes ou reservatórios de microrganismos, hospedeiro suscetível e os modos de transmissão (SIEGEL et al., 2007).

Os agentes infecciosos são provenientes de fontes humanas e fontes ambientais. Os reservatórios humanos envolvem pacientes, profissionais de saúde, familiares e visitantes. Os mesmos podem estar colonizados ou infectados por microrganismos patogênicos, de forma assintomática ou sintomática (SIEGEL et al., 2007).

A maioria das infecções resulta do desequilíbrio dos mecanismos de defesa do hospedeiro no momento da exposição ao agente infeccioso. Além disso, outros fatores como interação e dose infectante do patógeno, devem ser levados em consideração, visto que, os microorganismos predominantes em infecções hospitalares têm baixa virulência em condições normais.

Os fatores de risco para as IRAS são geralmente categorizados em três áreas: iatrogênicas, organizacionais ou relacionadas a pacientes. Os fatores de risco iatrogênicos incluem os procedimentos invasivos (Ex: entubação, cateteres vasculares, cateteres urinários) e uso de antimicrobianos. Os fatores de risco organizacionais incluem sistema de ar condicionado contaminado, sistema de água contaminado, recursos humanos insuficientes (Ex. relação enfermeiro-paciente) e desenho físico do serviço (Ex: leitos muito próximos) (BRASIL, 2013).

São apontados como fatores de riscos endógenos ao hospedeiro: idade, doenças de base (ex. HIV), variedade de medicamentos que alteram a flora normal (antimicrobianos, inibidores da secreção gástrica, corticosteroides, drogas anti-rejeição, agentes antineoplásicos e imunossupressores), tratamento radioterápico, estado nutricional, presença de doença crônica, tempo prolongado de internação em instituições de saúde, uso de dispositivos de longa permanência, como cateteres, tubos endotraqueais e implantes sintéticos, entre outros (CATANEO et al, 2011).

As principais fontes de disseminação das infecções em ambientes de cuidado à saúde são os pacientes colonizados ou infectados e, ainda, que os dispositivos médicos, equipamentos e mãos dos profissionais de saúde podem se contaminar e disseminar patógenos (DAMACENO, 2014).

Os pacientes colonizados são aqueles que portam o microrganismo na pele e/ou superfície e/ou secreções e/ou excreções sem apresentar sinal e/ou sintoma de infecção. Já os pacientes infectados são aqueles que apresentam síndrome infecciosa de qualquer topografia (pneumonia, infecção de trato urinário, infecção de corrente sanguínea, meningite, etc.) com verificação do microrganismo em cultura de líquido estéril (sangue, LCR, urina, etc.) ou em cultura de secreções não estéreis que preencham critérios quanti- qualitativos de infecção, segundo critérios definidos pela ANVISA (BRASIL, 2013).

Nas últimas décadas, um novo alerta surge na saúde pública e se refere à emergência de microrganismos patogênicos que, associado a outros fatores, pode propiciar o aumento da resistência bacteriana nos ambientes de cuidado. O problema está sendo evidenciado tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento e necessita de atenção imediata e globalizada.

No entanto, a gravidade e extensão das infecções por esses patógenos variam de acordo com a população afetada e a instituição em que são encontrados. De acordo com a estimativa do European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), as infecções por microrganismos multirresistentes atingem 1 em cada 20 pacientes em instituições de saúde (MORAES et al., 2013).

As evidências científicas apontam as enterobactérias como a *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC), *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*; as bactérias Gram positivas como *Staphylococcus aureus* metilicilino- resistente (MRSA) resistentes a vancomicina, *Enterococcus* sp resistentes a vancomicina (VRE) e *Clostridium difficile*, como microrganismos de grande preocupação mundial devido ao aumento dos seus números de casos nas últimas décadas e a limitação de recursos terapêuticos disponíveis atuais (DAMACENO, 2014; BRASIL, 2013).

A resistência do microrganismo consiste em um fenômeno genético responsável em decodificar diferentes mecanismos bioquímicos que impedem a ação das drogas antimicrobianas. Dessa forma, desenvolve-se a resistência bacteriana a determinadas opções terapêuticas, geralmente duas ou mais classes de antimicrobianos empregados no tratamento de determinada infecção (SANTOS et al., 2010).

É importante salientar que a colonização ou infecção com microrganismos resistentes nem sempre significa agravamento clínico do paciente, porém o aspecto negativo pode estar relacionado à limitação terapêutica, caso haja necessidade de tratamento (SANTOS et al., 2010; SIEGEL et al., 2007).

Desde o ano 2000 a Organização Mundial da saúde (OMS), junto a organizações governamentais e não governamentais, iniciaram campanhas mundiais a fim de alertar os Países Membros para a importância do desenvolvimento de estratégias que visassem à segurança do paciente e qualidade do cuidado. No entanto, já nas primeiras campanhas vemos a ênfase dada para a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) dentre outras.

Em 2004, com a criação da Aliança Mundial da Saúde foram lançados três Desafios Globais objetivando desenvolver ações para a minimização de riscos em todos os países. O primeiro deles em 2005 tinha como foco a prevenção e redução de IRAS com o tema *Uma Assistência Limpa é Uma Assistência mais Segura*. O terceiro, em 2011, mais uma vez se voltou para a questão das infecções, e focou a prevenção da resistência bacteriana relacionada ao emprego de antimicrobianos (WHO, 2006; WHO, 2009)

Não podemos deixar de falar do *Institute of Health Care Improvement- IHI* (Instituto para Melhoria do Cuidado à Saúde). O IHI é uma instituição sem fins lucrativos que lançou duas campanhas: salvar 100.000 vidas em 2005 e proteger 5 milhões de vidas em 2006. Dentre as inúmeras campanhas contribuíram para disseminar as práticas de prevenção de infecções, tais como respiratórias, cirúrgicas, associadas a cateteres venosos centrais, infecções por estafilococos resistentes a metilina. As campanhas tinham como foco os hospitais dos Estados Unidos, mas mobilizaram hospitais do mundo todo, incluindo o Brasil (BRAUER, DIAS, 2014; MENDES, MOURA, 2013; VICENT, 2009).

Em 2006, mais medidas foram traçadas objetivando a segurança na assistência em saúde e, desta vez, foram resultantes da análise de eventos adversos sentinelas reportados voluntariamente, desde 1995, à instituição credenciadora *Joint Commission* nos EUA. A partir destes, definiu-se Seis Metas Internacionais, sendo a Meta 5 voltada para reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Em 2007 o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomendou a substituição do termo infecção hospitalar por infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), por se considerar todo o contexto de cuidados em saúde visando hospitais, ambulatorios, hospital-dia, assistência domiciliar e clínicas (SIEGEL et al 2007; DAMACENO, 2014).

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a data de 5 de maio para instalação da Campanha Mundial de higiene das mãos. O objetivo desta campanha é convidar o países membros e os serviços de saúde a promoverem iniciativas sobre a temática higiene das mãos destinadas tanto aos profissionais como aos cidadãos. Dessa forma, foi lançado

pela OMS o *guideline* para a higienização das mãos em serviços de saúde (MONTSEERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013).

Devido à importância da temática e a necessidade de seu controle, em 2010, a Organização Mundial de saúde (OMS) lançou o terceiro desafio global objetivando a segurança do paciente pautado na contenção da resistência bacteriana.

Em 2011, a resistência bacteriana foi tema do Dia Mundial de Saúde, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), chamando a atenção para o desafio da implementação de ações imediatas de controle da disseminação dos microrganismos resistentes, objetivando minimizar a progressiva limitação de opções terapêuticas para o tratamento dessas cepas (DAMACENO, 2014; CDC, 2015).

Em 2016, a OMS mais uma vez lançou Diretrizes Globais voltadas para a questão das IRAS, porém com foco na Prevenção da Infecção do Sítio Cirúrgico. Estas se justificam por resultados de pesquisas que mostraram incidência acumulada de ISC de 11,8 por 100 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Com isso, foi publicado um guia global com 29 novas recomendações para prevenir infecções em centros cirúrgicos (WHO, 2016).

Em 2007, A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com a OPAS/ OMS possibilitou ao Brasil ser inserido na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente- cujo lema é uma assistência limpa é uma assistência segura-, por meio da assinatura do Ministro da Saúde. Desde então o Brasil é signatário de “Declaração de compromisso na luta contra as infecções relacionadas à assistência à saúde”. Sendo assim, o país vem desenvolvendo ações de promoção e prevenção de infecções em serviços de saúde (BRASIL, 2013).

2.3. Precaução de contato: por que e quando usar?

Os agentes infecciosos podem chegar até o paciente através de três principais vias: contato, gotículas e aérea. No entanto, a transmissão através do contato se constitui como importante veículo de propagação de microrganismos no ambiente de cuidado à saúde. Pode ser dividida em dois grupos:

- **Transmissão de contato direto:** envolve contato direto superfície corporal-superfície corporal e transferência física de microrganismos entre uma pessoa colonizada ou infectada por um hospedeiro suscetível. As mãos desempenham importante papel neste mecanismo (GOMES; COUTO, 2009, p. 73).

- **Transmissão de contato indireto:** envolve contato de um hospedeiro suscetível com objetos contaminados: instrumentos, roupas ou luvas contaminadas que não foram trocadas entre pacientes (GOMES, COUTO, 2009, p.73).

Com o avanço do conhecimento científico, medidas têm sido preconizadas por organizações internacionais e nacionais a fim de controlar a propagação de microrganismos. Dentre elas destacam-se: a adesão de profissionais de saúde às medidas como higienização das mãos (HM), o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), a identificação e o estabelecimento de precauções relativas aos pacientes colonizados por microrganismos resistentes (OLIVEIRA et al., 2013; BRASIL, 2013; OMS, 2009).

As publicações apontam que a partir da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids), na década de 1980, foi iniciado o debate mais aprofundado e a preocupação acerca da exposição dos profissionais da área da saúde aos riscos biológicos e outros, principalmente quanto ao sangue, possibilitando a introdução de novas estratégias e normas relacionadas à segurança nos ambientes de trabalho para evitar a transmissão de doenças de risco ocupacional.

Dessa forma, em 1987 o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) lançou as recomendações denominadas Precauções Universais (PU) por meio de um manual que objetivava a prevenção do risco de transmissão do HIV e vírus da Hepatite B entre os profissionais da saúde. Em 1996, as mesmas passaram a ser chamadas de Precauções Padrão (PP). (PEREIRA et al., 2013).

Com a identificação de novos agentes patogênicos nos ambientes de cuidado aliado a questões das várias possibilidades de transmissão e resistências aos antimicrobianos tornou-se necessária a elaboração de novas recomendações. Em 2007, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) estabeleceu diretrizes acerca de isolamentos e precauções, a serem estabelecidas a fim de prevenir a propagação de microrganismos em instituições de saúde.

Dessa forma, reafirmaram a precaução padrão (PP) como a base para a prevenção da transmissão durante o atendimento nos diversos espaços de cuidado e a importância da implementação das precauções baseada em transmissão. Estas últimas são baseadas nas vias de transmissão por contato, gotículas e aerossóis (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010; BRASIL, 2007).

As medidas denominada de Precaução de Contato (PC) são indicadas em situações especiais, sendo instituída a todos que venham estabelecer contato direto ou indireto com pacientes colonizados ou infectados por microrganismos resistentes e outros microrganismos

ou doenças infecto- contagiosas de importância epidemiológica (SIEGEL et al., 2007; GOMES; COUTO, 2009).

As recomendações para indicação das medidas de precaução de contato (PC) estão especificadas a seguir:

Quadro 1- Indicações da Precaução de Contato.

PRECAUÇÕES DE CONTATO	
CONDIÇÃO CLÍNICA	POSSIBILIDADE DIAGNÓSTICA
- Diarreia aguda e provavelmente infecciosa em pacientes incontinentes ou em uso de fralda.	- Vírus/ bactérias entéricas
- Diarreia de adulto com história de uso recente de antimicrobiano	- <i>Clostridium difficile</i>
- Exantema vesicular - Infecção respiratória (bronquiolite principalmente) em lactentes e crianças.	- Varicela, Zoster disseminado - Vírus Sincicial Respiratório ou Vírus Parainfluenza
- História de colonização ou infecção por bactéria multirresistente.	- Bactéria multirresistente
- Abscessos ou feridas com drenagem de secreção não contida pelo curativo.	- Bactéria multirresistente

Fonte: Guideline for Isolations Precaution, do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC; 2007).

Baseado no manual de Investigação e Controle de Bactérias Multirresistentes, da Agência Nacional de Assistência à Saúde (ANVISA), e no Guideline for Isolations Precaucion, do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2007), descrevemos abaixo o conjunto de medidas que devem ser aplicadas aos pacientes com indicação de isolamento nas instituições de saúde.

Higienização das mãos- antes e após o contato com o paciente; após cada troca de luvas;

Uso de luvas e avental- usar luvas limpas, não- estéreis, sempre que for manusear o paciente, cateteres, sondas, circuito e equipamento ventilatório e superfícies e artigos próximos; coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e

retire-os logo após o uso; removê-los antes de sair do quarto/enfermaria/leito e higienizar as mãos; usar avental limpo;

- **Quarto privativo**- Caso não haja possibilidade de quarto privativo:

- Priorizar pacientes que possam facilitar transmissão (p.ex. pacientes incontinentes) em quarto privativo;
- Fazer coorte de pacientes;

Se houver necessidade de colocar um paciente com necessidade de isolamento com outro sem necessidade:

- Evitar colocar o paciente em precaução de contato com pacientes que tenham maior risco de complicações ou que possam facilitar a transmissão (p. ex. imunossuprimidos, feridas abertas, longa permanência);
- Assegurar que haja distância mínima de um metro entre as camas. Colocar cortinas de separação para minimizar o contato e garantir privacidade.
- Prover a necessidade de higienização das mãos entre os pacientes, mesmo que ambos estejam em precaução de contato.

- **Artigos e equipamentos**- deverão ser exclusivos para cada paciente; limpos regularmente se apresentar sujidade e devem ser desinfectados ou esterilizados após alta do paciente.

- **Ambiente**- itens com os quais o paciente teve contato e superfícies ambientais devem ser submetidos a desinfecção com álcool a 70% (ou produto compatível com a natureza da superfície), a cada plantão.

- **Visitante e acompanhante**- reduzida e restrita. Deverão, obrigatoriamente, ser instruídos por escrito e verbalmente com recomendações quanto à restrições de locomoção sua e do paciente; higienização das mãos e limpeza de todos os objetos e pertences pessoais do portador. Utilizar a mesma paramentação para os profissionais de saúde. Não sair do quarto com avental. Não se alimentar no quarto de isolamento.

- **Transporte do paciente**- limitado. Quando for indispensável, as precauções deverão ser cumpridas em todo o trajeto a ser percorrido, incluindo o elevador; este deve ser exclusivo ao transporte do paciente; utilizar luvas para auxiliar na locomoção, mas com o cuidado de não tocar em superfícies com as mãos calçadas; as macas, cadeiras e outros utilizados, assim

como os locais onde o paciente teve contato devem ser desinfetados com solução alcoólica a 70% ou conforme a recomendação do fabricante para os materiais.

Outro fato que deve ser considerado está relacionado ao tempo de permanência do paciente em precaução de isolamento. Dessa forma, após ser identificada a colonização do paciente por bactérias resistentes, as medidas de precauções devem ser mantidas até a alta hospitalar ou nas re-internações em curtos intervalos de tempo. A literatura considera que o tempo de descolonização desses pacientes pode variar de meses a anos, porém os dados são controversos e indefinidos quanto a essa questão (ZIMMERMAN et al., 2013)

Nessa perspectiva as precauções de contato se constituem como uma barreira física na prevenção da propagação de microrganismos, principalmente com relação às bactérias resistentes, podendo contribuir para a redução das taxas de colonização e/ou infecção.

2.4 Atividades Educativas em Saúde: Rumo à práxis crítica e construtiva.

A educação é um processo permanente que pode influenciar no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos.

Esta pode ser uma alternativa para a educação dos trabalhadores da saúde, entretanto é uma área que requer empenho para o aprimoramento de métodos educativos que atinjam com eficácia a equipe multiprofissional. Assim sendo, para promover o desenvolvimento do processo de trabalho é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos trabalhadores da área da saúde e assim possibilitem a capacitação profissional (BRASIL, 2009).

Encontramos na literatura uma variedade de expressões para as atividades educativas em saúde, sendo as mais frequentes: treinamento em serviço, educação no trabalho, educação em serviço, Educação Continuada, Educação Permanente.

Como apontada nos estudos a Educação Continuada e Permanente podem ser instrumentos importantes na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional (COTRIM-GUIMARÃES, 2009; ZINN, 2015).

É relevante destacar que Educação Permanente, Educação Continuada e/ ou Educação em Serviço são processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas, ainda que se fundamentem em princípios metodológicos diferentes, e quando implementadas em conjunto possibilitam a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências e assim fortalecem o processo de trabalho (COTRIM- GUIMARÃES, 2009).

Em 1978, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) conceitua a Educação Continuada como um processo permanente que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais. Posteriormente, em 1982 a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a Educação Continuada como um processo que inclui as experiências posteriores ao aprendizado inicial, que ajudam o profissional a aprender competências importantes para o seu trabalho (ZINN, 2015).

Alguns estudos apontam a Educação continuada como um ponto importante e decisivo da qualidade de assistência de enfermagem, e a conceitua como um processo de atualização técnico-científica contínuo que oferece ao profissional a reflexão da profissão, e de suas práticas, que promove o desenvolvimento pessoal e eleva a autoestima, permitindo a experimentação da autonomia no desempenho profissional. Considera-se ainda como uma estratégia capaz de assegurar a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação aos cuidados oferecidos aos clientes.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) está baseada na evolução conceitual do campo da educação, incluindo elementos da pedagogia crítica e construtivista. As discussões acerca da EPS tiveram origem na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana (OPA) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) com foco no desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde. Neste sentido abrigaria, além da educação em serviço, a compreensão no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social no setor (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Esta política traz como proposta constituir o Sistema Único de Saúde (SUS) em uma rede- escola, modificando o pensamento do ensino transmitido de modo unidirecional, dos detentores do conhecimento para os trabalhadores de saúde, mas considerando o espaço concreto de trabalho como um local de ensino- aprendizagem compartilhado. Além disso, a Educação Permanente em Saúde se configura como uma estratégia que viabiliza as transformações do trabalho na saúde para que este seja local de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014; ZINN, 2015).

No Brasil, a EPS foi regulamentada em 2003 pela resolução 335 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprovou a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam por meio da problematização do processo de trabalho, considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Torna-se uma grande aliada na solução de problemas cotidianos e na renovação de práticas por meio da reconstrução do conhecimento. Considera-se ainda que a mesma seja desenvolvida a partir dos problemas enfrentados na realidade e que levam em consideração os conhecimentos e experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Para Ceccim e Ferla (2009) a mesma pode ser entendida como:

Uma “prática de ensino-aprendizagem” alicerçada em uma “política de educação na saúde”. Compartilha muitos conceitos da educação popular em saúde, porém a educação permanente tem em vista o trabalho. Apoia-se no conceito de “ensino problematizador” e de “aprendizagem significativa” que embasam a produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. (Ceccim e Ferla, 2009).

Objetiva-se com esta política estimular os profissionais a contribuir para uma práxis progressista onde estes possam atuar como transformadores da ordem social, econômica e política (ZINN, 2015).

Dessa forma, quando o profissional é colocado como sujeito dentro de uma proposta de mudança pode-se estar contribuindo para a adoção de novas posturas diante do que se espera ser modificado. A criação de espaços que promovam a reflexão acerca das implicações das infecções hospitalares e a proposição de alternativas para preveni-las, pode levá-lo a engendrar novos compromissos que busquem soluções junto à equipe de saúde para o controle destas.

O desenvolvimento de uma consciência crítica que permite ao profissional transformar a sua realidade se faz cada vez mais necessário. Para ter êxito é preciso desenvolver uma mudança de percepção da realidade com os indivíduos com quem trabalha para conscientizar-se junto com eles das reais dificuldades do seu contexto.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo e abordagem

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Optou-se por esta abordagem, pois a mesma permite ao pesquisador submergir em determinado fenômeno através da sua descrição detalhada contribuindo para uma compreensão e uma eventual análise do contexto estudado.

Flick (2009, p.18) descreve que “a pesquisa qualitativa parte da noção da construção social das realidades do estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo”.

Denzin e Lincoln corroboram ainda que:

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que posiciona o observador no mundo. Ela consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível [...] Isso significa que os pesquisadores desse campo estudam as coisas em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem” (2005a, p. 3).

Foi utilizado como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Tal escolha se deu pela possibilidade de unir métodos de pesquisa e métodos de pesquisa assistencial. Logo, permite o seu desenvolvimento em áreas assistenciais e a participação ativa dos sujeitos da pesquisa contribuindo para a resolução e/ou minimização de problemas que emergem da prática além de poder resultar em inovações no contexto estudado.

Trentini e Beltrame (2006) consideram que a:

PCA deve manter, durante o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e ou introduzir mudanças no contexto da prática em que ocorre a investigação (TRENTINI; BELTRAME, 2006).

Não podemos deixar de acrescentar que o método segue rigor científico, através da obtenção, registro e análise das informações, porém, ao mesmo tempo, deve agir em prol da prática de saúde. Trentini e Paim colaboram com a seguinte proposição:

Nesse tipo de pesquisa o profissional enfatiza o “pensar” e o “fazer”; queremos dizer, ele pensa fazendo e faz pensando. Só com um detalhe: aqui, o profissional objetiva, em primeira instância, sistematizar o que faz; portanto, tal processo difere daquele que o profissional se propõe exclusivamente a cuidar do cliente e daquele que visa desenvolver o novo conhecimento científico somente (2004, p.29).

A PCA implica compromisso com a construção de novo conhecimento para a renovação da prática assistencial. Sua principal característica consiste na articulação intencional com a prática assistencial. Esta inclui atividades de cuidado/ assistência como parte do processo de pesquisa.

Para a pesquisa em tela a PCA permitiu integrar os participantes no processo de cuidado através de uma proposta educativa desenvolvida no decorrer das entrevistas individuais. Dessa forma, além da produção dos dados para a investigação científica foi empregada reflexão e discussão acerca da temática abordada. A proposta colaborou ainda para a construção de um processo de interação e envolvimento entre os participantes e pesquisadora.

Conforme apontado por Trentini e Paim:

As mudanças no contexto da prática só ocorrerão se houver antes mudança de mentalidade dos envolvidos nas práticas; a melhor maneira para que isso ocorra é a participação deles em todo o processo de pesquisa. A própria mudança de mentalidade da equipe é intencionalidade de qualquer projeto de PCA, no entanto, os objetivos do projeto podem ir além desse benefício. O produto de uma PCA é sempre um bem materializado ou um bem simbólico podendo ser um resultado processado como uma nova tecnologia ou um ganho em educação seja para a equipe ou para clientes. (TRENTINI; PAIM, p. 40, 2004).

O método contribuiu para produzir informações acerca das vivências dos participantes e conduziu a assistência por meio de ações de informação, orientação e educação no ambiente de trabalho.

Trentini e Paim (2004) acrescentam que:

Esta pesquisa proporciona um caráter metodológico de proximidade e afastamento diante do saber-fazer assistencial. E, assim, há permutas de recíprocas informações ao longo de ambos os processos: informações obtidas pela pesquisa influenciam a prática assistencial em renovação e informações obtidas na prática alimentando as indagações da pesquisa. O ponto central nesta “dança” entre distanciamento e proximidade da pesquisa com a assistência, é que fica respeitada a autonomia de cada um desses processos, sendo a base comum à construção do conhecimento novo dessa prática assistencial (TRENTINI e PAIM, 2004, p. 25-26).

Segundo Paim et al (2008) “ [...]Devido a esse movimento, em alguns momentos há maior vínculo com o cuidado, e em outros, com a pesquisa. E é durante esse processo que ocorre a construção, ou o aprimoramento de um conhecimento , ou de uma proposta de cuidado”.

O método parte do pressuposto de que o contexto assistencial é propício a questões de investigação científica objetivando, portanto, beneficiar as práticas de cuidado durante este

processo. Para isso, o pesquisador deve formular temas de pesquisa a partir das necessidades que emergem do seu cotidiano profissional conduzindo para uma atitude crítica diante da convergência entre teoria e assistência.

A convergência entre assistência e pesquisa leva a efetivar a construção do nexo pensar e fazer buscando concretizar mudanças e/ou inovações na prática assistencial. E esta articulação de saberes se dá por meio de princípios básicos conforme apontados por Trentini e Paim (2014):

- **Dialogicidade-** consiste na ação dialógica contínua durante o processo de convergência entre a prática assistencial e a pesquisa.
- **Expansibilidade-** a PCA permite ampliar a proposta inicial da pesquisa pela possibilidade de reformulações teóricas resultantes de temas emergentes e de interesses a serem considerados no desenvolvimento do processo assistencial-investigativo.
- **Imersibilidade-** corresponde a exigência do pesquisador se inserir na assistência no espaço escolhido para a pesquisa durante o processo investigativo visando a produção de mudanças compartilhadas.
- **Simultaneidade-** leva-se em consideração o movimento de investigar enquanto se desenvolve a prática assistencial. Dessa forma, a PCA alimenta a assistência e por ela é alimentada.

Para realizar pesquisa com o método da PCA, além de todas as características abordadas anteriormente, deverá ser observada uma sequência de fases, que são: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Trentini e Paim (2004, p.37) consideram que “cada fase compõe-se de um sub- processo com vários passos consecutivos e inter-relacionados não necessariamente de forma linear”. Seguindo este raciocínio, a seguir estão descritas as etapas citadas e, concomitantemente, como elas foram desenvolvidas ao longo do estudo em questão.

3.2 Fase de concepção

A fase de concepção corresponde à elaboração do projeto de pesquisa propriamente dito. Pode-se dizer que é o período em que o pesquisador define o que pesquisar. Ou seja, consiste na trajetória inicial em que deve ser empregada uma série de ações organizadas.

Tais ações envolvem desde a escolha pela área de interesse à busca de apoio literário associado ao tema. O problema de pesquisa emerge nesta fase e está atrelado a síntese do conhecimento que o pesquisador adquiriu, seus valores e expectativas quanto ao tema.

Conforme descrito no escopo introdutório do estudo, a decisão pela temática se deu a partir da observação do enfermeiro diante do cuidado ao paciente em precaução de contato. Foi a partir de então que iniciei a auto-indagação, proposta por Trentini e Paim (2004, p. 39), através dos seguintes questionamentos: “O que não está bem na prática assistencial aos pacientes em precaução de contato? Quais são os problemas? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?”.

Este momento me permitiu uma maior aproximação com o tema de pesquisa além de identificar os principais apontamentos na literatura acerca da temática. Após esse reconhecimento inicial, fui conversar com os enfermeiros do setor para saber se eles também percebiam a necessidade de se implementar mudanças quanto às práticas aos clientes em isolamento.

Os profissionais apontaram que a instituição realiza treinamentos acerca de assuntos relacionados às IRAS, porém, pelo fato de terem que se deslocar para os locais destinados às atividades de educação permanente, isto se constitui como fator impeditivo à sua participação. Foi então que negociamos a proposta e estimei a participação dos mesmos para a melhora dessas práticas.

Nesta fase, foi delineamos as questões de pesquisa e objetivos além de focar no tipo de mudança pretendida nas práticas de precauções de contato. Além destes, foram descritos a problemática, objeto, justificativas e contribuições do estudo e, por fim, decidimos pelo referencial teórico a fim de dar sustentabilidade à pesquisa. Ambos estão apresentados detalhadamente no escopo introdutório da pesquisa em questão.

Trentini (2014, p. 32) considera que “do conteúdo desta fase dependem os das demais fases e também o sucesso do andamento da pesquisa, motivo por que, analogicamente, a concepção do problema de pesquisa está para o processo de pesquisa como o cérebro para o corpo”.

3.3 Fase de instrumentação

A fase da instrumentação se caracterizou pelas decisões metodológicas da pesquisa. Correspondendo à escolha do espaço físico, dos participantes e dos métodos e técnicas para a obtenção das informações.

Cenário da pesquisa

O cenário para a realização de uma pesquisa deve ser aquele em que ocorrem as relações sociais intrínsecas à finalidade da pesquisa. Na PCA a escolha deve ser feita focando no espaço físico onde foi identificado o problema que se quer solucionar ou as mudanças que se pretende empreender.

A instituição de saúde escolhida foi o Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO). A escolha desta se deu por ser o meu espaço de atuação profissional e pela possibilidade de levar contribuições para a prática assistencial através da proposição de mudanças.

Em 1944, foi criada sede do primeiro Banco de Sangue do Brasil, situado na Lapa, com o nome de Banco de Sangue do Distrito Federal. Desde a sua criação já apresentava características de hemocentro, por distribuir sangue para os hospitais de emergência. Doze anos depois, em 1956, com a implantação de um serviço de Hematologia ligado ao Banco de Sangue, originou-se o Instituto de Hematologia, que mais tarde recebeu o nome do médico Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO, 2010).

Em 29 de setembro de 1969, foi inaugurada na Rua Frei Caneca, a atual sede do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti, que viria a se chamar, 17 anos depois de Hemorio, órgão da Administração Pública Estadual – Poder Executivo, subordinado à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC). A conclusão da obra forneceu ao Rio de Janeiro a prioridade de possuir um estabelecimento que representaria o que de mais moderno existia na especialidade, constituindo um centro de pesquisas e de formação de técnicos possibilitando o incremento da coleta de sangue, a estocagem e o preparo do plasma e derivados, para que pudesse atender a demanda cada vez maior (HEMORIO, 2010).

Atualmente, o HEMORIO está vinculado ao órgão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro- SES/ RJ, que tem como campo de atuação a Hematologia e Hemoterapia, com ênfase em Assistência, Exames especializados, Ensino, Pesquisa e Coordenação da Hemorrede do Estado. O hospital dispõe de 100 leitos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) distribuídos em Unidades de Internação Adulto e Infantil, Quimioterapia Internação e TMO autólogo, Emergência e Unidade de Tratamento Intensivo (HEMORIO, 2014/ 2016).

O instituto é o coordenador da rede pública de sangue do Estado do Rio de Janeiro, responsável pela coleta, processamento e distribuição de bolsas de sangue para mais de 120 serviços de saúde que compõem o SUS do Estado do Rio de Janeiro. É Centro de Referência em

Hematologia e Hemoterapia do Estado e dentro da rede hierarquizada do SUS é uma unidade terciária especializada no tratamento de doenças hematológicas primárias de alta complexidade. Atende pacientes com doenças hematológicas primárias (doença falciforme, hemofilia e Oncohematologia), com mais de 10 mil pacientes ativos, em regime ambulatorial e de internação (HEMORIO, 2010).

O hospital é composto por uma área de doador de sangue (coleta) que contempla 08 consultórios de triagem, 22 poltronas para coleta de sangue e 01 equipe de coleta externa. Este recebe uma média de 350 doadores voluntários de sangue por dia.

Suas atividades são desenvolvidas em dois prédios, com área total construída de 12.184 m². O prédio de 8 andares (Sede) congrega em sua área: 80 leitos para internação masculina, feminina, pediátrica e quimioterápica; atendimento de emergência com 18 leitos; ambulatórios de Quimioterapia e de Transfusão; Farmácia Hospitalar; Esterilização; Serviços de Laboratórios (exames diagnósticos, complementares de rotina e especializados) e de Hemoterapia (atendimento aos doadores de sangue, processamento e armazenamento de sangue e derivados, exames de histocompatibilidade (para transplantes de órgãos e tecidos); Centro de Estudos, Comitê de Ética em Pesquisa; Documentação Médica e setores administrativos. No prédio de 2 andares (Anexo), estão instalados: 22 consultórios para atendimento em diversas especialidades médicas e , odontologia, fisioterapia, setor de imagens (Eletrocardiograma, Tomografia, Raio X, Endoscopia Digestiva, Broncoscopia) coleta de exames laboratoriais de pacientes e farmácia de dispensação para pacientes externos (HEMORIO, 2010).

A gestão do Hemorio está formalmente sob a responsabilidade da Diretoria de Assistência e da Direção Geral, sendo as decisões compartilhadas com as gerências das coordenações, assessorias, serviços, seções e setores e, reforçada por 06 fóruns de discussões e decisões (Reuniões de café da manhã, Reuniões das Diretorias com suas equipes, reuniões do Comitê Gestor, Reuniões do Conselho Técnico Administrativo, Planejamento Estratégico e Comitê Financeiro). Todos os processos são submetidos aos métodos de gerenciamento das legislações vigentes da área de hematologia e hemoterapia, aos padrões de trabalhos institucionais estabelecidos em políticas, normas e procedimento operacionais padrões (POP) e os critérios de excelência dos órgãos de acreditação (HEMORIO, 2010).

A força de trabalho do HEMORIO é composta por funcionários vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro- SES/ RJ (servidores estatutários), funcionários celetistas concursados vínculo Fundação Estadual de saúde- FS e Empresas Terceirizadas (para atividades como manutenção, limpeza, vigilância, recepção, motoristas,

administrativos). O quadro de pessoal é composto de 1.607 funcionários sendo compreendidos entre empregados estatutários, empregados celetistas, terceirizados, residentes e estagiários (HEMORIO, 2014/ 2016).

Neste contexto, o cenário escolhido para a realização da pesquisa foi o setor de Internação do 7º andar.

A escolha se deu por ser o local que desempenho minhas atividades laborais desde a minha admissão na instituição e, ainda, por ter despertado a minha atenção para a temática das IRAS a partir de um processo de observação das práticas da equipe de enfermagem aos clientes com indicação de isolamento de contato. A especificidade do cuidado hematológico vivenciado na unidade, principalmente relacionado aos quadros de comprometimento imunológico, me levaram a pensar que o estudo poderia ser o caminho para a implementação de mudanças nas práticas de controle de infecções.

O setor possui 23 leitos distribuídos em seis enfermarias, sendo 17 destinados a clientes adultos e 06 destinados a crianças e adolescentes, de ambos os sexos. Ainda dispõe de um posto central de enfermagem, sala de diluições de medicamentos, sala de procedimentos, sala de prontuários, sala de armazenamento de insumos, banheiro de acompanhantes, banheiro de funcionários, expurgo e copa. Cada enfermaria possui banheiro, armários para acomodação de pertences pessoais, bebedouro e dispensador de álcool-gel. No corredor externo, há duas pias e quatro dispensadores de álcool- gel (HEMORIO, 2014/2016).

A equipe de enfermagem do setor é constituída por 36 técnicos de enfermagem plantonistas e 13 enfermeiros plantonistas, ambos atuando em escala de 24x 120 h. O quadro dispõe, ainda, de 02 técnicos de enfermagem rotina (manhista e tardista), 01 enfermeiro rotina (07h00min- 15h00min) e 01 enfermeiro como chefia de enfermagem (07h00min- 13h00min). Destes, 51 são empregados pelo regime celetista e 02 são estatutários (HEMORIO, 2014/2016).

Em relação ao perfil da clientela internada nesta unidade, são pacientes adultos e adolescentes de ambos os sexos que possuem diagnóstico confirmado de afecção hematológica, como o grupo das anemias, alterações da coagulação e doenças proliferativas e infiltrativas (HEMORIO, 2014/2016).

Em relação ao perfil de IRAS, o Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (PCIRAS), apresenta gráficos que permitem evidenciar a evolução da prevalência de microrganismos isolados em amostras clínicas do hospital. Reitero que a vigilância de microrganismos de relevância epidemiológica é realizada pelo médico ou pelo enfermeiro da CCIH por meio de busca ativa diária no andamento das culturas, pela

notificação por meio de mapa de culturas, pelo laboratório de microbiologia, e nas rondas pelo HEMORIO.

Dentre os dados do programa, consideramos importante apresentar o perfil de prevalência de microrganismos multirresistentes disponibilizados pela instituição:

- Perfil Hemorio: Acinetobacter (11,61%), Aeromonas (0,65%), Candida (4,52%), Citrobacter (0,65%), Enterobacter (5,16%), Enterococcus (9,68%), Escherichia coli (12,9%), Fusarium (0,65%), Klebsiella (16,13%), Micrococcus sp. (0,65%), Morganella morganii (1,29%), PROTEUS (1,29%), Providencia (1,29%), Pseudomonas (7,10%), Raoultella (0,65%), Staphylococcus aureus (12,26%), Staphylococcus coagulase negativo (12,9%), Stenotrophomonas (0,65%) (PCIRAS, 2014/2016).

- Perfil setor de Internação do 7º andar: Acinetobacter, Candida, Enterobacter, Enterococcus, Escherichia coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus aureus, Staphylococcus coagulase negativo (PCIRAS, 2014/2016).

A instituição dispõe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) composta por membros consultores e executores. A sala do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) fica localizada no 8º andar, na estrutura predial do HEMORIO. A equipe é composta por: dois médicos infectologistas, um médico sanitário, três enfermeiros e um técnico de enfermagem. Para o cargo de enfermeiro, deve-se ter experiência em atividades de controle de infecções associadas à assistência à saúde (PCIRAS, 2014/2016).

Dentre as atividades desenvolvidas em todo hospital, destaco a que visa capacitar os profissionais acerca das rotinas técnico- operacionais de prevenção e controle de infecções hospitalares na sua admissão com revisão anual, na ocorrência de surtos e sempre que necessário. E, ainda, realizar prioritariamente os treinamentos definidos como necessário pela RDC nº 48/2000, como higienização das mãos, precaução padrão e precauções específicas, cuidados com cateteres intravasculares e urinários, limpeza e desinfecção de artigos e esterilização (PCIRAS, 2014/2016).

Participantes da pesquisa

Na PCA os participantes são os que atuam profissionalmente e/ou as pessoas que estão sendo cuidados dentro do cenário que ocorre a pesquisa. A mesma não segue critérios de delimitações da amostra no processo e, ainda, preza pela representatividade através da profundidade e diversidade das informações.

Segundo Trentini (2014, p. 35) “a amostra é caracterizada segundo a prática do contexto social a ser inovada e todos os atores sociais que nela atuam, em concordância com as mudanças e/ou inovações a serem introduzidas naquele contexto”.

Sendo assim, Trentini e Paim (2004) consideram que os participantes não assumem apenas a condição de informantes, mas também parte integrante do estudo e que a sua participação ativa pode ser de várias maneiras, como apresentando sugestões e críticas, validando e divulgando os resultados de outras formas.

Os participantes do estudo foram 15 enfermeiros do Setor de Internação do 7º andar.

A opção pelo profissional enfermeiro foi resultante de um processo de observação do cenário da prática de cuidados aos clientes em isolamento de contato e por considerar que este profissional, por desenvolver atividades gerenciais e assistenciais nas vinte quatro horas do dia, pode ser a peça fundamental para estimular a equipe de enfermagem na adoção de boas práticas relacionadas às medidas de controle de IRAS que são fundamentais para a segurança e qualidade do cuidado.

No primeiro momento, contatei à chefia imediata e diretora de enfermagem a fim de expor o interesse para desenvolver a temática com a equipe além de apontar os benefícios que a mesma proporcionaria ao setor. Foi então que recebi consentimento e apoio para a realização da pesquisa com os enfermeiros do setor.

No segundo momento, fui conversar com os enfermeiros para apresentar a proposta do estudo e o método da PCA e, ainda, as vantagens da sua participação. Houve apoio e interesse por parte destes profissionais, principalmente, por se tratar de uma atividade que envolve orientação no setor que se encontram inseridos. Estes se mostraram motivados e dispostos a discutirem temas relacionados a infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e medidas de precauções de contato por considerarem essa temática relevante e pertinente à clientela hematológica.

Trentini (2014, p.35) considera que “o processo de mudanças e/ou inovações em um espaço coletivo de assistência de enfermagem caracteriza-se como trabalho coletivo e, portanto, o pesquisador de PCA não poderá sozinho concretizá-las naquele espaço”. É por isso que se torna necessária a negociação do projeto com os participantes para que haja o comprometimento e continuidade para a aplicabilidade das mudanças propostas na assistência.

Sendo assim, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) Ser enfermeiro (a) da Unidade Enfermagem de Internação do 7º andar, de ambos os sexos, independentemente do tempo de experiência profissional; 2) Manifestar interesse em discutir individualmente

questões relacionadas às infecções relacionadas ao cuidar em saúde e medidas de precaução, em especial a de contato.

Foram excluídos do estudo os profissionais que se encontravam de férias, licenças ou faltas nos dias estipulados para a realização das entrevistas.

Métodos e técnicas de obtenção das informações

A metodologia convergente-assistencial tem como principal característica a participação dos envolvidos no espaço de pesquisa. A escolha da técnica de coleta de dados deve permitir a integração entre pesquisa, assistência e participação. Segundo Trentini e Paim (2004, p. 76) “da articulação desses três elementos emerge outro, unificador, que denominamos convergência; este toma parte em duplo jogo; o do “pensar” e ao mesmo tempo os do “fazer”; com outras palavras, articula a teoria e a prática”.

A articulação da PCA com a prática assistencial ocorre principalmente durante a coleta de dados quando pesquisadores e participantes se envolvem na assistência e na pesquisa. No caso presente, o mesmo se deu através da entrevista individual onde foram debatidos temas relacionados às IRAS e medidas de precaução. Dessa forma, a PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo e, ao mesmo, tempo se beneficia com as informações desse contexto.

Para a pesquisa em questão optamos por realizar a entrevista individual semiestruturada por meio do roteiro de entrevista (Apêndice C) que foi aplicado aos enfermeiros. Estas foram realizadas na sala de procedimentos ou na sala de prontuários do setor dos participantes, de acordo com a disponibilidade das mesmas nos dias que ocorriam as entrevistas. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador eletrônico e posteriormente transcritas na íntegra.

A entrevista semiestruturada parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa e permite a interação entre pesquisador e entrevistado viabilizando o aprofundamento do assunto. Dessa forma, o pesquisador visa captar, de forma detalhada, aspectos importantes, em relação aos temas escolhidos. Tal modalidade possibilita descobrir como ocorrem determinados fenômenos dentro do contexto de interesse. (TRENTINI; PAIM, 2004).

A escolha pela técnica de entrevista individual se deu por considerarmos que a formação de um grupo poderia levar ao deslocamento dos profissionais do posto central de enfermagem e, como consequência, comprometer a assistência aos pacientes no dia da realização da atividade.

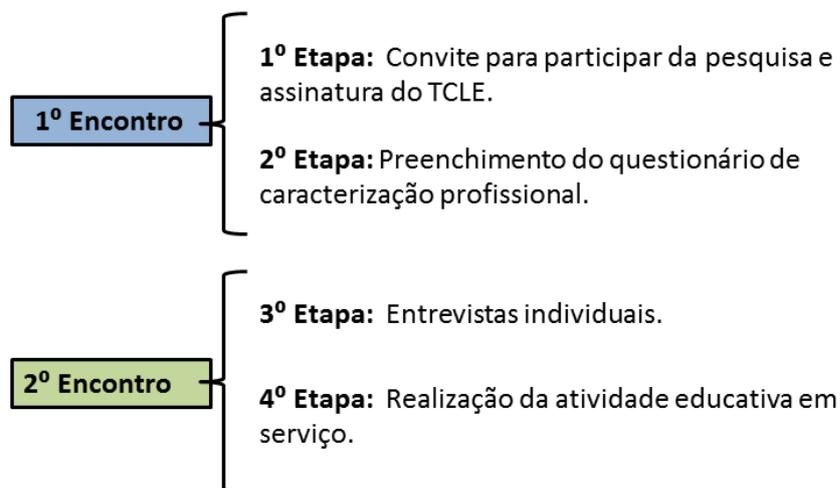
É oportuno acrescentar que a parte assistencial que cabe à PCA foi desenvolvida no decorrer das entrevistas individuais através de orientações fornecidas aos participantes quanto ao uso de EPI e higiene das mãos, no momento de dúvidas ou quando descreviam situações que indicavam aplicabilidade inadequada das medidas de precaução.

3.4 Fase de perscrutação

A fase de perscrutação se caracteriza pelo desenvolvimento de estratégias que resultem na obtenção das informações. Assim, as estratégias guiam a dinâmica do processo e estas estão ligadas diretamente a criatividade dos pesquisadores, numa abordagem que envolve a compatibilidade de recursos e a adequação aos próprios métodos.

O setor é composto por seis equipes em escala de 24 horas de trabalho por 120 horas de descanso. Após o levantamento dos interessados em participar do estudo e após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP (Apêndice A), iniciou-se a produção dos dados através de encontros sequenciais e inter-relacionados, conforme apresentado na figura abaixo.

Figura 1- Esquematização das etapas de produção de dados.



Fonte: Elaboração Própria.

Os encontros da pesquisadora com os participantes da pesquisa foram realizados em outubro e novembro de 2016 no setor de internação do 7º andar em data e horário estipulados por cada participante.

No **primeiro encontro**, foi apresentado o estudo aos enfermeiros de cada plantão. Foi entregue o TCLE (Apêndice A) para assinatura e apliquei o questionário de caracterização individual (Apêndice B). Este primeiro encontro teve como objetivo apresentar toda a

dinâmica do processo de coleta de dados e para esclarecimento de dúvidas. Ainda nesta, agendei data e horário para a segunda etapa de acordo com a preferência do profissional. A proposta teve duração de aproximadamente 40 minutos.

No **segundo encontro**, foi efetivada a entrevista semiestrutura individualmente. Esta aconteceu na sala de procedimentos do setor. Havia roteiro de questões para os participantes. Concomitante à entrevista, a dinâmica propiciou o desenvolvimento de uma atividade educativa em serviço sobre medidas de controle de IRAS. A proposta teve duração de aproximadamente 160 minutos.

Neste **segundo encontro**, a realização da atividade educativa em serviço foi dividida em três momentos: orientações sobre precaução padrão e específicas; higiene das mãos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Ao abordar as temáticas de higiene das mãos e EPI, foi demonstrada a técnica de higienização das mãos com sabonete e água e fricção com solução alcoólica e a sequência de colocações e retirada de EPI. E, assim, solicitava aos participantes que fizessem a demonstração das técnicas que estavam sendo compartilhadas. Destaco ainda, que para a efetivação desta atividade foram tomadas por base o roteiro de questões proposto para que se pudesse construir o debate a partir do conhecimento prévio do profissional.

A escolha por realizar orientações a partir destas temáticas justifica-se por ter sido evidenciada na literatura consultada que é necessário o desenvolvimento de um ambiente seguro com controle da disseminação de microrganismos por meio da interseção de ações institucionais e comportamentos individuais dos profissionais de saúde quanto à adesão de medidas como a higienização das mãos (HM), o uso de equipamentos de uso individual (EPI), a identificação e o estabelecimento de precauções específicas.

Dessa forma, as orientações e treinamentos pretendidos podem contribuir para esclarecimento de dúvidas e atualizações relacionadas às medidas de controle de infecções levando os profissionais a repensarem suas atitudes e comportamentos frente a estas questões.

3.5 Fase de análise e interpretação dos resultados

Na metodologia convergente assistencial os processos de assistência e de coleta e análise ocorrem simultaneamente propiciando a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações. Segundo Trentini e Paim (2004, p. 92) isso permite “refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo”. As

autoras acrescentam ainda que esse tipo de pesquisa sempre envolve ações de assistência, mesmo que o enfoque seja descrever ou entender algum fenômeno.

Nesta fase ocorreu a análise e interpretação dos resultados através do processo de apreensão, síntese, teorização e transferência.

A fase de apreensão propicia a organização das informações e a sua codificação. Possibilita ainda a formação de categorias, por meio de um conjunto de expressões com características similares ou que tenham estreita relação de complementariedade estabelecida com determinado critério.

Para análise das entrevistas semiestruturadas, utilizou-se a Técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré-análise consistiu na organização do material e na transcrição das entrevistas. Estas foram devidamente transcritas e sua reunião constituiu o corpus da pesquisa.

A fase de exploração do material foi a etapa seguinte, considerada a mais longa e cansativa. É o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2010).

A codificação compreendeu a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias.

Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A frequência com que aparece uma UR denota-lhe importância (BARDIN, 2010).

Neste estudo, o corpus foi constituído por 15 entrevistas, tendo sido definida como unidade de registro a frase. Esta, por sua vez, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cuja as dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro.

A etapa seguinte consistiu na categorização (Apêndice E). Categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: *inventário* (isolam-se os elementos comuns) e *classificação* (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem).

Por último, procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesse momento, foram elaboradas categorias temáticas:

- Saberes e práticas dos enfermeiros sobre medidas de precaução de contato;
- Caminhos possíveis para melhorar a adesão da equipe de enfermagem às medidas de controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.
- Atividade educativa em serviço compartilhada com enfermeiros: Uma proposta da Pesquisa Convergente Assistencial.

3.6 Aspectos éticos do estudo

Os aspectos éticos referentes à pesquisa foram respeitados conforme preconiza a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS que institui as Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados foram coletados após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) pela Plataforma Brasil e instituição participante (Hemorio).

Considerando as diretrizes da resolução 466/2012, previamente a coleta de dados, a Instituição e a equipe de enfermagem participante foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Foi solicitada autorização institucional para entrevistar os participantes. O sigilo e o anonimato dos participantes foram garantidos e passamos a nominá-los por E1, E2, E3 e assim sucessivamente.

Os participantes da pesquisa receberam todas as informações pertinentes da pesquisa, garantia de privacidade e direito de desistir da sua participação em qualquer momento, sem prejuízo pessoal, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice A) que foi assinado por cada um.

Os mesmos também foram informados quanto a voluntariedade na pesquisa, não havendo nenhum custo ou benefício financeiro para si e que a participação no estudo irá contribuir para a construção do conhecimento científico na área da enfermagem.

Os participantes foram avisados sobre a possibilidade de riscos que envolvem: constrangimento, desgaste emocional diante de alguma pergunta, perda de privacidade e que, frente a estes, poderiam ficar a vontade para não responder a qualquer pergunta da entrevista caso se sentissem incomodados. A qualquer momento poderiam desistir de participar do estudo ou de não dar continuidade a entrevista.

A pesquisa em tela foi desenvolvida sem auxílio de instituições fomentadoras e todo o investimento foi de responsabilidade dos pesquisadores envolvidos.

Como benefícios do estudo, esperamos que as informações e orientações sobre precaução de contato, através da educação em saúde, sejam propagadas pela equipe de enfermagem para que haja reflexões e mudanças de atitudes diante da sua aplicabilidade. Aliado a isso, que o diálogo entre pesquisadora e participantes possa levar a conscientização de que o uso correto e maior adesão das práticas que envolvem as medidas de precauções de contato podem contribuir na redução da propagação de microrganismos no ambiente hospitalar.

3.7 Dificuldades para a realização da pesquisa

A primeira dificuldade encontrada se deu com a submissão do estudo no Comitê de Ética da UNIRIO. O processo deu início em dezembro de 2015, tendo sido liberada a resposta em maio de 2016 e a aprovação do projeto ficou pendente, pois havia a necessidade de fazer alterações no TCLE. Neste mesmo mês atendi às solicitações e enviei o documento para nova avaliação, com aprovação em junho de 2016. Após esta submissão, foi necessário fazer um novo processo de submissão no Comitê de Ética do HEMORIO e, neste, só houve aprovação em outubro de 2016.

Neste ínterim, a equipe de enfermagem passou a atuar em esquema de plantão na escala 24 x 120 h, o que contribuiu ainda mais para dificultar as entrevistas. Dada a especificidade da clientela e por serem dois enfermeiros por plantão, em muitas das vezes, foi necessário interromper a dinâmica das entrevistas por intercorrências no setor. Dessa forma, quando não era possível terminar as entrevistas tornava-se necessário aguardar o próximo dia de plantão do profissional. Quando isso acontecia, o segundo encontro (entrevista e proposta educativa) precisava ser realizado em dois encontros. Em algumas situações, foi necessário realizar a coleta de dados em horários noturnos, pois era necessário aguardar a disponibilidade dos participantes para realizar a atividade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Os dados apresentados a seguir foram obtidos por meio do preenchimento do instrumento de caracterização profissional do enfermeiro, sujeito desta pesquisa (Apêndice C). Objetivou-se, com isso, apresentar os participantes do estudo e uma maior aproximação com a realidade dos sujeitos a fim de que se possa compreender seus saberes e práticas.

Para melhor elucidação dos dados, a caracterização dos 15 participantes foi representada e analisada em tabelas e gráficos a partir das variáveis que constavam no formulário.

4.1.1 Caracterização dos participantes por sexo, faixa etária, ano de formação e instituição formadora.

Tabela 1- Distribuição dos participantes da pesquisa por sexo e idade.

Tabela 1	
Sexo	
Masculino	93%
Feminino	7%
Idade	
20 a 24 anos	1
25 a 29 anos	3
30 a 34 anos	7
35 a 39 anos	2
40 a 44 anos	2

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a tabela 1, dos 15 (quinze) participantes do estudo, 14 (93%) eram do sexo feminino e 01 (17%) sendo do sexo masculino.

Segundo pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil, a equipe de enfermagem é predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres e 15% de homens. A pesquisa aponta ainda que na enfermagem está se firmando uma tendência à masculinização da categoria, com o crescente aumento do contingente masculino na composição (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

Esta tabela também permitiu evidenciar os dados dos participantes da pesquisa conforme os grupos de idade, de modo que segue a distribuição baseada no Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Observamos que 1 (um) entrevistado se encontra na faixa etária de 20 a 24 anos; 03 (três) de 25 a 29 anos; 7 (sete) de 30 a 34 anos; 02 (dois) de 35 a 39 anos e 02 (dois) de 40 a 44 anos.

É importante ressaltar que os resultados encontrados confirmam os dados divulgados na pesquisa Perfil do Profissional de Enfermagem (FIOCRUZ/ COFEN; 2013) em que os maiores percentuais de enfermeiros no Brasil se encontram na faixa de etária de 20 a 55 anos representando 82,4 da força de trabalho. Corrobora ainda para ressaltar uma maior concentração na faixa etária entre 30 e 35 anos somando 20,3%. No estudo em questão esta faixa etária foi a que mais concentrou participantes.

Os dados permitem identificar que há uma predominância de profissionais em idade adulta produtiva. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta como População Economicamente Ativa (PEA) indivíduos com 15 anos ou mais, representando a população que está inserida no mercado de trabalho ou que está procurando se inserir nele para exercer algum tipo de atividade remunerada.

Tabela 2- Distribuição dos participantes da pesquisa por ano de formação e instituição formadora.

Tabela 2	
Distribuição dos participantes por ano de formação	
2005-2010	67%
2011-2015	33%
Distribuição dos participantes por instituição formadora	
Pública	53%
Privada	47%

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere ao ano de formação observa-se a distribuição do ano 2005 – 2010 com 10 (67%) participantes e de 2011- 2015 com 05 (33%) participantes. Foi possível identificar uma maior concentração de formados no período de 2005 a 2010.

Conforme a tabela 2, 07 (53%) participantes foram formados por instituições públicas, dentre elas universidades federais e estaduais, e 08 participantes são provenientes de instituições privadas.

Vale ressaltar que os participantes do estudo foram formados tendo como base as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem instituídos no ano de 2001.

O perfil do profissional está voltado para a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001).

Segundo dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (2013), 57,4% dos enfermeiros têm como natureza formadora as instituições privadas e 35,6% são provenientes de instituições públicas. Na pesquisa em tela a predominância também se deu no âmbito das instituições privadas.

4.1.2 Caracterização dos participantes por tempo de atuação na profissão, na instituição, no setor e vínculo empregatício.

Tabela 3- Distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de atuação na profissão, por tempo de atuação na instituição de saúde HEMORIO e por tempo de atuação no setor Internação do 7º andar.

Tabela 3	
Profissão	
Tempo (ano)	Participantes
1	2
2	3
4	1
6	5
7	2
10	1
11	1
Instituição de Saúde(Hemorio)	
Tempo (ano)	Participantes
1	3
2	4
3	6
4	2
Setor de Internação do 7º andar	
Tempo em anos	Participantes
1	3
2	4
3	6
4	2

Fonte: Elaboração própria.

Baseado nas informações da tabela 3, quanto ao tempo de atuação, 02 participantes possuem apenas um ano no mercado de trabalho, 03 dois anos, 01 quatro anos, 05 seis anos, 02 sete anos, 01 dez anos e 01 onze anos. Na pesquisa é possível evidenciar uma média de 2,7 anos de atuação no cargo de enfermeiro e que estes profissionais possuem atuação recente na profissão.

A tabela 3 apresenta o tempo de atuação dos participantes na instituição onde ocorreu a pesquisa. Sendo assim, 03 (três) possuem até um ano, 04 (quatro) dois anos, 06 (seis) três anos e 02 (dois) quatro anos. É possível evidenciar que a incorporação dos participantes no quadro de funcionários da instituição é recente com uma média aproximada de 01 ano.

Esta tabela também apresenta o tempo de atuação dos participantes no setor de Internação do 7º andar da instituição. Dessa forma, 03 (três) se encontram a menos de um ano no setor, 03 (três) há um ano, 03 (três) há dois anos, 05 (cinco) há três anos e apenas 01 (um) há quatro anos. A média aproximada é equivalente ao tempo de atuação na instituição correspondendo a 01 ano.

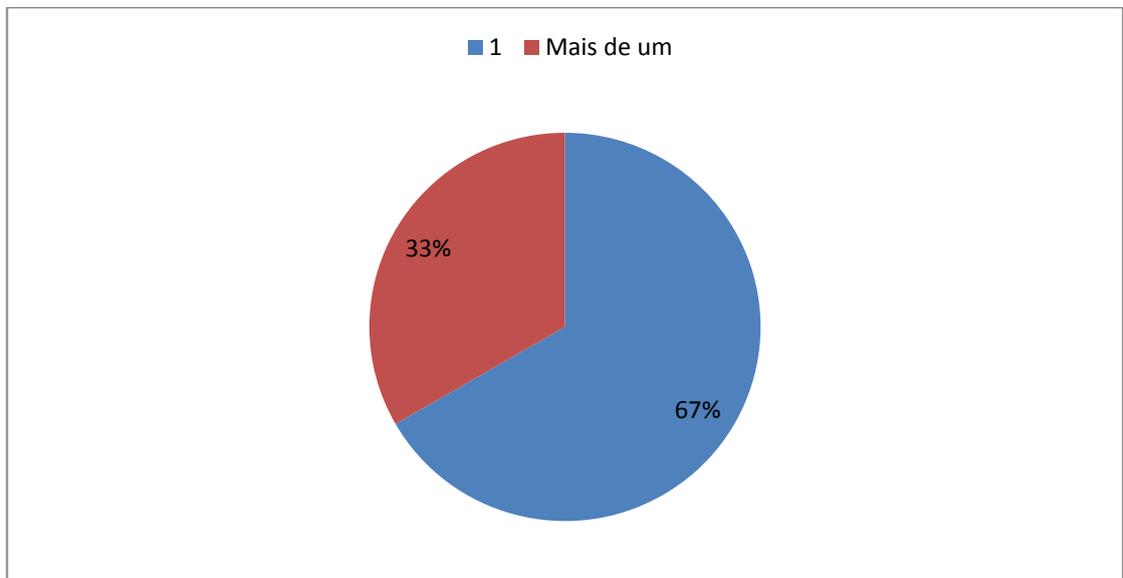
Autores consideram que o tempo de formação do profissional possa ser uma variável importante que venha influenciar no nível de estresse dos enfermeiros. Em estudo sobre estresse em enfermeiros hospitalares evidenciou-se que a associação entre escores de estresse e tempo de formado resultou em valores maiores quanto menor o tempo de formado. E quanto maior o tempo em anos de formação acadêmica, menos o estresse no trabalho (LIMA; BIANCHI, 2010).

Tal fato pode estar relacionado ao desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento a fim de se adaptar ao ambiente de trabalho e, dessa forma, o profissional não se sentir estressado diante das diversas situações do ambiente onde o trabalho se desenvolve (LIMA; BIANCHI, 2010).

Segundo dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (2013) a situação profissional de enfermeiros ativos no país representa 91,8% contra 10,1 % de desempregados. A pesquisa evidencia ainda que 65,9% dos profissionais da enfermagem (técnicos e enfermeiros) relataram dificuldade para encontrar emprego.

Dentre os participantes, 14 atuam em escala de 24 horas de trabalho por 120 horas de descanso resultando num total de 120 horas/ mês e apenas um participante atua como diarista no horário de 07:00 às 15:00 resultando num total de 160 horas/ mês.

Gráfico 1- Distribuição dos participantes da pesquisa pelo número de vínculos empregatícios.



Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 1 permite identificar que do total dos participantes da pesquisa 10 (67%) se encontram com 01 (um) vínculo empregatício e 05 (33%) estão em mais de um. Os dados são importantes, pois menos da metade dos participantes desempenham atividades laborais em mais de um estabelecimento de saúde. Cada vínculo é equivalente a 30 (trinta) horas trabalhadas/ semana.

Segundo dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (2013) 9,2% dos enfermeiros trabalham de 21- 30 horas semanais, 34,7% de 31- 40 horas e 24,7% de 41-60 horas.

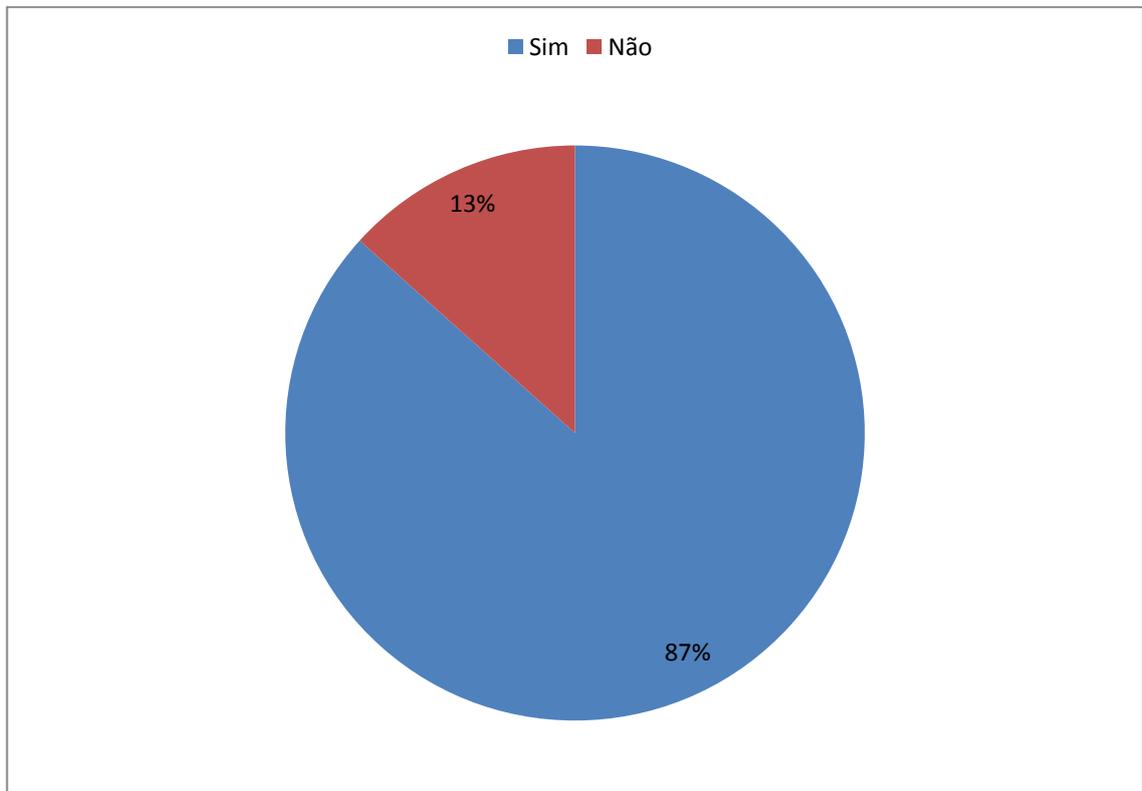
Estudos consideram que os fatores psicológicos como a fadiga, sono, sobrecarga de trabalho, doenças, entre outros; quanto aos psicológicos como o tédio, a frustração, a ansiedade e o estresse podem afetar de alguma maneira os processos cognitivos do profissional, possibilitando deste modo o comprometimento da segurança do cliente que se encontra sob o seus cuidados (HARADA, 2006; VICENT, 2009; FONSECA, 2014).

Atualmente os trabalhadores de enfermagem estão se deparando, cada vez mais, com altos níveis de estresse, sobretudo os que têm mais de uma jornada de trabalho. Estes, em geral, assumem dupla jornada em turnos diferentes, executando intervenções que exigem muita atenção, como o cuidado de pacientes graves, dentro de ambientes hospitalares que associados a estressores ocupacionais podem resultar no desencadeamento de estresse como a Síndrome de Burnot (LIMA et al., 2013).

Quanto ao vínculo empregatício na instituição, todos os participantes são servidores públicos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas- CLT.

4.1.3 Caracterização dos participantes por modalidade de Pós- Graduação

Gráfico 2- Distribuição por especialização profissional dos participantes da pesquisa.



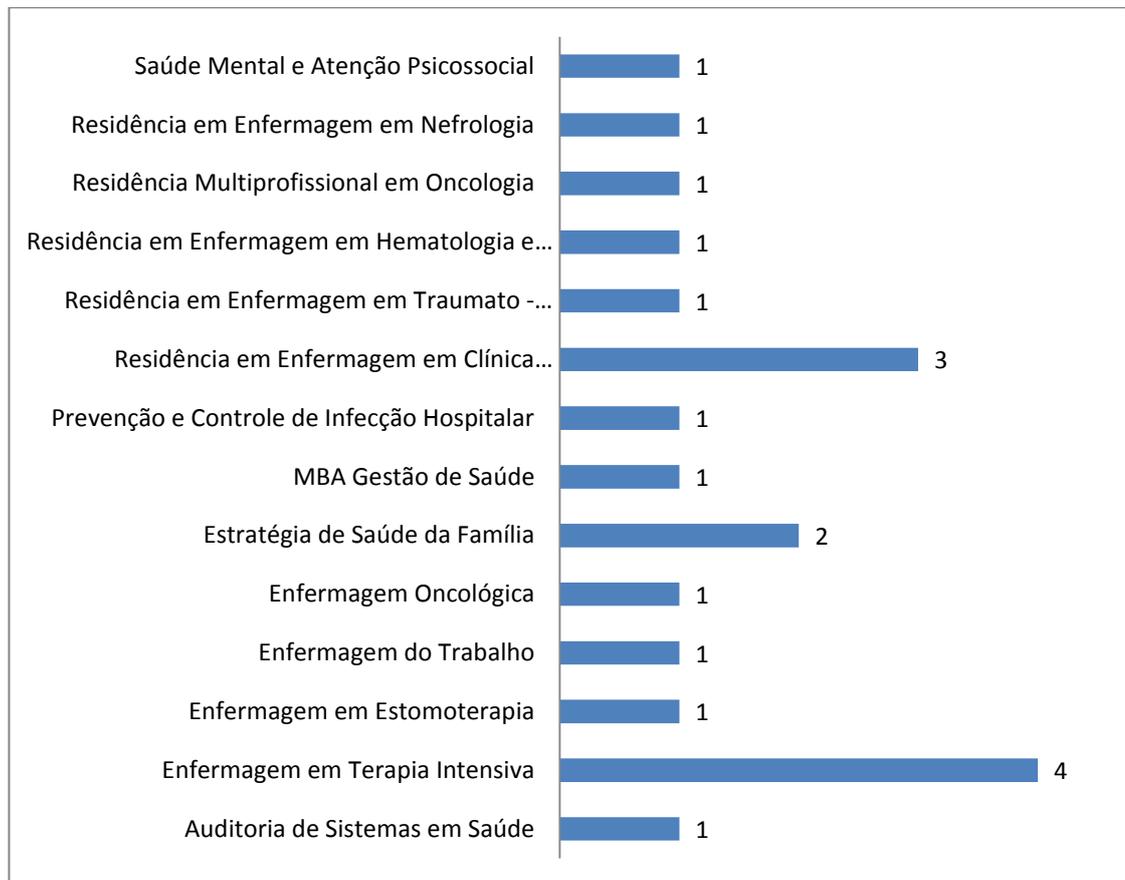
Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o gráfico 2, dos 15 participantes 13 (87%) possuem título referente a Pós- graduação Lato Sensu e 02 (13%) não possuem nenhum tipo de pós-graduação.

Dos 12 participantes com especialização, 6 possuem 1 (um) curso e 8 possui 2 (dois) cursos.

Dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (2013) apontam para uma média de 80, 1% de profissionais com pós- graduação e 16,2% não possuem especialização. Na modalidade de pós- graduação, 6,1% foi residência, 63,9 % especialização, 5,2% mestrado profissional, 16,1% mestrado acadêmico, 8,1% doutorado e 0,5% pós-doutorado.

Gráfico 3- Distribuição por modalidade de Pós- Graduação dos participantes da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria.

Segundo dados do gráfico 3, há uma predominância de Pós- Graduação Lato Sensu. No que tange a Lato Sensu, 04 são em Terapia Intensiva e quanto à Residência 03 são em Clínica Médico- Cirúrgica.

O gráfico permite identificar ainda que, dentre os participantes do estudo, apenas 01 possui residência de enfermagem em hematologia e hemoterapia e 01 pós- graduação em enfermagem oncológica. Vale lembrar que os mesmos atuam em um hospital que presta assistência à saúde em hematologia e hemoterapia à população, incluindo a oncohematologia.

4.1.4 Caracterização dos participantes por participação em atividades de Educação Permanente.

Tabela 4- Participação dos profissionais em atividades de Educação Permanente no HEMORIO.

Tabela 4	
Participação em atividades de Educação Permanente na instituição	
Sim	73%
Não	27%
Participação em atividades de Educação Permanente sobre IRAS	
Sim	80%
Não	20%

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 4 evidencia que 11 (73%) profissionais participaram de atividades de educação permanente desenvolvidas pela instituição. Apenas 04 (27%) referiram não participar.

Aos que não participam de atividades de educação permanente descreveram os seguintes motivos: Não há oferta de atividades educativas (01), sobrecarga de trabalho (02) e que as atividades ocorrem fora do dia de trabalho (01).

Quanto às atividades voltadas para a temática de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), 12 (80%) referiram ter participado e 03 (20%) não participaram. Os mesmos citaram a participação nas seguintes temáticas: coleta de sangue para cultura (08), medidas de precaução (02) e higienização das mãos (05). Alguns participaram em mais de uma atividade destacada.

No que se refere ao período da realização das mesmas, 11 afirmaram ter sido em 2016 e 01 não soube informar.

Com relação ao local em que ocorreram as atividades educativas, todos (12) referiram ter sido no setor de atuação na instituição.

As respostas acerca de quem realizou as atividades sobre IRAS foram: Médico da CCIH (08) e Enfermeiro da CCIH (07).

A educação permanente em saúde deve ser entendida, ao mesmo tempo, como “prática de ensino- aprendizagem” e como uma “política de educação na saúde”. Foi lançada em 2004, pelo Ministério da Saúde, tendo como finalidade possibilitar a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de

estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CECCIM, 2005a; CAROTTA, KAWAMURA, 2009).

Estudos apontam que o processo de educação em saúde transcende ao aperfeiçoamento técnico, pois possibilita as sujeitos- trabalhadores buscarem sua autonomia, cidadania, bem como resgatar sua multidimensionalidade, a qual poderia constituir-se como fundamento de desalienação. Sendo assim, o processo educativo pode se caracterizar como um cuidado das instituições para com os seus sujeitos- trabalhadores no processo de trabalho. (SILVA et al, 2010; RAMOS et al, 2009).

Vale ressaltar que a instituição onde ocorreu a pesquisa em tela possui Centro de Estudos. Este é responsável por gerenciar atividades de Educação Permanente aos funcionários e aborda temas específicos visando atualizações técnico- científicas. Mensalmente são realizados cursos que fazem parte do Programa de Treinamento Obrigatório, com as temáticas sobre: Acolhimento e Classificação de Risco; biossegurança; Higienização das Mãos; Segurança do Paciente- Metas Internacionais de Segurança; Urgências e Emergências; Qualidade no Atendimento e Prevenção de Acidentes. (HEMORIO, 2014/2016).

4.2 Categoria temática: Saberes e práticas dos enfermeiros sobre as medidas de precaução de contato

Esta categoria temática foi constituída a partir do agrupamento de respostas quanto ao significado das medidas de controle de infecção, enfocando a significação das medidas de precaução de contato, suas indicações, aplicabilidade, internação e sinalização.

Nesse estudo, os participantes da pesquisa, ao destacarem seus saberes e práticas sobre o tema em questão, deixaram fluir suas concepções, bem como seus sentimentos, atitudes e comportamentos frente às medidas de controle de IRAS.

4.2.1 Significação da precaução de contato e suas indicações

As medidas de controle de infecção se constituem como ferramentas para minorar os resultados adversos implicados pela disseminação de doenças infecciosas em instituições de saúde. Sendo assim, as IRAS podem ser importantes indicadores para avaliar a qualidade da assistência à saúde.

Dessa forma, a adesão e aplicabilidade adequada das medidas de precaução propiciam a manipulação segura de equipamentos, dispositivos e superfícies minimizando os riscos de contaminação cruzada entre ambientes, pacientes e profissionais e, ainda, contribuem na prevenção da propagação de microrganismos nas instituições de saúde (SILVA et al., 2012; GARCÍA- ZAPATA et al., 2010).

As falas a seguir expressam a significação dos participantes acerca da precaução de contato. Estas permitem evidenciar que o sentido desta medida está atrelado à prevenção da infecção cruzada nos ambientes de cuidado à saúde.

É você evitar/ prevenir uma infecção através do contato direto. **E1**

Para impedir que microrganismos sejam disseminados para outros pacientes que estejam em contato na mesma enfermaria ou em outras enfermarias... **E2**

É a prevenção da transmissão cruzada entre os pacientes, no caso de bactérias diferentes ou não, mas é necessário. **E3**

São medidas que utilizamos para prevenir contaminação tanto direta quanto indireta dos pacientes. **E5**

É o cuidado que nós temos quando o paciente tem um tipo de bactéria que possa ser passada de um paciente para outro... **E9**

São medidas que são tomadas para que um determinado microrganismo de um paciente não seja passado para outros... Não se deve tocar no paciente sem a paramentação. **E15**

Dois participantes associaram a precaução contato (PC) com o cuidado com o toque e espaço onde o cliente em isolamento se encontra.

Precaução de contato é o paciente que você tem que ter cuidado com o toque. Vou usar luva e capote. E a precaução de contato com o espaço também, pois se paciente está com precaução de contato no leito 3 e no leito 1 está um paciente neutropênico e eles vão compartilhar o mesmo banheiro [...] deveria ser realizada limpeza após este que está em precaução usar. Precaução é cuidado! **E8**

É quando o paciente está colonizado com uma bactéria multirresistente, pra que ela não se dissemine para os outros através das nossas mãos ou da nossa vestimenta. Enfim tudo que possa tocar como o leito, os pertences, além da precaução padrão, a gente utiliza a precaução de contato, quer seria evitar o nosso contato direto com o paciente sem uma barreira de proteção. **E10**

As precauções de contato aplicam-se em situações 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). Estas medidas devem ser adotadas quando há suspeita ou confirmação de infecção de importância epidemiológica, como no caso dos microrganismos resistentes (ANVISA, 2007; OLIVEIRA; DAMACENO, 2010).

No ambiente de cuidado à saúde, as mãos dos profissionais e os clientes colonizados ou infectados podem se constituir como reservatórios de microrganismos e, dessa forma, são apontados como importantes fontes na cadeia de transmissão. O ambiente também é apontado como reservatório destes devido a possibilidade da contaminação de superfícies inanimadas e equipamentos (OLIVEIRA; DAMACENO, 2010; UNEKE, NDUKWE, OYBO, 2013).

Estudos consideram que as mãos dos profissionais de saúde podem se constituir como importantes reservatórios e veículos de transmissão de microrganismos patogênicos por serem utilizadas, frequentemente, no contato físico com os clientes e ambiente. Apontam ainda que a aderência à higienização das mãos atualmente varia de 8 a 81%, resultando numa média de 40% (GUEDES et al., 2012; SQUERI et al., 2016).

Quanto ao ambiente, destaco um estudo sobre análise de superfícies do ambiente hospitalar (EUA, França, Irlanda, Reino Unido, Suíça, Alemanha, Hawaii, Katar, México, Japão) no período de 2000- 2008, em que se obteve o seguinte resultado: em superfícies da cama foram recuperadas VRE, *P.aeruginosa*, *C.difficile*, *A.baumannii* e MRSA, sendo o último mais frequente, além de encontrado em maçanetas, cadeiras, assentos sanitários e mesa. Nas torneiras destacou-se *P.aeruginosa*, comum em locais úmidos. Nos monitores e teclados, destacaram-se em maior frequência MRSA e VRE seguido de *C.difficile*, *A.baumannii* (OLIVEIRA; DAMACENO, 2014).

Os dados servem para evidenciar que o ambiente de cuidado à saúde pode abrigar microrganismos de importância epidemiológica e contribuir na cadeia de transmissão de doenças infecciosas.

Em outros relatos, os participantes atribuem a estas medidas o significado de prevenção de disseminação de microrganismos a fim de evitar contaminação aos profissionais de saúde e clientes internados.

Eu entendo por precaução de contato que são as medidas instituídas para que haja prevenção de propagação de bactérias, da transmissão cruzada de germes multirresistentes, entre um paciente e outro, aqui no caso dos pacientes internados. E também para proteção do profissional para que não cruze também, o germe multirresistente entre os pacientes da unidade. **E4**

É uma precaução que você não permite que algum patógeno ou alguma infecção que esteja no paciente, como uma bactéria, seja transmitida. É evitar que isso ocorra, seja transmitida de um paciente para outro paciente ou até mesmo para nós profissionais. (pausa) Só isso! **E6**

É para proteção dele ou para a nossa proteção, dos profissionais de saúde que estão atuando junto a ele, são exigidas algumas barreiras, para que nem nós possamos contaminá-lo ou o paciente possa nos contaminar e acabe contaminando outros pacientes que não estão em precaução de contato. Eu acredito que sejam barreiras para impedir esta transmissão de infecção. **E7**

É uma medida para evitar uma contaminação cruzada através do contato [...] porque no sangue tem algum microrganismo e que pode gerar uma doença ou passar/disseminar em toda clientela internada e até mesmo para nós que somos funcionários. **E12**

Não disseminar microrganismos nem para os profissionais e nem para os pacientes. Até mesmo para tentar prevenir a questão da resistência aos antibióticos por causa do cruzamento de cepas. **E15**

Autores apontam que a disseminação de microrganismos pode favorecer o aumento de infecções e colonizações no ambiente de cuidado à saúde. Dentre esses microrganismos, merece atenção a colonização ou infecção por microrganismos multirresistentes que pode implicar em complicações. Entretanto, especialistas recomendam a implantação da precaução de contato junto a outras medidas como estratégia para a contenção da sua propagação (HARRIS et al., 2010; MORAES, et al., 2013).

Dessa forma, a resistência bacteriana se constitui como problema de saúde pública a nível mundial e vem despertando a atenção de organizações nacionais e internacionais. Tal importância se deve ao fato de que as alternativas de tratamento se tornam bastante diminuídas na presença de organismos resistentes (SIEGEL et al., 2007; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Estudos apontam que o uso indiscriminado de antimicrobianos relacionados à prescrição médica inadequada e à baixa conformidade dos profissionais na adoção das

recomendações para o controle de infecções implica diretamente no desenvolvimento de cepas resistentes nas unidades de saúde (OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009; TREAKLE; THOM; FURUNO, 2009; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Na fala de E14, o significado de precaução de contato está atrelado a uma medida de biossegurança.

É uma medida de biossegurança na qual o profissional se protege em relação a alguma infecção ou microrganismo que o paciente possa estar colonizado ou já mesmo com a infecção instalada. Então, o profissional utiliza o capote e luva de procedimento para tocar no paciente. **E14**

Conforme abordamos anteriormente a precaução de contato deve ser entendida como uma medida de controle de IRAS que devem ser estabelecidas no cuidado de clientes com infecção suspeita ou reconhecida de importância epidemiológica que pode ser transmitida por contato direto e indireto. A mesma se empregada corretamente pode evitar a contaminação cruzada entre ambiente, clientes e profissionais (ANVISA, 2007; SIEGEL et al., 2007).

A biossegurança deve ser entendida como o conjunto de ações que visam a prevenção e proteção do trabalhador quanto aos riscos associados a produção científica, ensino e desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, proporcionando melhores resultados nestes trabalhos, estas ações buscam a saúde do homem, animais e preservação do meio ambiente. Dentre as várias NRs, destaca-se a NR-32, que define requisitos e diretrizes básicas de medidas de segurança e proteção a saúde de todos que trabalham em instituições de cuidado à saúde (BRASIL, 2010; SILVA et al., 2012).

É importante acrescentar que as medidas de precaução padrão são consideradas um conjunto de medidas adotadas como forma eficaz de redução dos riscos aos quais os profissionais de saúde estão expostos. Dessa forma, institui-se: lavagem de mãos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC), manejo adequado de resíduos dos serviços de saúde e imunização. A aplicação dessas medidas é recomendada em todos os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, pois limitam a propagação de microrganismos devida à manipulação segura de artigos e superfícies (MAZIERO; VANUCCHI, VITURI, 2012; SILVA et al., 2012; GARCÍA- ZAPATA et al., 2010; SRIDHAR et al., 2004).

Quanto às indicações para se instituir a precaução de contato, as falas a seguir expressam as representações dos participantes quanto às doenças infecto- contagiosas e microrganismos que recomendam estas medidas.

Bactérias multirresistentes. (pausa para pensar). Não sei [...] Ahhh tem precaução de contato por fungo também? [...] Não sei, não me vem nada a mente agora. **E1**

As bactérias seriam KPC, VRE, MRSA, ESBL. **E2**

Ah o MRSA, o VRE (pausa), ESBL. (pausa). Stafilococos também mas não é... Ai não me lembro de mais nenhum. **E6**

Herpes Zoster, Varicela. **E9**

KPC, VRE, ESBL, Pseudomonas. **E13**

Herpes zoster, pediculose, escabiose, diarreia por rotavírus, MRSA (pausa). Só me lembro destas! **E14**

KPC, VRE, MRSA, ESBL, Acineto. Paciente em diarreia por Clostridium, lesão com bastante secreção, varicela, herpes zoster. **E15**

A ANVISA (2009) aponta as seguintes situações que indicam a precaução de contato: infecção ou colonização por microrganismos multirresistentes, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreção não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimidos.

Algumas literaturas consideram ainda abscesso ou celulite com drenagem abundante incontida em curativo; infecção de ferida cirúrgica com secreção não contida, furunculose estafilocócica em lactentes e pré- escolar; adenovirose; conjuntivite viral ou hemorrágica; colite por *Clostridium difficile*; difteria; gastroenterite em paciente com incontinência fecal ou em crianças menores de 6 anos de idade; herpes simples neonatal; herpes simples mucocutâneo, disseminado ou primário severo; virose hemorrágica pelo vírus Ebola; infecção por vírus respiratório sincicial em crianças e adultos imunodeficientes, pediculose e rubéola congênita (SIEGEL, et al; GARCIA, 2011; DAMACENO, 2014)

Os relatos podem ser baseados na experiência de cuidado no cenário hematológico que atuam. A instituição tem um perfil de clientela com imunossupressão ocasionada pela própria patologia ou tratamento quimioterápico e, isso pode propiciar a aquisição de IRAS, principalmente, por microrganismos multirresistentes.

Alguns participantes citaram microrganismos que requerem outros tipos de medidas de precaução.

Então eu penso que a precaução de contato além dos microrganismos multirresistentes, por Herpes Zoster que além da precaução respiratória por causa das vesículas é indicada a precaução de contato, a catapora também [...] assim que me lembro [...] mas eu também penso que quando o paciente está com meningite também é empregada a precaução por contato. **E2**

São vários microrganismos: o BK, a meningite, VRE, KPC, ESBL, MRSA. Não estou lembrando agora de outros! **E7**

A Coqueluche, Hepatite A? Não lembro de nenhuma outra agora não! Varicela! Coqueluche! **E8**

Os participantes E2 e E7 relataram a indicação por meningite e E8 por Coqueluche e Hepatite A. Dessa forma, para as meningites bacterianas e coqueluche deve-se empregar a precaução para gotículas e instituir o uso de máscara cirúrgica. No caso da tuberculose, deve-se empregar a precaução para aerossóis e instituir o uso de máscara PFF2 (N 95) (ANVISA, 2009).

Em outros relatos, os participantes apontam que a precaução de contato precaução deve ser aplicada nos clientes com suspeita ou confirmação de infecção por bactéria e germes multirresistentes e quando provenientes de outra instituição de saúde.

Seria o paciente com o diagnóstico já definido que ele tenha determinada bactéria. Seria paciente em investigação que esteve em outro estabelecimento hospitalar e que internou conosco e agente não sabe se ele tem ou não tem, no caso rastreamento. Acho que só! **E3**

Dos pacientes já sabidamente colonizados, por germes multirresistentes, para aqueles pacientes que vieram de outra instituição hospitalar ou tiveram algum tipo de procedimento em outra unidade hospitalar por mais de 24 horas [...] Aqueles que têm de repente uma suspeita de colonização ou de infecção que estão desenvolvendo febre. Ainda mais nos pacientes que a gente tem aqui, o perfil de pacientes neutropênicos. Que pode desenvolver febre por algum germe multirresistente [...] **E4**

O paciente entra em precaução de contato quando ele vem de uma outra unidade, entra em precaução por rastreamento. A partir daí é feita a coleta de swab nasal e retal, para fazer o rastreamento, porém ele já entra em precaução de contato. E também o paciente que a gente já tem o histórico de uma determinada bactéria, de uma determinada precaução e aí ele já na precaução de contato. **E5**

É quando o paciente está com alguma bactéria que é transmitido pelo contato. Por exemplo, quando ele vem de um hospital pra cá; de uma instituição para a outra; quando há resultado de exame de cultura positivo para alguma bactéria ou qualquer outro microrganismo que possa ser transmitido por contato. **E12**

Algumas falas permitem evidenciar que as indicações podem estar atreladas a vivência do profissional na instituição. Os termos foram: “internou conosco e a gente não sabe se ele tem ou não”, “Ainda mais nos pacientes que a gente tem aqui”, “quando ele vem de um hospital pra cá”.

Nos casos em que há clientes transferidos de outros hospitais, quadros de diarreia sem etiologia definida e quadros exantemáticos sem etiologia definida devem ser empregados a precaução de contato como uma forma de precaução empírica. Em casos de suspeita, os clientes são colocados em rastreamento sendo realizados exames diagnósticos para se descartar ou confirmar a colonização e/ou infecção que indique isolamento de contato. (DAMACENO, 2014).

Os dados são importantes, pois servem para identificar lacunas acerca dos apontamentos das medidas de precaução de contato estando, na maioria das vezes, relacionados a situações que cerceiam a sua prática diária na instituição. Torna-se de grande valia, que a instituição de saúde ofereça capacitações e orientações por meio de atividades educativas voltadas para as medidas de controle de infecções, pois a aplicabilidade inadequada destas pode implicar em disseminação de patógenos e contaminações cruzadas.

4.2.2 Aplicando as medidas de precaução de contato

Com relação às medidas de precaução de contato empregadas nas práticas de cuidados aos clientes em isolamento, as falas a seguir permitiram analisar a aplicabilidade destas medidas na realização da assistência de enfermagem.

Primeiro eu tenho que pensar o que vou fazer nesse paciente; segundo, eu vou separar os materiais que eu só vou utilizar nessa abordagem ou procedimento; terceiro, vou lavar as mãos com água e sabão antisséptico ou uso álcool gel; quarto, vou entrar na enfermaria e coloco o capote, a luva e realizo o procedimento [...] Terminei de fazer, retiro a paramentação, saio da enfermaria e lavo as mãos de novo. **E2**

Antes de entrar no leito eu vou lavar as mãos, colocar a luva, o capote e vou conversar com o paciente a respeito do procedimento [...] Vou atentar para não me encostar nos equipamentos de uso exclusivo e no mobiliário [...] Tiro as luvas e enseguida o capote [...] Depois, eu vou lavar as mãos. **E3**

Antes de entrar no quarto, vou lavar minhas mãos. Geralmente no quarto fica um capote e uma caixa de luva. Então vou calçar as luvas, vou vestir o capote e vou fazer todo o procedimento que eu precisar naquele paciente. Posteriormente para retirar, eu vou tirar uma mão da luva, com a mão enluvada, vou retirar um braço desse capote. Com esse braço eu tiro a outra luva do braço do capote. Rasgo a faixa que fica presa e aí com o capote, puxo o capote e vou enrolando ele. Aí lavo as mãos novamente. **E7**

Primeiro, antes de entrar em contato com o paciente, lavo as mãos, coloco capote e luvas de procedimento. Eu, particularmente, uso a precaução padrão, como máscara ou óculos quando vou entrar em contato com secreções ou excreções. Após o procedimento, tiro luvas, capote e lavo as mãos novamente. **E13**

Através dos relatos, os participantes apontaram a higiene das mãos antes e após o contato com o cliente, uso do capote ao realizar procedimentos e o uso das luvas ao estabelecer contato.

São recomendadas as seguintes medidas: uso de luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito, antes do contato com o paciente ou as superfícies e

retirá-los após o uso; Higiene das mãos antes e após contato com o cliente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue e secreções. (SIEGEL et al, 2007; ANVISA, 2007).

No relato de E13 é citado ainda o uso de máscara e óculos nos casos de contatos com secreções e excreções. No caso da precaução padrão recomenda-se o uso de máscara e óculos quando há risco de exposição a fluidos corpóreos.

Em algumas falas, os participantes apontam o uso da luva, capote e a higiene das mãos antes do contato com o cliente. E, no entanto, não mencionaram a higiene das mãos após contato com o cliente.

Primeiro, lavo as mãos, vou verificar a precaução de contato realmente. Vejo, observo se no leito já há o capote pendurado, aguardando para a utilização. Se não houver ou havendo o capote descartável, venho visto o capote e coloco a luva de procedimento e me direciono para o leito do paciente. Quando acabo, retiro a luva e capote. **E4**

Eu vou me equipar primeiramente com capote, luva, com gorro, com máscara se houver necessidade, dependendo do que eu vou fazer quanto ao procedimento. Vou explicar ao paciente. Ah, lavo as mãos antes de me paramentar. **E6**

Lavar as mãos, providenciar um capote, luvas de procedimento [...] Depois que terminou o procedimento, a gente retira a luva. Não, a gente desamarra o capote, puxa o capote e aí eu retiro a luva junto com o capote. Tiro a luva e aí depois eu viro o capote. **E10**

Em dois relatos foram mencionados o uso das luvas e capote, porém nenhuma referência foi feita a respeito da higienização das mãos.

Eu pego o capote, que normalmente fica pendurado ao lado do leito do paciente, e o coloco e depois a luva. Após realizo o procedimento. Quando eu acabo, primeiro retiro as luvas e depois o capote com cuidado de não fazer com que a minha mão toque no capote. Na verdade, na hora que estou tirando as luvas vou retirando o capote para poder retirar a luva e colocar o capote novamente pendurado. **E14**

Ah eu me paramento. Eu coloco a máscara, as luvas e capote. Realizo o procedimento. Quando acabo, retiro uma luva e já saio puxando a manga do capote com a mão que ainda está com luva. Depois eu faço a mesma coisa com o outro lado e jogo tudo na lixeira. Depois tiro a máscara. **E15**

São apontados cinco momentos em que deve ser realizada a higiene das mãos. São eles: antes de tocar o cliente, antes de realizar procedimento limpo/ asséptico, após risco a exposição a fluidos corporais, após tocar o cliente e após tocar superfícies próximas ao cliente (ANVISA, 2015).

Em estudo realizado para avaliar a adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde, a categoria de enfermagem somou 748 registros de oportunidade de higiene das mãos (HM). Desses, 247 registros indicaram HM, sendo que 196 indicaram HM de forma incorreta (PRIMO et al., 2010).

Estudos apontam diferentes motivos relacionados à negligência dos profissionais de saúde à técnica de HM, algumas vezes pautada às suas crenças e mitos, ausência de pias próximas ao cliente e recursos adequados, reações cutâneas nas mãos, falta de motivação, tempo, recursos humanos, preparo e consciência sobre a importância das mãos na transmissão de microrganismos (BATHKE et al., 2013; TRANNIN et al., 2016).

Em um relato não houve referência ao uso do capote e luva.

Primeiramente, separo o material e depois lavo as mãos. Vou avaliar o local que vou fazer o procedimento. Em seguida preparo o material que vou usar para levar uma quantidade necessária. Depois lavo as mãos novamente e passo álcool 70% no que usei para levar os materiais. **E9**

Em estudo sobre a adesão dos profissionais de saúde às medidas de precaução de contato identificou 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. Quanto ao uso das luvas, apesar de a maioria dos participantes citarem o seu uso, 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 (GARCIA, 2011).

Em dois relatos houve referência ao uso da touca e máscara no cuidado aos clientes em isolamento de contato.

Eu uso a touca, pois eu me sinto mais confortável. Se eu vou fazer um cuidado com o paciente geralmente eu já saio do setor com a touca e luva. Paciente em precaução de contato uso luva e capote no leito. **E8**

Eu coloco o capote, máscara, touca, luva. Antes disso, higienizo as mãos porque elas são veículo de contaminação. Só! **E12**

No que tange ao uso da touca e máscara, estes devem ser empregados nos casos em que há risco de exposição dos profissionais de saúde a fluidos corporais e, ainda, as máscaras devem ser utilizadas nos isolamentos respiratórios. O uso destes sem indicação pode representar gastos à instituição (ANVISA, 2007).

Chama atenção, a fala de um participante quanto à dificuldade de “controlar” o cliente que se encontra em isolamento de contato.

Primeiro, vou olhar o leito, sem tocar em nada, pois o enfermeiro já tem essa visão e avaliar o que o paciente já possui [...] Depois, lavo as mãos e uso os equipamentos de proteção individual [...] Após retiro a luva e capote. Vou sair do leito e enfermaria e lavar as mãos de novo. **E1**

E ainda acrescenta:

O paciente que fica no leito eu acho que você consegue controlar um pouco mais, agora o paciente que deambula é mais complicado porque tem a questão do banho, tem a interação desse paciente com os outros da enfermaria [...] e dependendo da estrutura física ele vai conversar, vai aqui, vai ali. Então entra a questão da orientação. **E1**

Neste processo, torna-se de grande valia o cliente em precaução de contato receber orientações quanto a estas medidas no sentido de favorecer sua participação ativa no processo de recuperação. Como referido por Teixeira (2008, p. 23):

Embora os discursos atualmente veiculados na área da saúde privilegiam a abordagem holística, centrada no ser humano, e o reconhecimento da cidadania do cliente, o que significa atentar para os direitos e deveres dos sujeitos na prática assistencial hospitalar, o atendimento, via de regra, se dá de forma diretiva que pouco privilegia ou estimula a participação do cliente no todo da assistência/cuidado, fato este contrário a um dos princípios do Sistema Único de saúde (SUS), o princípio da integralidade.

Considero importante relatar sobre estudo a respeito da vivência de clientes internados com diagnóstico para bactérias multirresistentes e em isolamento permitiu evidenciar que os clientes referiram ter recebido informações superficiais sobre sua condição de multirresistência e referiram dúvidas sobre a transmissão de microrganismos e a necessidade de isolamento. Eles perceberam os procedimentos diferenciados, aos quais alguns entrevistados associaram sentimentos de discriminação, diminuição da autoestima e medo (SANTOS et al., 2010). Dessa forma, é de suma importância esclarecer os clientes sobre a rotina de cuidados para que haja a compreensão e colaboração durante a internação.

4.2.3 Internação e uso de equipamentos na precaução de contato.

Esta subcategoria emergiu a partir dos relatos dos participantes acerca de medidas relacionadas ao local de permanência do cliente, sinalização e uso de equipamentos na precaução de contato.

Estes se constituem como medidas relacionadas ao ambiente de cuidados à saúde com o objetivo de controlar IRAS. Entretanto, para que estas sejam implementadas adequadamente torna-se necessário o desenvolvimento de protocolos institucionais e a observação destes pelos profissionais de saúde.

Estudos apontam que o monitoramento das práticas de limpeza do ambiente, do emprego de objetos de uso exclusivo para cada paciente, como termômetros e estetoscópios, do reforço do treinamento da equipe e da realização de culturas ambientais quando houver evidências de fontes do ambiente relacionadas a surtos também pode favorecer o controle da

disseminação ambiental de bactérias multirresistentes (SIEGEL et al., 2007; DREES et al., 2008; SMITH et al., 2012).

O *Guideline for Isolations Precaucion, do Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), fazem as seguintes orientações: quarto privativo ou coorte de pacientes com a mesma doença ou microrganismo; Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro; equipamentos como termômetro, esfignomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente; visitas restritas e orientadas.

Quanto ao local indicado para o cliente em isolamento de contato, as falas a seguir expressam as representações acerca desta recomendação.

Quarto privativo. É o que me lembro! **E2**

O que eu sei que o que é preconizado pela ANVISA, é que o paciente precisa ser acomodado em um quarto individual, e serem instituídas as medidas de precaução de contato [...] **E4**

O ideal era ficar em quarto separado. **E12**

Em quarto privativo e caso não haja disponibilidade deste pode ser colocado numa enfermaria com distância de um metro. **E13**

Os relatos apontam que a internação destes clientes deve ser em quarto privativo. **E13** acrescenta que na impossibilidade deste pode haver distanciamento entre os leitos de um metro.

Outros participantes referiram enfermaria de isolamento.

Ele deve ficar numa enfermaria específica para isolamento de contato, que seria o certo. (pausa). **E3**

A partir do momento, que eu tenho um paciente, que é precaução, ele tem que ficar numa enfermaria de isolamento. Ou então se ele está em precaução por rastreamento também, porque não se sabe se ele é ou se não é [...] **E5**

[...] Nós temos aqui no setor alguns leitos que já são leitos para pacientes em isolamento. Porém temos tantos pacientes em isolamento por determinadas bactérias que, às vezes, ficam numa mesma enfermaria que os outros paciente que não estão em precaução. **E7**

A gente não tem enfermaria de isolamento. **E10**

O ideal seria que ele ficasse numa enfermaria sozinho mas não é isso que acontece. **E14**

Dependendo da rotina da instituição são instituídas enfermarias de coorte. Estas consistem em manter, em uma mesma enfermaria, clientes em rastreamento ou casos

confirmados de infecção ou colonização pelo mesmo agente etiológico (SIEGEL et al., 2007; ANVISA, 2007).

É importante apontar que alguns cuidados devem ser adotados ao se utilizar quarto privativos para isolamentos como: a porta do quarto deve ser mantida fechada e identificada como isolamento; deve ser evitada a formação de estoque de material, pois ao final do isolamento este deve ser desprezado; não circular com EPI fora do quarto (luvas, máscara, avental); controlar a entrada de profissionais no isolamento, deve ser dada prioridade estão diretamente responsáveis pelo cliente (SIEGEL et al., 2007; ANVISA, 2007).

Quanto aos equipamentos de uso exclusivo aos clientes em isolamento, as falas a seguir expressam o conhecimento dos participantes quanto a esta recomendação.

Termômetro, aparelho de pressão arterial, caixa de luva, materiais individuais para curativos. E tudo que ele for usar nele, dele próprio. **E1**

[...] são os equipamentos para verificação de sinais vitais como termômetro e aparelho de PA pra esse paciente. Não é mais preconizado, eu acho, deixar almotolias nas enfermarias [...] e os produtos de higiene pessoal e o resto conforme for necessário vai sendo utilizado pela equipe. **E2**

No leito, a mesa de cabeceira, gaze, algodão, álcool. Tudo que for fazer no paciente tem que ser individual, termômetro, aparelho de pressão. Tem mais, mas eu me esqueci. Comadre ou patinho também de uso só para ele. **E3**

Macronebulização, nebulização, aparelho de PA, estetoscópio, termômetro. Tudo que é de uso pessoal só pode ser dele. Não podemos compartilhar com outro paciente. **E12**

Termômetro, aparelho de PA, estetoscópio e qualquer material que eu precise para fazer algum procedimento que seja exclusivo desse paciente. **E14**

A partir das falas é possível observar que os participantes atribuem aos equipamentos de aferição de sinais vitais e materiais que entram em contato com o cliente em isolamento.

Um participante expressou que seria ideal o cliente em precaução de contato ter o cuidado sendo executado por um único técnico de enfermagem.

Todo o equipamento de aferição de sinais vitais. O ideal é que até os materiais usados pelo pessoal fosse separado dos pacientes, seria ideal que tivesse um profissional de enfermagem também exclusivo para aquele paciente que tenha precaução de contato. Isso a gente faz, na prática dentro do que é possível no dimensionamento de pessoal, da escala de serviço diária. Todos os aparatos e objetos que a gente fosse usar com o paciente que de repente a gente poderia usar no uso coletivo como bandejas, material para o banho, e tudo o mais, o ideal é que fosse individualizado para esse paciente. **E4**

A literatura recomenda que os profissionais de saúde que prestam assistência ao cliente em isolamento deveriam ser exclusivos. Entretanto, havendo impossibilidade o

profissional deve ser orientado a realizar as atividades a estes clientes somente depois de prestar os cuidados aos outros clientes da unidade de saúde (SIEGEL et al, 2007).

Convém salientar que a estrutura física e disponibilidade de insumos adequados para as práticas de cuidados são importantes fatores que podem interferir na aplicabilidade adequada das medidas de controle de infecções.

Em um estudo sobre adesão dos profissionais de saúde às precauções de contato em Unidades de Terapia Intensiva evidenciou um predomínio de respostas como a falta de estrutura física e falta de materiais e equipamentos ao referirem as dificuldades para adesão a estas medidas (GARCIA, 2011).

Em outro estudo sobre adesão dos profissionais às medidas de precaução padrão e específicas em unidade de atenção primária também evidenciou que os profissionais referem inadequação da unidade para a separação e/ou privação dos clientes suspeitos ou confirmados com doenças transmissíveis (MAROLDI, 2015).

Em outro estudo, a omissão institucional frente às ações que possam garantir a segurança no ambiente de cuidado à saúde apresentou-se como fator de risco para a segurança do trabalhador e clientes. Dessa forma, quando a instituição não assegura ao profissional um ambiente adequado às práticas assistenciais, essa condição pode refletir em comportamentos de risco por não possuir equipamentos e condições estruturais adequadas. (SILVA, 2013).

Esses estudos permitem comparar dados em cenários diferentes e que apresentam problemas de estrutura física semelhantes para a implementação das medidas de precaução nos ambientes de cuidado à saúde.

4.3 Categoria temática: Caminhos possíveis para melhorar a adesão às medidas de controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: atividades educativas.

A educação é um processo contínuo de construção do conhecimento, no qual se utiliza o pensamento livre, crítico e reflexivo. Quando voltada para o serviço de saúde pode se constituir numa estratégia capaz de assegurar a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação aos cuidados ofertados aos clientes.

De acordo com as propostas atuais torna-se importante considerar a necessidade de articulação entre o saber conhecer e o saber fazer nos processos educativos, pois ambos são elementos da mesma experiência humana, capazes de ultrapassar a padronização e a suposta divisão entre teoria e prática além de estimular a criatividade e o espírito inventivo (BRASIL, 2009).

As falas a seguir expressam relatos dos participantes quanto as atividades que devem ser realizadas a fim de que se possa melhorar a adesão e aplicabilidade correta das medidas de controle de infecções. Estes explicitam a necessidade do desenvolvimento de atividades com foco educativo.

Através de ações educativas que é a melhor forma. Porque eu vi pelos meus técnicos que talvez eles tivessem dificuldade para utilizar capote e de deixar de realizar estas medidas por desconhecimento. **E14**

Acho que devemos perguntar o que eles sabem e a partir do que eles têm conhecimento e então complementamos. **E15**

Em outros relatos, os participantes reforçaram a necessidade de desenvolver atividades que contextualizem a temática no cenário de cuidados que estão inseridos.

Uma troca de informação maior. Não é só chegar com papel para dizer que está infectado [...] Infectado por quê? Quais os meus problemas? O que está acontecendo? Como está a estrutura das enfermarias [...] Estou sem capote, sem termômetro pra individualizar compartilhando materiais [...] Os pacientes em precaução de contato deambulam, circulam por aqui e por ali[...] como está sendo feita a orientação para esses pacientes. Deveriam acontecer reuniões periódicas onde cada um leva a sua visão e seus problemas diários. Enfim, tentar resolver juntos. **E1**

Eu acho que é o contexto! Tem que ser feito assim: o que é KPC? Explicar ao paciente e funcionário o que é... Então antes de se ter um treinamento de higienização das mãos deveria ser compartilhado o conhecimento sobre o que é uma precaução de contato... Com isso, a pessoa vai ter mais consciência na hora de preparar uma medicação, quando for administrar ou quando for se paramentar. **E5**

Alguns participantes sugerem a realização de atividades educativas contínuas explorando teoria e prática no setor de atuação.

No setor, *in locus*, em torno de 15 a 20 minutos, seria ideal, pois nem sempre dá para liberar metade da equipe para treinamento. Explicar o porquê deve ser feito de uma determinada maneira. E treinamento com demonstração para que as orientações sejam feitas no momento. Às vezes, os profissionais têm vícios e nestes momentos dá para se apontar o que é correto e adequado. **E9**

A todo o momento fazer palestras curtas e num outro momento, captá-los para fazer um treinamento. Porque não adianta eles estarem ali presentes, mas preocupados com o que tem para fazer. Também seria bom fornecer informativos breves e objetivos, mas estas atividades precisam ser contínuas e devem ser no setor porque ir para auditório é complicado pelas diversas tarefas que temos aqui. **E12**

Acho que na dinâmica mesmo [...] De sentar e estar abordando o tipo de precaução, o tipo de resistência do microrganismo e o porquê daquilo. Acho que um bate papo seria bem produtivo. Antes de começar o plantão estar chamando a equipe e mostrando para o profissional na prática, realmente. **E6**

Além da parte teórica eu acho que deveria ter a prática com relação à paramentação por que muitas vezes, a equipe coloca errada e os tira errado também ou quando não deixa o capote posicionado errado [...] Se fosse uma atividade no setor seria melhor porque se deslocar para ficar ouvindo uma palestra muita gente não gosta. Divide a equipe em grupo e faz um treinamento rápido com cada uma. Uma gincana ou uma dinâmica de grupo, às vezes, se aprende mais do que uma palestra e ter que ficar ali sentado ouvindo. **E3**

Alguns participantes ressaltaram a importância do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) nas atividades de orientação e treinamento aos profissionais do setor.

Só um bate papo entre as equipes logo no início do plantão mostrando o que é um paciente hematológico, o que acontece com a contagem celular dele, principalmente quando o paciente faz quimioterapia. Depois em cima a CCIH poderia ter uma ação mais presente como ir aos setores, fazer um bate papo com a equipe, trazer atualização sobre infecção hospitalar, fazer uma atuação prática com os profissionais. **E2**

Então acredito que a CCIH possa vir trazer uma atualização para a equipe, até para a disseminação e multiplicação dessa informação. Qual a vantagem do sabão sobre o álcool, do álcool sobre o sabão. Quanto tempo, qual a técnica, muita dúvida na técnica do uso do álcool gel. Se é fricção, 15 segundos, se é a mesma técnica da lavagem simples das mãos e tudo o mais [...] Acredito que é orientação. É realmente reforçar com a equipe, trazer ao conhecimento da equipe, o porquê de cada norma, de cada rotina institucional para precaução de contato. Explicar o porquê tem que fazer um procedimento com aquele paciente de uma determinada forma. Qual benefício vai trazer em relacionado à situação clínica do paciente. **E4**

Pequenas orientações no dia a dia, uma vez por mês, para isso ser reiterado. E fixar também. A gente vê aqui muito a abordagem da lavagem das mãos. Eu entendo a importância, que é o fator mais barato dentre todos os procedimentos que adotamos, mas acho que ainda falta fazer uma orientação com relação aos outros tópicos também. A colocar, mesmo quando a gente teve que reutilizar os capotes, os profissionais da CCIH não fizeram orientação, pois partiram do princípio que nós já sabíamos. E aí nós paramos novamente e perguntamos: “você sabem como colocar o capote e tirar?”. E aí a gente pegou o capote e mostrou para os técnicos como fazia para colocar e retirar. **E7**

Os relatos dos participantes permitem evidenciar que as atividades desenvolvidas para a abordagem de temáticas sobre IRAS não estão de acordo com as suas expectativas e necessidades de atualizações sobre IRAS. Por meio destes, identifica-se que a ação educativa parte do princípio do modelo tradicional de ensino, onde as informações são transmitidas de maneira verticalizada e persuasiva onde o educador assume a postura de detentor do saber e educandos recebem passivamente o conteúdo.

Os apontamentos dos participantes vão ao encontro das políticas atuais de educação na área da saúde em que se discute que a capacitação dos profissionais precisa assumir uma nova conformação para que os processos de educação dos profissionais se façam a partir da problematização do processo de trabalho e sejam pautados na reflexão crítica das suas práticas nos serviços de saúde (BRASIL, 2009; SILVA; DUARTE, 2015).

Dessa forma, as atividades de Educação Continuada que tem como objetivo de atualização de conhecimentos específicos pode vir a ser complementada pela Educação Permanente em Saúde que busca exercitar nos espaços de trabalho a pedagogia da problematização. De acordo com Bodernave (1999, p. 265) “a capacidade do que se deseja desenvolver é a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente”.

4.4 Categoria temática: Atividade educativa em serviço compartilhada com enfermeiros: uma proposta da PCA.

O processo de educação em serviço junto a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) pode ser capaz de colaborar para a mudança de condutas diante das situações que envolvam as medidas de controle de infecções junto aos enfermeiros participantes e, estes, podem influenciar atitudes favoráveis e adequadas quanto à prevenção de IRAS. Sendo assim, a proposta em questão vai ao encontro do que propõe a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) que tem por finalidade capacitar os profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades da população, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

As entrevistas com os participantes acerca das medidas de precaução de contato permitiu desenvolver uma atividade educativa em serviço através da problematização das questões levantadas. Dessa forma, optamos por colocar no roteiro de questões temáticas chaves a fim de que pudesse ser o ponto de partida para a realização da atividade proposta.

Para esta, partimos dos relatos das seguintes questões: Quais os tipos de medidas de precaução adotados nos serviços de saúde; como deve ser realizada a higiene das mãos e como devem ser utilizados os equipamentos de proteção individual (EPI). Consideramos oportuno realizar orientações acerca destas temáticas por serem apontadas na literatura como importantes ferramentas para a prevenção e controle da propagação de microrganismos nos ambientes de cuidados de saúde.

Como proposta da PCA, foi possível integrar o conhecimento da pesquisadora com os profissionais participantes. Esta se deu como uma oportunidade para realizar treinamento quanto à técnica de higiene das mãos e , ainda, quanto à técnica de colocação e retirada de EPI.

4.4.1 Tipos de precaução

O primeiro momento destinado à atividade educativa se deu ao identificar que seria oportuno contextualizar acerca das medidas de precaução que são instituídas no ambiente hospitalar a fim de evitar infecção cruzada por patógenos de importância epidemiológica. A seguir, apresento um recorte das falas.

Além do contato tem a respiratória. (pausa) Não lembro! **E3**

Precaução aérea, quando a gente tem por gotícula e aerossol. A precaução reversa, que é aquela que a gente usa máscara, luva, como se fosse à precaução de contato e a aérea, para pacientes imunodeprimidos. Contato, aérea, aerossol e respiratória, a princípio são essas! **E4**

Existe a precaução padrão, pra quando nós formos ter contato com excretas, com sangue... Para todo paciente... E quando o paciente é determinado que ele é um paciente que tá em precaução por contato. Se for contato, o capote e luvas. Se for precaução por gotículas, seria máscara N95. Alguns isolamentos são contato e aerossol, aí seria capote, luva e também N95, ou quando é por aerossol, N95 e gotícula seria a máscara cirúrgica comum. **E7**

Precaução de contato, precaução respiratória e precaução por aerossóis. E a precaução padrão! Para todos os pacientes. **E8**

Precaução de contato, gotícula e aerossol. **E9** Pelos relatos, foram apontadas a precaução respiratória, reversa, padrão, contato, gotícula, aérea e aerossol.

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária as medidas de precaução visam conter a disseminação de microrganismos e evitar a contaminação cruzada de clientes, profissionais e ambientes. Dessa forma, há a precaução padrão (PP) e precauções baseadas nos modos de transmissão dos microorganismos: precauções respiratórias para transmissão aérea (aerossóis), precauções respiratórias para gotículas e de precaução de contato, entretanto a aplicação de cada uma das precauções não exclui o uso da precaução padrão. (ANVISA, 2007; SIEGEL et al, 2006; FIGUEIREDO, LEITE, 2006).

Após os seus relatos a pesquisadora compartilhava orientações atualizadas acerca das principais medidas de precaução que são preconizadas como recomendações para o controle de IRAS. O espaço permitiu a explicitação de dúvidas e a construção de atividade que possibilitou a integração do conhecimento entre pesquisadora e participantes.

Para desenvolver as orientações adotei como base as referências bibliográficas da pesquisa em tela conforme apresentado no quadro- resumo.

Quadro 2 – Orientações sobre medidas de precaução compartilhadas com os participantes do estudo.

Tipo de precaução	Indicações	Recomendações
Precaução Padrão	Forma de intervenção para minimizar a exposição do paciente e do profissional de saúde, definidas por um conjunto de ações planejadas, que têm por objetivo a proteção dos profissionais e dos pacientes.	Higienização das mãos, uso de luvas, avental, máscaras, protetor ocular e protetor de face, manuseio e descarte apropriado de materiais perfuro-cortante, 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 cliente.
Precauções respiratórias para aerossóis.	São utilizadas para diagnóstico ou possibilidades de patologias transmitidas por partículas < 5 micrômetros, eliminadas durante a respiração, fala ou tosse que ficam suspensas no ar, podendo permanecer suspensas por horas e atingir ambientes diferentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Quarto privativo com pressão negativa do ar em relação às áreas adjacentes, com porta privativa fechada; - Uso de máscara N-95; - O transporte deve ser evitado. Quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica; - As visitas devem ser restritas; - Os artigos e equipamentos deverão ser exclusivos para o paciente ou em comum para pacientes acometido com o mesmo microorganismo.
Precauções respiratórias para gotículas	As precauções respiratórias para gotículas são mais facilmente preveníveis e são utilizadas para diagnóstico ou possibilidades de patologias transmitidas por partículas maiores do que 5 micrômetros.	<ul style="list-style-type: none"> - Quarto privativo ou coorte de pacientes com a mesma doença; - Uso de máscara comum para todos que entrarem no quarto durante o período de transmissão da doença; - O transporte do paciente deve ser evitado. Se necessário o paciente deverá utilizar máscara comum ao sair do quarto.
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).	<ul style="list-style-type: none"> - Quarto privativo ou coorte de pacientes com o mesmo microorganismo isolado; - 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; - Utilizar avental sempre que

		<p>houver possibilidade de contato das roupas do profissional com o paciente, seu leito, mobiliário do quarto ou material contaminado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - O transporte do paciente deve ser evitado. Quando for necessário, o profissional deverá utilizar as precauções de contato durante todo o trajeto; - Os artigos de cuidados do paciente devem ser de uso individual como estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro; - As visitas devem ser restritas.
--	--	---

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2007).

Na segunda entrevista, uma participante sugeriu a elaboração de um quadro a fim de que pudéssemos visualizar os diferentes tipos de precaução e suas especificidades. A partir desta, resolvi empregar a dinâmica nas outras entrevistas e a construção do conhecimento se deu de maneira simples, divertida e baseada nas orientações fornecidas ao longo do processo de debate.

Quadro 3- Medidas de precaução.

Medidas de precaução	Higienização das mãos	Uso de luvas	Uso de capote	Uso de máscara e óculos	Quarto privado	Máscara cirúrgica	Máscara PFF2 (N95)	Caixa pérfuro-cortante
Padrão	X	X	X	X				X
Contato	X	X	X		X			
Gotículas	X	X			X	X		
Aerossóis	X	X			X		X	

Elaboração: Enfermeiros participantes.

Um ponto que merece destaque ao analisar o quadro é que a higienização das mãos e o uso das luvas foram os itens marcados em todas as precauções o que pode significar que os participantes atribuem importância a essas recomendações.

Quanto às indicações considerei importante apresentar uma lista da ANVISA que contém o nome do microrganismo ou doença infecciosa e a indicação do tipo de precaução ao seu lado para que os profissionais possam acessá-la em caso de dúvidas. Ainda disponibilizei o material aos participantes e no setor próximo ao mapa de precaução de contato que se encontra em lugar acessível na unidade (Anexo C).

Considero de suma importância apresentar um recorte dos relatos expressos pelos participantes no decorrer das orientações:

Então a precaução padrão é o cuidado com a contaminação do paciente? Vou tentar exemplificar... No banho do leito, ou alguma secreção, eu tenho que ter cuidado de usar o EPI correto. Na verdade são os cuidados que devemos ter com todos os pacientes. **E6**

Hum então a precaução padrão se usa em todos os pacientes e a precaução de contato é só para aqueles pacientes que têm indicação por causa de um microrganismo. É isso? **E12**

Não sabia de muitas indicações! Para mim incontinência está sempre relacionado à gerontologia! **E1**

Não! Essa última parte de incontinência não e nem muitas outras sabia! A parte do Herpes Zoster, eu havia me esquecido mesmo de citar. **E4**

Não sabia! Nossa! Muitos pacientes aqui têm muitos curativos com muito exsudato esverdeado e não estavam em precaução por contato. **E7**

Não vejo os pacientes com lesões exsudativas serem colocados em precaução. Agora que estou sabendo! **E9**

Interessante! Eu desconhecia todas elas. Não sabia. Eu acho que deveria ter a aplicabilidade para essas indicações. Ah de bactéria multirresistente, de doença infecto contagiosa, escabiose eu sempre vejo, mas quanto a diarreia, da secreção, nunca vi. **E10**

Pelos relatos pode-se identificar que houve uma associação com o cenário da sua prática. Esse processo é oportuno para a tomada de conscientização do profissional e para que se possam empreender mudanças relacionadas ao cuidado diante das precauções.

4.4.2 Higiene das mãos

O segundo momento destinada à atividade educativa foi relacionada à higiene das mãos. A higienização das mãos é a ação mais importante na prevenção e no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, pois com a adesão às boas práticas há melhoria

da qualidade no atendimento ao paciente e conseqüentemente, redução de morbidade e da mortalidade, como também, à redução de custos associados ao tratamento dos quadros infecciosos (ANVISA, 2008).

Vale ressaltar que estudos apontam a atividade educativa em saúde como um fator de sucesso e que representa um dos pilares para melhoria das práticas de higienização das mãos (HM). Dessa forma, ressaltam que os profissionais de saúde precisam de formação/ educação integral sobre a importância da higiene das mãos, abordagem dos cinco momentos e os procedimentos corretos para a higiene das mãos (SOUSA et al., 2015; BATISTA et al., 2016; SHOBOWALE, BENJAMIN, KEN, 2016).

A seguir foram apresentados os relatos acerca de como e quando deve ser feita a higiene das mãos.

Com água e sabão (risos). Não aplico a técnica. Mas sei que tem, mas na prática a realidade é outra. Não nos atentamos para essas coisas. Só tive um treinamento e o esquema nas pias é pequeno e confuso. **E1**

Eu lavo toda hora. Eu lavo mais quando estou na assistência. Aqui nem sempre, assim no exame físico, e tal, no curativo. Mas é que na enfermaria nos envolvemos menos com o paciente. Na UTI eu lavava mais, acho que é por causa da assistência ser maior e aqui ficamos mais com a parte burocrática [...] A gente não lava as mãos corretamente! (risos)! Não vou te dizer que todas às vezes que eu lavo as mãos, puxo aqui, até o cotovelo e faço aquela lavagem. Eu procuro lavar as pontas dos dedos, todos os dedos até o cotovelo. E uma coisa, que aqui a pia é horrível para lavar [...] Eu nem sei se e não me lembro. Eu lavo a mão como eu aprendi ainda na Faculdade, mas eu não sei se é o correto. Vamos lá: lavo as mãos e uso o sabão para degermar as pontas dos dedos. Eu escutei numa palestra, que não se lava mais os dedos assim, que agora tem outra forma de lavar. **E8**

A lavagem das mãos é um ato mais mecânico e pode retirar toda sujidade das mãos, mas o álcool gel é bactericida e tem uma ação antisséptica. A lavagem das mãos que fazemos não é a correta, pois o procedimento passo-a-passo tá errado. Você vê todos fazendo a mesma coisa: molhamos as mãos e colocamos sabão, mas o que tem que ser feito para tentar eliminar sujidade ou microrganismos ninguém faz correto. **E12**

A lavagem das mãos com água e sabão tira mais a sujidade e microrganismos de áreas mais superficiais da pele já o álcool 70% ele tem uma atuação mais bactericida, mas eu lavo mais as mãos com água e sabão [...] quanto à técnica e o tipo de produto utilizado eu tenho dúvidas e tenho certeza que não sei aplicar direitinho. **E13**

Antes e depois de fazer qualquer procedimento. Com água e sabão e álcool glicerinado. O gel pode ser usado quando eu for realizar um procedimento, eu não preciso lavar as mãos, passo a álcool gel e aí coloco a luva novamente. Então, eu não faço os passos preconizados e não fico contando o tempo que fico lavando as mãos [...] não sei se a técnica está correta, mas do que vou me lembrando eu faço. **E15**

Conforme os relatos, os participantes referem dificuldades quanto à técnica de higiene das mãos relacionados a fatores comportamentais e estruturais.

Pelo relato de um participante houve expressão de dúvida quanto à técnica correta e utilização de produtos para a higiene.

A higiene das mãos envolve o uso do álcool gel ou sabão líquido, mas precisamos de atualização. Acredito que a equipe da CCIH, que sempre vem buscando atualizações para a unidade, deve fazer um esclarecimento maciço da equipe. Qual a vantagem do sabão sobre o álcool, do álcool sobre o sabão. Quanto tempo, qual a técnica, muita dúvida na técnica do uso do álcool gel. Se é fricção, 15 segundos, se é a mesma técnica da lavagem simples das mãos e tudo o mais [...] Então acredito que a CCIH possa vir trazer uma atualização para a equipe, até para a disseminação e multiplicação dessa informação. Fica um pouco obscuro, porque, tem pessoas que ainda levantam a questão da clorexidina alcoólica, no lugar do álcool, por conta do efeito residual. Então há muitos achismos, vamos dizer assim, em relação a essa conduta na desinfecção das mãos. **E4**

Em outros, os participantes justificaram não aplicar a técnica correta, em alguns momentos, em detrimento de intercorrências na unidade de cuidados.

Em alguns momentos eu não consigo por alguma intercorrência. Tenho que fazer a lavagem das mãos rápida. Recentemente pelo treinamento que fizemos na coleta de hemocultura, eu fazia uma coisa errada e ai fui orientada da forma correta. Algumas vezes nessas intercorrências eu tirava a luva e passava o álcool 70 e ai o médico orientou que aquele pó, aquela sujidade, não permitia que o álcool fizesse o efeito de antissepsia. A partir daí eu passei a tirar as luvas e lavar as mãos, mas eu acredito que a fricção ainda possa melhorar (risos). **E7**

A lavagem das mãos é realizada com sabão e água têm os passos que devem ser realizados e tempo também. O álcool gel também segue os mesmo passos, tem tempo mas só que tem antisséptico. Você pode substituir a lavagem das mãos pelo uso do álcool. Eu tento seguir, mas às vezes acontece alguma intercorrência e aí tem que ser um pouco mais rápido. Eu tento até porque na faculdade foi muito falado sobre isso e do quanto é importante. Apesar de ser um procedimento simples o quanto ele pode ter resultados significativos. Então eu dou muita atenção a fazer antes e depois eu sair do paciente. **E14**

Identificou-se ainda que, para alguns profissionais, a técnica de higiene das mãos “reforçada” relaciona-se diretamente à realização de determinado procedimento.

A gente procura fazer a higiene das mãos certinha [...] É mais reforçado quando vamos utilizar algum procedimento. Quando tem algum procedimento eu faço com mais afinco. Lavo a mão, por que não tem como, para tirar aquele talco tem que seguir todos os passos da higienização, se não o talco não sai. Eu acho até que o talco ajuda o profissional (risos). **E10**

Pelos apontamentos foi possível identificar lacunas quanto ao conhecimento da técnica de higiene das mãos e a escolha do produto a ser utilizado. Este pode um dos fatores possam comprometer a adesão dos profissionais de saúde a esta medida.

Alguns estudos, realizados em cenário nacional, descreveram motivos apresentados por profissionais de saúde para não higienizarem as mãos. Foram eles: sobrecarga de trabalho, alergia aos produtos, mãos aparentemente limpas, distância das pias, falta de insumos como papel toalha e sabão, prioridade do cuidado, dispensa tempo (SOUSA et al., 2015; BATISTA et al., 2016).

A higienização das mãos tem como finalidade a remoção de sujidades, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas pelo contato e, ainda, a prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas (ANVISA, 2015).

Atualmente, não se emprega mais o termo lavagem das mãos, mas sim higienização das mãos ou higiene das mãos considerando a maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (ANVISA, 2009).

Nos casos de precaução de contato principalmente quando há colonização e/ ou infecção por microrganismos multirresistentes, é recomendada a higienização antisséptica das mãos.

A utilização de um determinado produto vai depender das indicações, como água e sabão quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; e o uso da preparação alcóolica deve ser aplicado quando estas não estiverem sujas (ANVISA; 2013).

A higienização com sabão comum não contém agentes antimicrobianos ou sua concentração é baixa. Remove a microbiota transitória tornando as mãos limpas. Esse nível de descontaminação é suficiente para os contatos sociais em geral e não para pacientes de risco. (ANVISA, 2009).

A higienização com agentes antissépticos têm ação antimicrobiana imediata e efeito residual ou persistente. Dentre eles temos: álcool, clorexidina, iodóforos (PVPI), triclosan. A higienização antisséptica das mãos é recomendada nos casos de precaução de contato para clientes como microrganismos multirresistentes e nos casos de surto. (ANVISA, 2015).

O álcool em base emoliente que poder o gel ou glicerinado requer menos tempo para o uso e causam menos irritação cutânea do que a lavagem com água e sabão neutro ou sabão antisséptico. Tem atividade considerada excelente contra bactérias Gram +, Gram – inclusive multirresistentes, *M. tuberculosis*, vírus e fungo. (WHO; 2009).

Considerando a relevância da HM no cenário mundial no controle de IRAS, compartilhei orientações e demonstrações da técnica de higiene das mãos aos participantes. Apresentei ainda os cinco momentos de higiene das mãos que fazem parte de uma campanha liderada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Anexo D).

As orientações compartilhadas com os participantes tiveram como base os materiais disponibilizados pela ANVISA que abordam especificamente a temática de higiene das mãos. (ANVISA, 2009; ANVISA, 2015) e a seguir apresento um quadro com os temas levantados.

Quadro 4- Quadro de orientações sobre HM compartilhadas com os participantes do estudo.

Higienização das mãos	Atividade de orientação realizada pela pesquisadora.
Definição de higiene das mãos	- Higiene das mãos é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microorganismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, e a antisepsia cirúrgica das mãos.
Por que fazer	As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos clientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, 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 contaminados.
Quem deve higienizar as mãos	Devem higienizar as mãos todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contato direto ou indireto com os clientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material contaminado ou estéril.
Cinco momentos para higienizar as mãos	- Orientei quanto aos 5 momentos: Antes de tocar o cliente; Antes de realizar procedimento limpo/ asséptico; Após risco de exposição a fluidos corporais; Após tocar o cliente; Após tocar superfícies próximas ao cliente.

<p>Higienização simples das mãos com sabonete líquido e água.</p>	<p>- Aponte a finalidade que consiste em remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. Deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.</p>
<p>Higienização antisséptica com antisséptico degermante e água.</p>	<p>- Aponte a finalidade que consiste em promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico. Deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.</p>
<p>Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica.</p>	<p>- Conversamos sobre a utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas de gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades. Deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.</p>

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2007; ANVISA, 2009; ANVISA, 2015).

Continuando nesta proposta educativa, demonstrei a técnica de higiene das mãos com sabonete e água e fricção com solução alcoólica. Estas foram baseadas no cartaz da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Este cartaz é o mesmo utilizado na instituição HEMORIO (Anexo D).

Após a demonstração, solicitei que os participantes realizassem a técnica de técnica de higiene das mãos com sabonete e água e solução alcoólica. Vale a pena ressaltar que a instituição dispõe de lavatório com acionamento por pedal, dispensador de sabonete, porta papel- toalha e lixeira para descarte de papel toalha. Estes atendem às especificações da ANVISA para esta finalidade (ANVISA, 2009).

Ainda disponibilizei material a cada participante contendo ilustração dos cinco momentos de HM e técnica de HM com sabonete e solução alcoólica dos manuais da ANVISA (Anexo D).

4.4.3 Uso de EPI

Em estudo sobre a adesão da equipe de enfermagem ao EPI permitiu identificar que 76,6 demonstraram conhecimento quanto ao tipo de EPI que deve ser utilizado. Neste estudo, 27, 6% referiram não utilizá-los e dentre as justificativas apontaram ser incômodo, atrapalhar no trabalho, falta de habilidade no uso. Quanto à importância destes justificaram como sendo para proteção e segurança ao funcionário (TALHAFERRO; BARBOZA; OLIVEIRA, 2008). Em outro estudo sobre a adesão dos profissionais ao uso do EPI constatou-se que apenas 40% dos trabalhadores faziam uso destes equipamentos e apontou ainda a atribuição de pouca importância pelos profissionais de saúde (ZAPPAROLI, 2005).

Considera-se que a adesão ao uso de EPI possa estar relacionada à percepção dos riscos de contaminação. Em muitas das vezes, os profissionais banalizam e não sabem identificar as consequências das inobservâncias do uso de medidas de prevenção. (TALHAFERRO; BARBOZA; OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, o uso de EPI e a observação do tipo de equipamento utilizados nas medidas de precaução podem ser importantes aliados na prevenção de contaminações aos profissionais, clientes e ambientes de cuidado à saúde.

As falas a seguir expressam como se dá a aplicabilidade dos EPIs na prática de cuidados pelos participantes.

Então, eu uso máscara, gorro e luvas sempre que vou entrar em contato com o paciente. Quanto ao capote coloco data em que foi posto, não sei se coloco direito e penduro de forma correta para que outro profissional possa vestir sem se contaminar [...] Eu preciso visualizar um EPI que esteja pronto para eu usar. **E1**

Uso máscara quando me exponho a procedimentos que possam ter respingos. Uso luvas sempre, mas às vezes na correria não dá tempo. Quando eu acabo primeiro retiro as luvas e depois o capote com cuidado de não fazer com que a minha mão toque no capote e por último a máscara, se eu colocar. **E14**

A gente tenta usar os EPIs [...] quando eu uso luvas e capote tento colocar e retirar de uma maneira correta para não me contaminar mas não sei se faço a técnica correta [...] Com o capote de pano eu tiro da mesma forma que o descartável e aí vou pendurar a parte contaminada virada para o apoio dele para que a pessoa que for vestir tenha o acesso a parte de dentro dele [...] Assim não sei todos os equipamentos de cabeça [...] Às vezes a instituição não tem também... **E15**

De acordo com os relatos, foram apontados como EPI: máscara, gorro, luvas e capote. Por meio destes se pode identificar que os profissionais demonstram preocupação com o manuseio correto a fim de não contaminá-los.

Um participante descreveu, detalhadamente, como faz para colocar e retirar a paramentação.

Quando eu vou usar EPI eu faço o seguinte: coloco a máscara e depois luvas de procedimento. Então com as minhas luvas limpas eu pegava na parte de dentro do capote e passava a faixa dele pela cabeça, a faixa superior e calçava os braços do capote. Fazia o procedimento que tinha que fazer naquele paciente e na hora de retirar da mesma forma. Retirava uma luva, puxava com a luva a manga desse capote, ficava com uma mão enluvada e a outra com o capote na minha mão. Tirava a outra luva, então segurava com o capote as duas luvas e as jogava no lixo. Ai eu retirava a outra manga do capote com a minha mão encapotada. Puxava aquele capote e pendurava-o novamente ao contrário. Por último retiro a máscara [...] Assim sei se é preconizado usar óculos de proteção mas nunca usei e só vi uma vez sendo distribuído no setor [...] Acho que são esses os EPI (risos) [...] Mas assim tenho receio quanto ao capote de pano, infelizmente fico sempre com aquela dúvida se o profissional que tirou o capote tinha conseguido tirar ou se eu tinha tirado da forma correta sem contaminar (risos). **E7**

Em outros relatos, os discursos estão atrelados à possibilidade de manuseio inadequado dos EPIs e resultar em contaminação da vestimenta, profissional, clientes e ambiente.

Eu coloco luva e capote [...] Assim máscara e gorro quando tem (risos) [...] mas me preocupo com o capote de pano que usamos pois quando o utilizamos um capote que foi manuseado erradamente, está todo contaminado, vai ser contaminado a roupa e ela também pode carrear microrganismos e aí vira um ciclo e mais disseminações [...] aí vai num outro paciente e toca na cama, mobiliário e roupa e aí contamina também. **E2**

Coloco luvas e depois capote [...] para retirar primeiro as luvas e depois capote [...] Se for o capote de pano fico com receio de contaminá-lo e o próximo profissional pode pensar que está limpo. E com isso vai contaminar os outros profissionais que vão entrar em contato com os outros pacientes. **E9**

Tem que ter o cuidado de estar tirando na técnica correta porque se não você vai se contaminar. E após todo esse cuidado ainda lavar as mãos. Eu costumo usar luvas, máscara, gorro e capote nos pacientes em precaução independente de qual ela é [...] Temos sempre dúvidas do que se usa em que e como vestir também (risos). **E6**

Se não colocamos corretamente o capote, luvas e máscaras e não o retiramos corretamente vamos contaminar as mãos, jaleco e acaba contaminando os outros pacientes e superfícies [...] Eu não me atento para a sequência [...] Acho que seria ideal se a CCIH fizesse treinamentos porque acabamos fazendo do nosso jeito e o risco de contaminação é maior. **E13**

O ambiente de cuidado à saúde oferece risco de exposição tanto para profissionais quanto para pacientes, principalmente a equipe de enfermagem por estar em contato constantemente com fluidos potencialmente contaminados, além de lidar constantemente com perfuro-cortantes e produtos químicos. Nesse contexto se inserem a precaução padrão que compreende a utilização de equipamento de proteção individual (EPI) que ditam normas capazes de propiciar ao profissional e paciente proteção contra risco à saúde. (ZINN, 2015)

Os principais EPI são luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção e avental/ capote. Estes devem ser utilizados de acordo com a exposição do profissional a fluidos e secreções corporais e conforme as recomendações das medidas de precaução específicas, como a de contato e respiratória. (ZINN, 2015).

Estudos apontam que a adesão aos EPIs envolve algumas habilidades, como conhecimento de quando e qual equipamento utilizar, adoção de atitudes positivas em relação ao seu uso, habilidades para utilização adequada (colocação, comportamento durante o uso e remoção) e disponibilidade e operacionalidade destes equipamentos (EPI adequado, suporte institucional, comunicação adequada).

Em estudo a respeito do uso de EPI por profissionais de saúde apontou que o uso e remoção inadequados de EPI gera riscos de contaminação das mãos e superfícies levando a falsa sensação de segurança. O estudo evidenciou ainda que o índice de remoção correta destes foi de 87% para luvas, 82% para o avental, 74% para protetor ocular e 72% para máscara. No que tange a sequência correta de colocação e retirada, o índice foi de 54%. Quanto à higiene das mãos, após retirada das luvas (26%), após retirada do avental (56%), após retirada da máscara (56%) e não realizada (9%) (MITCHELL et al., 2013).

Considerando o exposto e levando em consideração a educação em serviço proposta pelo estudo, realizei intervenções com orientações quanto a utilização dos EPI e realizei demonstração da sequência de colocação e remoção da paramentação.

O quadro a seguir apresenta as orientações compartilhadas com os participantes.

Quadro 5- Orientações sobre EPI compartilhadas com os participantes do estudo.

Tipo de EPI	Quando usar
Luvas	<ul style="list-style-type: none"> - Sempre que houver risco de contato com sangue, hemoderivados, secreções, excreções e com mucosas ou áreas de pele não íntegra. - Na precaução de contato, devem ser utilizadas sempre que for entrar em contato com o cliente e ambiente em que ele se encontra. - Devem ser retiradas logo após o procedimento e é necessário higienizar as mãos antes e depois do uso.
Máscaras, gorro e óculos de proteção ou protetor facial.	<ul style="list-style-type: none"> - Quando da realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, na mucosa da boca, nariz e olhos do profissional. - Exemplos de utilização: aspiração traqueal

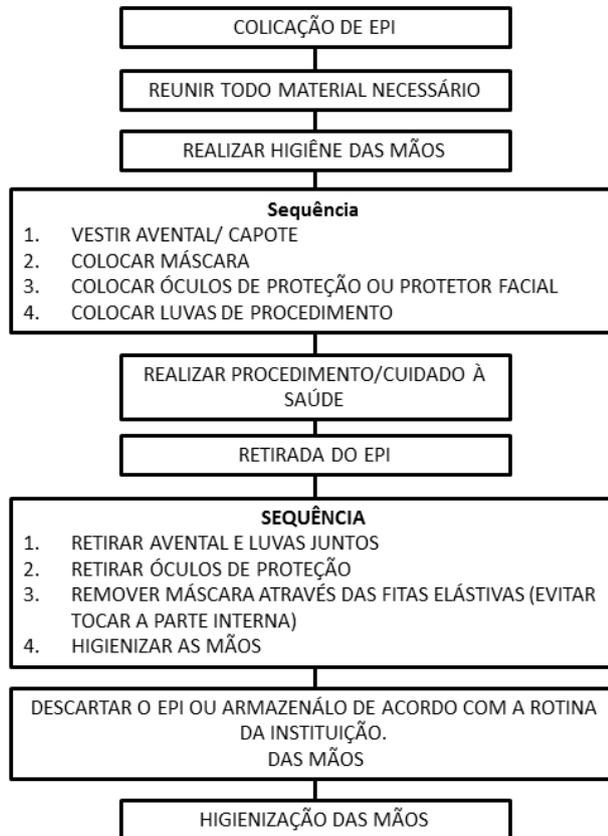
	<p>e cavidade oral e nasal; curativos de feridas exsudativas, manipulação de artigos que entram em contato direto com o cliente; punção venosa periférica.</p> <p>- Atentar para o uso da máscara cirúrgica na precaução por via de transmissão respiratória por gotículas, como: meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola.</p> <p>- Atentar para o uso da máscara PPF2 (N-95) na precaução por via de transmissão respiratória por aerossol, como: tuberculose pulmonar, sarampo, Varicela zoster, Síndrome Respiratória Aguda Grave.</p>
Avental/ Capote	<p>- Devem ser utilizados durante procedimentos sujeitos a possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas. A atividade a ser realizada irá determinar se ele precisa ser não estéril ou estéril.</p> <p>- Na precaução de contato deve ser utilizado em todos os contatos com os clientes e ambiente em que se encontra.</p>

Fonte: Agência Nacional de Vigilância sanitária.

Ainda neste momento, conversamos sobre a sequência de colocação e retirada de EPIs com demonstração pela pesquisadora e participante.

Vale a pena ressaltar que um participante sugeriu a construção de um esquema com o resumo desta sequência a fim de ser um instrumento de fácil visualização e entendimento. Dessa forma, apliquei esta atividade com todos os participantes. Para a elaboração deste foi utilizado como referência manuais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para a atividade de demonstração foi utilizado o esquema de colocação e retirada de capotes e luvas disponibilizado em murais da instituição onde ocorreu a pesquisa.

Figura 2- Esquematização da sequência de EPI construída com os participantes.



Fonte: Enfermeiros participantes.

Reitero que é de grande valia o desenvolvimento de atividades que proporcione aos profissionais momentos de reflexão e conscientização das medidas de controle de IRAS. As atividades educativas nas instituições de saúde devem promover espaços de debates que permitam a problematização do binômio teoria/ prática para que se possa empreender mudanças de atitudes, objetivando o desenvolvimento de comportamentos favoráveis a práticas de cuidados seguros para a prevenção de riscos e danos aos clientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo foi possível refletir sobre o contexto das infecções hospitalares nos últimos anos. Ao acessar as evidências científicas verificou-se que as infecções se constituem como uma problemática nos múltiplos cenários de cuidado à saúde que podem resultar em aumento de morbimortalidade, aumento do tempo de internação e dos custos advindos do tratamento.

Com relação ao cenário hematológico permitiu evidenciar que o risco para o desenvolvimento das infecções pode ser resultante da doença de base e/ou do tratamento utilizado, pois estamos diante de uma clientela com características peculiares do sistema hematopoiético comprometendo a produção das células sanguíneas como a dos glóbulos brancos que estruturam o sistema imunológico. Sendo assim, é necessária uma atenção maior para que se evite a aquisição de microrganismos patogênicos.

Ao realizar a pesquisa bibliográfica para a composição do estudo identifica-se que a temática é abordada tanto em cenário nacional como internacional e que muitas publicações possuem abordagem quantitativa. Considero importante a imersão do pesquisador numa abordagem qualitativa a fim de que se possam produzir dados científicos acerca da subjetividade dos profissionais quanto os saberes e práticas sobre as medidas de controle das IRAS.

Nas abordagens dos participantes deste estudo verificou-se que os relatos se aproximam da rotina de prestação de cuidados dos participantes a clientes em isolamentos. Esta descrição permitiu evidenciar que a precaução de contato se constitui numa medida que visa impedir a disseminação de microrganismos e a prevenção de infecção cruzada a clientes, profissional de saúde e ambiente. Identificou-se ainda que a maioria dos participantes conhece parcialmente as doenças ou microrganismos que necessitam da precaução de contato, porém eles reconhecem a medida como necessária para clientes com microrganismos multirresistentes.

Evidenciou-se como os saberes dos enfermeiros influenciam na prática das medidas de precaução de contato permitindo identificar uma lacuna entre o que é preconizado pela literatura consultada e a sua implementação, principalmente relacionadas às recomendações quanto à higiene das mãos e paramentação necessária. Sendo assim, é de suma importância a realização de atualizações técnico- científicas acerca das medidas de controle de IRAS e do desenvolvimento de políticas institucionais a fim de estimular a adesão e adoção adequada das recomendações com níveis de evidência satisfatórios à prevenção de infecções.

Como limitações do estudo, não foram incluídas outras categorias profissionais e não foram realizadas observações dos participantes no cenário da prática de cuidados para que se pudesse comparar suas atitudes e comportamentos a respeito da aplicabilidades das medidas de precaução com outros estudos científicos.

Como proposta da Pesquisa Convergente Assistencial foi possível realizar uma atividade educativa em serviço que proporcionou o compartilhamento de orientações e treinamentos entre pesquisadora e participantes, o que possibilitou abordar atualizações sobre medidas de controle de infecção que se constituem como ferramentas importantes na prevenção de infecção cruzada por microrganismos de importância epidemiológica.

A pesquisa em questão propiciou identificar aspectos relacionados ao saber- fazer diante da precaução de contato e realizar intervenções por meio de uma proposta educativa.

Nesse sentido, ao refletir acerca da aplicabilidade adequada das medidas de controle de infecções pode levar o profissional a adotar atitudes e comportamentos condizentes às atuais políticas que buscam práticas de cuidados seguros.

É válido acrescentar que neste estudo também evidenciou que os aspectos estruturais nas instituições de saúde, como planta física inadequada e insuficiência de recursos humanos e materiais, podem influenciar negativamente na adesão dos profissionais às medidas de controle de infecções.

Ao concluirmos esta discussão, acreditamos que para a construção de uma cultura de segurança nas instituições de saúde é primordial inserir os profissionais de saúde como partícipes de todo o processo teórico- prático nas instituições objetivando resultados satisfatórios e livre de danos aos clientes sob seus cuidados. Além disso, torna-se necessária a participação de gestores e coordenação a fim de que as atitudes e comportamentos dos profissionais relativos à segurança se desenvolvam e persistam.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V.; SAWADA, N.O.; BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 355-61, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/12.pdf>. Acesso em 15 set. 2015.

ASTER, J.; KUMAR, V. **Leucócitos, linfonodos, baço e timo**. In: COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; TUCKER, C. Patologia Estrutural e Funcional. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, cap. 15, p. 581-625.

ARAÚJO, M.F.M. de et al. Dificuldades dos profissionais da saúde no controle de infecções hospitalares. **Rev. enferm. UFPE on line**, Pernambuco, v.11, n. 2, p.587-95, abr./ jun., 2010. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/790/1306+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 21 out. 2015.

AYCAN, I. O. et al. Colonização bacteriana por causa do aumento da carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. anesthesiol. (Online)** v.65, n.3, p.180-85, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v65n3/pt_0034-7094-rba-65-03-00180.pdf. Acesso em 16 nov. 2015.

BATISTA, O.M.A. et al. Representações sociais de enfermeiras sobre a infecção hospitalar: implicações para o cuidar prevencionista. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.500-06, out./ dez. 2012. Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5318. Acesso em 29 ago. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev. gaúcha enferm. (Online)**, Porto Alegre, v.34, n.2, p. 78- 85, jun., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200010&script=sci_arttext. Acesso em 20 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 9431, 06 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção do programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País, Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/lei-n-9431-1997>. Acesso em 05 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2616**, do Gabinete do Ministro, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecções hospitalares no Brasil. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em 10 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde. Brasília, DF, 2006, v.9, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em 10 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 916, de 16 de julho de 2010**. Dispõe sobre instituir Grupo de Trabalho para propor ações relativas ao seguimento de surtos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2010. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.jul.10/Iels136/U_PT-MS-ANVISA-961_160710.pdf. Acesso em: 11 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan- Americana de Saúde. **Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ações**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_pl.pdf. Acesso em 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em 10 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss)**. Folder. Edição: Assessoria de Comunicação da ANVISA. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_pediatria.pdf. Acesso em 20 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Monitoramento e Prevenção da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde**. Termo de Cooperação da ANVISA com a Organização Panamericana de Saúde em parceria com a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/tc37_projeto_231106.pdf. Acesso em 01 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente/ Higienização das mãos**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf. Acesso em 20 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em 10 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica 01/2010**. Medidas para identificação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência a saúde por microorganismos multirresistentes. Brasília, DF, 2010. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em 21 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim informativo, Brasília, v.1, n.1, jan./jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Brasileiro para a Segurança do Paciente**. Apresenta disposições gerais sobre o programa. Disponível em: <http://www.segurancadopaciente.com/introducao.php>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/Modulo_1AssistenciaSegura.pdf. Acesso em 03 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. MONTSERRAT-CAPELLA, D; CHO, M; LIMA, R.S. **A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe**. In: Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em 01 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de referência técnica para higiene das mãos**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-de-referencia-tecnica-para-a-higiene-das-maos>. Acesso em 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Comunicado de risco nº 01/2016**. Detecção do gene responsável pela resistência à polimixina mediada por plasmídeos (*mcr-1*) no Brasil. Brasília, DF, 2016.

BORDENAVE, J.E.D. **Alguns fatores pedagógicos**. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L (Orgs). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: EDUFRN, 1999, p. 261- 68.

BRAUER, L; DIAS, C.A. **Conceito de *bundle* para a segurança do paciente, segundo o IHI**. In: FONSECA, A.S; PETERLINI, F.L; COSTA, D.A. Segurança do paciente. São Paulo: Editora Martinari, 2014, p. 71- 9.

CARRERA, S.A. **Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 141 fl. Centro de Ciências Biológicas e da saúde. UNIRIO, 2013.

CATANEO, C. et al. Avaliação da sensibilidade e da especificidade dos critérios para isolamento de pacientes admitidos em um hospital especializado em oncologia. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, Ribeirão Preto (SP), v.19, n. 5, set./out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_03.pdf. Acesso em 20/05/2015.

CECIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n.4, p. 975-986, out./ dez. 2005^a.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. National and State Healthcare Associated Infections. 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hai/pnlprogress-report/>.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G. **Guia prático de controle de infecção hospitalar**. 2^a edição. São Paulo: Editora Guanabara Koogan. 2009.

DAMACENO, Q.S. **Aspectos epidemiológicos e microbiológicos relacionados à colonização de pacientes por micro-organismos multirresistentes em unidade de terapia intensiva**. 2014, 115f. Tese (Doutorado em Enfermagem). UFMG, 2014.

DANCER, S. J. et al. Approaching zero: temporal effects of a restrictive antibiotic policy on hospital-acquired *Clostridium difficile*, extended-spectrum beta-lactamase-producing coliforms and meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*. **Int. J. Antimicrob. Agents**, v.41, p.137-42, fev.2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. **A disciplina e a pratica da pesquisa qualitativa**. In: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2^a edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DUTRA, G.G. et al. Controle de infecção hospitalar: função do enfermeiro. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 2159- 2168, jan./ mar., 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3571/pdf_1471. Acesso em 14 jul. 2015.

FELDMAN, B.L. **Gestão de risco na Enfermagem**. In Gestão de risco e segurança hospitalar. Organizadora Liliane Bauer Feldman, 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FERNANDES, A.C.L. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v.6, n.4, p.1580-1589, out./ dez., 2014. Disponível: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2906/pdf_1006. Acesso em: 21 ago. 2015.

FIGUEIREDO, R.M.; LEITE C. As práticas de precauções/isolamento a partir do diagnóstico de internação em unidade de moléstias infecciosas. **Rev Eletron Enferm.** 2006; v.8, n.3, 358-62. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a06.htm. Acesso em 10 jan. 2017.

FIOCRUZ. COFEN. Pesquisa perfil na enfermagem no Brasil. 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>. Acesso em 10 nov. 2016.

FILHO, J.R.C.B. **Segurança do paciente no cenário mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica.** In: FONSECA, A.S; PETERLINI, F.L; COSTA, D.A. Segurança do paciente. 1ª edição. São Paulo: Ed. Martinari, 2014, p. 1- 10.

FLICK, UWE. **Pesquisa Qualitativa: por que e como fazê-la.** In: FLICK, UWE. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed, p. 18- 38, 2009.

FONSECA, A.S; PETERLINI, F.L; COSTA, D.A. **Segurança do Paciente.** 1 edição. São Paulo: Martinari, 2014.

FONTANA, R.S. As infecções hospitalares e a evolução histórica. **Rev. bras. enferm.,** Rio de Janeiro, v.59, n.5, p.703- 06, set./out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a21.pdf>. Acesso em 10 dez. 2015.

FRAGATA, J. **Segurança dos doentes: uma abordagem prática.** Lisboa: Lidel, 2011.

GARCÍA- ZAPATA, M. R.C. et al. Standard precautions: knowledge and practice among nursing and medical students in a teaching hospital in Brazil. **Int. j. infec. control**, v. 6, n.1, p.1-8, 2010.

GIAROLA, L.B. et al. Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cogitare enferm.,** Curitiba, v.17, n.1, p.151-7, jan./ mar., 2012. Disponível em: www.bireme.br/php/index.php. Acesso em 30 ago. 2015.

GOMES, G.P.L.A. **Reanimador manual: quando trocar no mesmo paciente?** 118f. Tese (Doutorado). UFG. Goiânia, 2016.

GRIFFITHS, P.; RENZ, A.; HUGHES, J.; RAFFERTY, A.M. Impact of organization and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. **Journal of Hospital Infection**, v.73, p.1-14, 2009.

GUEDES, M. et al. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. **Rev. Cogit. Enferm.,** Florianópolis, v. 17, n.2, p. 304- 9, abr./ jun., 2012.

GUIMARÃES, A. C.; DONALISIO, M.R.; SANTIAGO, T.H.S. Óbitos associados à infecção hospitalar, ocorridos em um hospital geral de Sumaré- SP. **Rev. bras. enferm.,** Rio de Janeiro, v.64, n.5, p. 864- 869, set./ out., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a10v64n5.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

HARADA, M.J.C.S. **O erro humano e a segurança do paciente.** Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2006.

HARRIS, A.D. et al. Targeted surveillance of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and its potential use to guide empiric antibiotic therapy. **Antimicrob Agents Chemother.** 2010, v. 54, n.8, p. 3143-8.

HEMORIO, Revista. **Uma instituição pública modelo de excelência.** Edição Comemorativa. Rio de Janeiro, 2010.

HEMORIO. **Gestão de Recursos Humanos.** Revisão 03, Jan. 2014- 2016.

HONÓRIO, R.P.P.; CAETANO, J.A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. eletrôn. enferm.,** Goiânia, v.11, n.1, p.188- 193, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm>. Acesso em 10 mar. 2015.

JACONDINO, C. B. et al. A educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. **Cogitare Enferm.,** v. 15, n. 2, p. 31-48, abr.-jun. 2010.

KLEINPELL, R.M.; MUNRO C.L.; GIULIAN, K.K. **Targeting Health Care–Associated Infections: Evidence-Based Strategies.** In: HUGHES RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>. Acesso em 01 mar. 2017.

KOERICH, C.; ERDMANN, A.L. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem sobre educação permanente em uma instituição cardiovascular. **Rev. RENE,** v. 17, n. 1, p. 93-102, 2016. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2223/pdf>. Acesso em 14 set. 2016.

LIMA, G.F; BIANCHI, E.R.F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **REME Rev. min. enferm.,** v.14, n.2, p. 210- 218, abr. /jun. 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/108>. Acesso em 20 out. 2016.

LIMA, M.F.S.; MINETTO, R.C. Conhecimento de pacientes onco- hematológicos em tratamento quimioterápico sobre os cuidados para prevenção de infecções. **Comun. ciência. saúde.,** Brasília, v.25, n.1, p.35- 44, 2014. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2014Vol25_1_4_ConhecimentoPacientesOnco-hematolo%CC%81gicos.pdf. Acesso em 08 jul. 2015.

LOPES, E.M.; ANJOS, S.J.S.B.; PINHEIRO, A.K.B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.273- 277, abr./jun., 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>. Acesso em 10 ago. 2016.

MALAGUTI- TOFFANO, S.E. et al. Adesão às precauções-padrão de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Acta paul. enferm.,** Ribeirão Preto (SP), v. 25, n.3, p.401-407, 2012.

MAROLDI, M.A.C. **Precauções padrão e específicas para controle da transmissão de patógenos: necessidades na atenção primária em saúde.** 99f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). UFSC, 2015.

MANNING, M.L. Expanding infection preventionist's influence in 21st Century: Looking back to move forward. **Am J Infect Control**, v.38, p. 778- 783, 2010.

MARRA, A. R. et al. Nosocomial bloodstream infections in brazilian hospitals: bnalysis of 2,563 bases from a prospective nationwide surveillance study. **Journal of Clinical Microbiology**, 2011; v.49, n. 5, p. 1866-71.

MAZIERO, V.G. et al. Precauções universais em isolamentos de pacientes em hospital universitário. **Acta paul. enferm. (Online)**, São Paulo, v.25, n.spe.2, p.115- 120, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002012000900018&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 10 jun. 2016.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brasil. **International Journal for Quality in Health Care** ; v. 21, n.4, pp. 279– 284, 2009.

MENDES, W; MOURA, M.L.O.M. **Estratégias para a segurança do paciente.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Assistência segura: uma reflexão teórica à prática.** 1^a edição, Brasília, DF, 2014, p. 19- 27. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em 10 out. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento- Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1994.

MORAES, G.M.; COHRS, F.M.; BATISTA, R.E.A. et al. Infecção ou colonização por micro-organismos resistentes: identificação de preditores. **Acta paul. enferm. (Online)**, São Paulo, v.26, n.2, p.185- 191, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200013. Acesso em 01 mai. 2016.

MOURA, M.E.B. et al. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Rev. bras. enferm. (Online)**, Brasília, v.60, n. 4, p.416-421, jul./ ago., 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 07 jul. 2015.

NOGUEIRA, P.S.F. et al. Perfil da Infecção Hospitalar em um hospital universitário. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.96-101, jan./ mar., 2009. Disponível em: www.bireme.br/php/index.php. Acesso em: 02 set. 2015.

OLIVEIRA, A.C. et al. Colonização por micro-organismo resistente e infecção relacionada ao cuidar em saúde. **Acta paul. enferm. (Online)**, São Paulo, v.25, n.2, p.183- 9, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S010321002012010300001. Acesso em 08 jul. 2015.

OLIVEIRA, A.; CARDOSO, C.; MASCARENHAS, D. Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. **Rev Esc. Enferm. da USP (Online)**, São Paulo, v.44, n.1, p.161- 165, 2010. Disponível em: www.scielo.br/reusp. Acesso em 02 set. 2015.

OLIVEIRA, A.C.; DAMASCENO, Q.S. Superfícies do ambiente como possíveis reservatórios de bactérias resistentes: uma revisão. **Rev Esc. Enferm. USP (Online)**, São Paulo, v.44, n.4, p.1118- 1123, 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400038&script=sci_arttext. Acesso em 07 jul. 2015.

OLIVEIRA, A.C.; DAMASCENO, Q.S.; RIBEIRO, S.M.C.P. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. **REME Rev min. enferm.**, Minas Gerais, v.13, n.3, p. 445- 50, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, A.C. et al. Desafios e perspectivas para a contenção da resistência bacteriana na óptica dos profissionais de saúde. **Rev eletr. enferm.**, v. 15, n. 3, p. 747- 754, jul./ set., 2013. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a17.pdf. Acesso em 05 mai. 2015.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidência. **Rev Esc. Enferm. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, Jan./mar. 2014.

OLIVERIA, L; LUCAS, T.C. Adoção às medidas de precaução na prática assistencial pela equipe multiprofissional: percepções e limitações. **Online Braz. Journ. Nurs.**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1552/437>. Acesso em 10 fev. 2015.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S.A.T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.10, n.3, p.775- 783, set., 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm>. Acesso em 10 mar. 2015.

OLIVEIRA, A.C; PAULA, A.O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **REME Rev min. enferm.**, Minas Gerais, v.17, n.1, p. 216- 220, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>. Acesso em 15 mai. 2016.

OLIVEIRA, A.D.; SILVA, R.S. Desafios do cuidar em saúde frente à resistência bacteriana. **Rev. eletrônica de enferm.**, Goiânia, v.10, n.1, p.189-197, mar., 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a17.htm>. Acesso em 20/09/2015. Acesso em 25 nov. 2016.

OLIVEIRA, H. P. Anemias aplásticas e diseritropoiéticas. In: _____. Hematologia Clínica. 3 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990, cap. 11, p. 215-225.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Rev Esc. Enferm. Anna Nery**, Rio de Janeiro, V.18, n.1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf> . Acesso em 03 mar. 2017.

PAIM, L. et al. Pesquisa convergente- assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v.13, n.3, p.380- 386, jul./set., 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/12990>. Acesso em 05 jan. 2016.

PAULA, D. M. de. **Precauções de contato: conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em um hospital geral de Belo Horizonte**. 110f. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte, 2008.

PADOVEZE, M.C; FORTALEZA, C.M.C.B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no país. **Rev saúde pública**, v.48, n.6, p. 995- 1001, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf. Acesso em 10 nov. 2016.

PETERLINI, F. L.; SAES, A. C. **Culpa: Cultura de Não Punição e Accountability na Assistência à Saúde**. In: FONSECA, A; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (Org.). Segurança do Paciente. São Paulo (SP): Martinari, 2014. p. 31-44.

PEREIRA, F.M.V. et al. Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. **Rev Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto (SP), v.47, n. 3, p. 686- 693, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n3/0080-6234-reusp-47-3-00686.pdf>. Acesso em 29 set. 2015.

PRIMO, M.G.B. et al. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um hospital universitário. **Rev Eletrônica Enferm.**, Goiânia (GO), v.12, n.2, p. 266- 271, abr/ jun 2010.

RAMOS, F.R.S. et al. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 361- 368, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/21.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

REIS, C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde- Um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva (Online)**, 18 (7): 2229- 36, 2013.

RUPPÉ, E. et al. Clinical predictive values of extended-spectrum beta-lactamase carriage in patients admitted to medical wards. **Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.**, Berlim, v.31, p.319–325, mar.2012.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino- Am. Enferm. (Online)**, Ribeirão Preto, v.16, n.6, nove-dez., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a02.pdf. Acesso em 14 set. 2016.

SANHUDO, N.F. **Liderança em enfermagem na prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer**. 254 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).UFRJ, 2013.

SANHUDO, N.F.; MOREIRA, M.C.; CARVALHO, V. Tendências da produção do conhecimento de enfermagem no controle de infecção em oncologia. **Rev. gaúcha enferm. (Online)**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.402- 410, jun., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200026&script=sci_arttext. Acesso em 15 jul. 2015.

SANTOS, A.M.R. et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Rev. bras. enferm. (Online)**, Brasília, v.61, n.4. p.441- 446, jul./ ago., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400007. Acesso em 07/07/2015.

SANTOS, H.G. et al. Multirresistência bacteriana: a vivência de pacientes internados em hospital- escola do município de Londrina- PR. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v.9, n.1,p.74-80, jan./mar., 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7178>. Acesso em 10 mai. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. **Educação em saúde- planejando as ações educativas: teoria e prática: manual para operacionalização das ações educativas no SUS**. São Paulo: FESIMA, 1997.

SIEGEL, J.D. et al. **Management of Multidrugresistant Organism in Healthcare Infection Practices Advisory Committee** [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, 2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>. Acesso em 12 dez. 2016.

SIEGEL, J. D.; et al. **Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings**. United States, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>. Acesso em 10 set. 2015.

SIEGEL, R.; DEEPA NAISHADHAM, M.A.; AHMEDIN JEMAL, D.V.M. Cancer Statistics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Atlanta, 63, n. 1, p. 11-30, jan./feb. 2013. Disponível em: Acesso em 27 fev. 2017.

SILVA, L.A.A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis inovadora. **Rev Gaúcha enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-561, 2101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a21.pdf>. Acesso em 05 fev. 2016.

SILVA, V.L.S.; CAMELO, S.H.H. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 533- 9, out./dez. 2013.

SILVA, D. S.J. R.; DUARTE, L.R. Educação permanente em saúde. **Rev Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, São Paulo, v. 17, n.2, p. 104-105, 2015.

SILVA, G.S. et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução- padrão por profissionais de saúde. **Rev Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 103- 106, jan./mar. 2012. Disponível em:

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3 ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SRIDHAR, M.R.; et al. Standard precautions and post exposure prophylaxis for preventing infections. **The Indian Journal of Pediatrics**, v.71, n.7, p. 617- 625, jul. 2004.

SOUSA, E.S. et al. Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência a saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.24, n.1, p.220- 228, jan./ mar., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00220.pdf. Acesso em 08 out. 2016.

SOUSA, L.M. et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Rev gaúcha enferm**, v.36, n.4, p. 21- 28, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt_1983-1447-rgenf-36-04-00021.pdf. Acesso em 06 jan. 2017.

SQUARI, R. et al. “Clean care is safer care”: correct handwashing in the prevention of healthcare associated infections. **National library of medicine**, v.28, p. 409- 415, 2016.

SHOBOWALE, E. O.; BENJAMIN, A.; KEN, O. An Assessment of Hand Hygiene Practices of Healthcare Workers of a Semi-Urban Teaching Hospital Using the Five Moments of Hand Hygiene. **Journal of the Nigeria Medical Association** 57.3 (2016): 150–154.

SOUSA, L.B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.55- 60, jan./mar., 2010. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf. Acesso em 27/09/2015.

SOUSA, R.M. et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm. (Online)**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan./ mar., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100054&script=sci_arttext.

SOUZA, R.F.F. **Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro**. 2014. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UERJ, 2014.

TALHAFERRO, B.; BARBOZA, D. B.; OLIVEIRA, A.R. de. Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd. Sorocaba**. v. 17, n. 3, mai/ dez. 2008.

TRANNIN, K.P.P. Adesão à higiene das mãos: Intervenção e avaliação. **Cogitare Enferm**, v. 21, n.2, abr/jun, 2016.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica à prática. Brasília, DF, 2013, p. 19- 27. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/imagens/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em 03 ago. 2015.

TRENTINI, M; BELTRAME, V. A pesquisa convergente-assistencia (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Revista cogitare enferm**, Paraná, v. 12, n. 2, p. 156- 160, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde- enfermagem**. 2. Edição revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L; SILVA, D.M.G. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3ª edição. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TREKLE A.M. Bacterial contamination of health care workers' white coats. **Am J Infect Control**, v. 37, n.2, p. 101- 105, mar. 2009.

UNEKE, C.J. et al. Promotion of hand hygiene strengthening initiative in a Nigerian teaching hospital: implication for improved patient safety in low-income health facilities. **The brazilian journal of infectious diseases**, v.18, n.1, p. 61- 67, 2014.

VICENT, C. **A evolução da segurança do paciente**. In: Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. 1ª edição. São Paulo: Editora Yendis. 2009. p. 15- 40.

VIANA, R.E.H. **Recuperação de bactérias resistentes de relevância epidemiológica dos colchões de pacientes em precaução por contato de um hospital de Belo Horizonte**. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFMG, 2014.

VRIES, E.N. et al. The incidence and nature of in- hospital adverse events: a systematic review. **Quality&safety health care**, v.17, n.3, p. 216- 223, jun. 2008.

WENG, R.H. et al. Exploring the impact of transformational leadership on nurse innovation behaviour: a cross-sectional study. **J Nurs Manag**, v.23, n.4, p. 427- 439, sep. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for patient Safety**. Who guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf. Acesso em: 05 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide. A systematic review of the literature**. Genebra, 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf. Acesso em 10 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. **First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care**. Genebra, 2006.

WORLD HEALTH ORGNIZATION. **Global guidelines on the prevention of surgical site infection**. Genebra, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1>.

ZAVADIL, E.T.C.; MANTOVANI, M.F.; CRUZ, E.D.A. Representação do enfermeiro sobre infecções submetidos a transplante de células tronco hematopoiéticas. **Rev Esc. Enferm. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, 583- 587, jul/ set, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/22.pdf>. Acesso em 20 jan. 2016.

ZAPPAROLI, A.S. **Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem: análise da prática segura do uso de luvas na punção venosa periférica**. Dissertação (Mestrado). USP, 2005.

ZIMMERMAN, F. S. et al. Duration of carriage of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae following hospital discharge. **Am. J. Infect. Control.**, St. Louis,v.41,p.190-4, mar.2013.

ZINN, G.R. **Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível**. 147 f. Tese (Doutorado). USP, 2015.

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Enfermagem construindo estratégia educativa sobre infecções relacionadas à assistência à saúde em unidade hematológica”**, que têm como objetivos descrever os saberes e práticas do enfermeiro sobre as medidas de precaução de contato; analisar as práticas do enfermeiro sobre as medidas de precaução de contato no cuidado aos pacientes em isolamento; discutir com os enfermeiros estratégias que possam contribuir para estimular a adesão e aplicabilidade correta das medidas de precaução de contato pela equipe de enfermagem na unidade hematológica.

Sua participação é voluntária. Você tem o direito de não participar deste estudo e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar o seu consentimento. Estamos coletando informações sobre as medidas de precaução de contato. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

Se você decidir participar deste estudo, você participará de uma pesquisa com metodologia participativa e abordagem qualitativa onde será realizada uma entrevista semiestrutura individual e a observação participante do enfermeiro através da demonstração da aplicação das medidas de precaução de contato no posto de enfermagem, e também utilizaremos o seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa. *Todas as etapas de coleta de dados, como a entrevista e observação participante, serão realizadas por mim, Fabiane Estevão Barros, por ser a pesquisadora do estudo e serão gravadas em áudio.* As gravações serão ouvidas por mim e pela orientadora do estudo e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Você não terá nenhum custo ou compensações financeiras ou de qualquer outra natureza. Sua entrevista irá contribuir para aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem do objeto de estudo proposto, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto.

Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

Esta pesquisa está baseada na **Resolução N. 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós- Graduação de Enfermagem, sendo a aluna **Fabiane Estevão Barros a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Dra Enedina Soares**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte os responsáveis pelo estudo: (21) 22755466/ e-mail: soaresene@ig.com.br (Enedida) e (21) 992509409/ e-mail: fabiane_eb@yahoo.com.br (Fabiane). Caso você tenha dificuldade para entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. Desde já agradecemos!

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Telefone: _____

Data: _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Apêndice B- Caracterização Individual

1. Data da entrevista: __/__/__
2. Início:_____ Término:_____
3. Identificação:_____
4. Idade:_____
5. Sexo: () Masculino () Feminino
6. Vínculo empregatício: _____
- Categoria Profissional:
- Escolaridade:
- Tempo na função:
- Número de empregos:
- Horas semanais trabalhadas:
7. Tempo de atuação no setor: _____
8. Horário de atuação: _____
9. Ano de formação: _____
10. Teve o conteúdo de infecção hospitalar em algum período da faculdade ou curso técnico: () Sim () Não
12. Participação em atividades de educação permanente/continuada com a temática de infecção hospitalar nos últimos 12 meses: () Sim () Não
13. Participação em treinamento de PC nos últimos 12 meses:

Apêndice C- Roteiro de Entrevista

1. Você poderia me dizer o que é precaução de contato?
2. Quais os tipos de medidas de precaução adotados nos serviços de saúde para evitar dispersão de patógenos?
3. Quais as indicações para se estabelecer as medidas de precaução de contato?
4. Se no setor houver pacientes em isolamento de contato, qual (is) medida (s) adota ao realizar assistência de enfermagem?
5. Como deve ser realizada a higiene das mãos?
6. Quais equipamentos devem ser de uso exclusivo?
7. Como se devem usar os equipamentos de proteção individual?
8. Como deve ser realizada às orientações acerca desta temática à equipe de enfermagem?

Apêndice D- Categorização

	UNIDADE DE REGISTRO (UR)	
1	É você evitar uma infecção através do contato direto com os profissionais, acompanhantes e equipamentos. É uma forma de prevenir a infecção através do contato direto.	Significado
2	É para impedir que microrganismos sejam disseminados para outros pacientes que estejam em contato na mesma enfermaria ou em outras enfermarias. É evitar contato para não ter a disseminação dentro dessa instituição.	Significado
3	Precaução de contato é a prevenção da transmissão cruzada entre os pacientes , no caso de bactérias diferentes ou não, mas é necessário. Prevenção da transmissão cruzada.	Significado
4	Eu entendo por precaução de contato que são as medidas instituídas para que haja prevenção de propagação de bactérias entre um paciente e outro , aqui no caso dos pacientes internados. E também para proteção do profissional para que não cruze também.	Significado
5	Precaução de contato são medidas que utilizamos para prevenir contaminação tanto direta quanto indireta dos pacientes. São várias medidas, vários métodos que utilizamos para poder estar evitando esse tipo de contaminação.	Significado
6	É uma precaução que você não permite que algum patógeno ou alguma infecção que esteja no paciente, como uma bactéria, seja transmitido. É evitar que isso ocorra, seja transmitida de um paciente para outro paciente ou até mesmo para nós profissionais.	Significado
7	Precaução de contato é para proteção dele ou para a nossa proteção, dos profissionais de	Significado

	saúde que estão atuando junto a ele, são exigidas algumas barreiras, para que nem nós possamos contaminá-lo ou o paciente possa nos contaminar e acabe contaminando outros pacientes que não estão em precaução de contato. Eu acredito que sejam barreiras para impedir esta transmissão de infecção.	
8	Precaução de contato é o paciente que você tem que ter cuidado com o toque. Vou usar luva e capote. E a precaução de contato com o espaço também , pois se paciente está com precaução de contato no leito 3 e no leito 1 está um paciente neutropênico e eles vão compartilhar o mesmo banheiro [...] deveria ser realizada limpeza após este que está em precaução usar. Precaução é cuidado!	Significado
9	Precaução de contato é o cuidado que nós temos quando o paciente tem um tipo de bactéria que possa ser passada de um paciente para outro... que devido a essa capacidade de causar infecção a alguns pacientes imunocomprometidos se constitui como uma forma de proteção/ barreira física. Proteção para o próprio paciente e profissional.	Significado
10	É quando o paciente está colonizado com uma bactéria multirresistente, pra que ela não se dissemine para os outros através das nossas mãos ou da nossa vestimenta. Enfim tudo que possa tocar como o leito, os pertences, além da precaução padrão, a gente utiliza a precaução de contato, quer seria evitar o nosso contato direto com o paciente sem uma barreira de proteção.	Significado
11	Prevenção de propagação de bactérias, da transmissão cruzada de germes multirresistentes.	Significado
12	É uma medida para evitar uma contaminação cruzada através do contato por que no sangue tem algum microrganismo e que pode gerar uma doença ou passar/ disseminar em toda clientela internada e até mesmo para nós	Significado

	que somos funcionários.	
13	Precaução por contato é aquela que você usa quando o paciente está colonizado ou infectado por microrganismo multirresistente, KPC, VRE, Varicela, Herpes Zoster, escabiose, pediculose.	Significado
14	Precaução de contato é uma medida de biossegurança na qual o profissional se protege em relação a alguma infecção ou microrganismo que o paciente possa estar colonizado ou já mesmo com a infecção instalada. Então, o profissional utiliza o capote e luva de procedimento para tocar no paciente.	Significado
15	São medidas que são tomadas para que um determinado microrganismo de um paciente não seja passado para outros. Por exemplo, paciente que está com KPC, VRE, MRSA, ESBL, Acineto e eles vão entrar em precaução de contato que consiste em colocar capote e luva ao realizar qualquer procedimento. Não se deve tocar no paciente sem a paramentação. Não disseminar microrganismos nem para os profissionais e nem para os pacientes.	Significado

	UNIDADE DE REGISTRO (UR)	
1	Bactérias multirresistentes. (pausa para pensar). Ah! A gente usa muito as siglas [...] Eu agora não me lembro de nenhuma. E1	Indicações
E2	Então eu penso que a precaução de contato além dos microrganismos multirresistentes por Herpes Zoster que além da precaução respiratória por causa das vesículas é indicada a precaução de contato, a catapora também.	Indicações
3	Seria o paciente com o diagnóstico já definido que ele tenha determinada bactéria e em rastreamento. Seria paciente em	Indicações

	investigação que esteve em outro estabelecimento hospitalar e que internou conosco e a gente não sabe se ele tem ou não tem.	
E4	Dos pacientes já sabidamente colonizados, por germes multirresistentes , para aqueles pacientes que vieram de outra instituição hospitalar ou tiveram algum tipo de procedimento em outra unidade hospitalar por mais de 24 horas . Ainda mais nos pacientes que a gente tem aqui, o perfil de pacientes neutropênicos. Que pode desenvolver febre por algum germe multirresistente [...] Que eu me lembre dos pacientes que fazem reinternação constante. Pode ocorrer, em alguns casos, de precaução reversa, naqueles pacientes que estão neutropênicos . Caberia instituir precaução de contato, acho que é isso que me lembro agora no momento.	Indicações
5	O paciente entra em precaução de contato quando ele vem de outra unidade , entra em precaução por rastreamento. E também o paciente que a gente já tem o histórico de uma determinada bactéria , de uma determinada precaução e aí ele já entra em precaução de contato.	Indicações
6	Ah o MRSA, o VRE (pausa), ESBL . (pausa)	Indicações
7	São vários microrganismos: O BK, a meningite, VRE, KPC, ESBL, MRSA . Não estou lembrando agora de outros!	Indicações
8	A Coqueluche, Hepatite A? Não me lembro de nenhuma outra! Varicela! Coqueluche! O paciente que já vem com o diagnóstico fechado para algum microrganismo, paciente que vem de outro hospital , paciente que vem de casa e que passou por vários hospitais, eu não sei!	Indicações

9	VRE, MRSA, KPC, Herpes Zoster, Varicela	Indicações
10	Colonização por bactéria multirresistente ou rastreamento da colonização por bactéria multirresistente.	Indicações
11	As indicações seriam quando se tem suspeita ou diagnóstico de bactéria multirresistente, Herpes zoster, Varicela, escabiose, em caso de rastreamento quando o paciente vem de outra instituição de saúde.	Indicações
12	É quando o paciente está com alguma bactéria que é transmitido pelo contato . Por exemplo, quando ele vem de um hospital pra cá; de uma instituição para a outra; quando há resultado de exame de cultura positivo para alguma bactéria ou qualquer outro microrganismo que possa ser transmitido por contato.	Indicações
13	KPC, VRE, ESBL, Pseudomonas.	Indicações
14	Herpes zoster, pediculose, escabiose, diarreia por rotavírus, MRSA (pausa).	Indicações
15	KPC, VRE, MRSA, ESBL, Acineto, paciente em diarreia por Clostridium, lesão com bastante secreção, varicela, herpes zoster.	Indicações

UNIDADES DE REGISTRO (UR)		
1	Primeiro, vou olhar o leito , sem tocar em nada, pois o enfermeiro já tem essa visão e avaliar o que o paciente já possui, por exemplo, um curativo, se já tem luva, esparadrapo, cobertura para saber o que vou precisar levar. Depois, lavo as mãos e uso os equipamentos de proteção individual . E então realizo o procedimento e após retiro a luva e capote, se tiver capote estéril vou retirar c cuidado e jogar fora, se não vou	Aplicando Medidas de Precaução de Contato (MPC)

	pendurá-lo lá. Vou sair do leito e enfermaria e lavar as mãos de novo.	
E2	Primeiro eu tenho que pensar o que vou fazer nesse paciente e vou separar os materiais que eu só vou utilizar nessa abordagem ou procedimento. Vou lavar as mãos com água e sabão antisséptico ou uso álcool gel; vou entrar na enfermaria e coloco o capote, a luva e realizo o procedimento [...] Terminei de fazer, retiro a paramentação, saio da enfermaria e lavo as mãos de novo.	Aplicando MPC
3	Antes de entrar no leito eu vou lavar as mãos, colocar a luva, o capote e vou conversar com o paciente a respeito do procedimento. Por exemplo, se for exame físico eu faço e caso eu precise utilizar algum equipamento, como o termômetro, eu vou higienizar antes e após o uso. Vou atentar para não encostar nos equipamentos de uso exclusivo e no mobiliário. (pausa) Ao terminar eu tiro as luvas e enseguida o capote. Depois, eu vou lavar as mãos.	Aplicando MPC
4	Primeiro vou verificar a precaução de contato realmente. Lavo as mãos e observo se no leito já há o capote pendurado. Venho e visto o capote e coloco a luva de procedimento e me direciono para o leito do paciente. Depois, Retiro a luva, capote, quando é descartável, a gente joga na lixeira, que fica próxima ao leito. Ainda dentro da enfermaria e joga fora. Quando é o capote de pano, a gente procura tirar na técnica preconizada, para não contaminar o lado de dentro. E penduro novamente no dispositivo de lá, geralmente suporte de soro.	Aplicando MPC
5	Primeiro eu separo os materiais que vou usar; lavo as mãos e coloco capote e luvas de procedimento. Procuo já entrar no leito com a paramentação. (pausa) Depois eu tiro luvas e joga fora; retiro capote e quando saio da enfermaria lavo as mãos de novo. Às vezes eu me lembro do álcool gel da enfermaria e uso antes de sair.	Aplicando MPC

6	<p>Eu vou me equipar primeiramente e vou explicar ao paciente. Com capote, luva, com gorro, com máscara se houver necessidade, dependendo do que eu vou fazer quanto ao procedimento.</p>	Aplicando MPC
7	<p>Antes de entrar no quarto, vou lavar minhas mãos. Então vou calçar as luvas, vou vestir o capote e vou fazer todo o procedimento que eu precisar naquele paciente. Posteriormente para retirar, eu vou tirar uma mão da luva, com a mão enluvada, vou retirar um braço desse capote. Com esse braço eu tiro a outra luva do braço do capote. Rasgo a faixa que fica presa e aí com o capote, puxo o capote e vou enrolando ele. Aí lavo as mãos novamente.</p>	Aplicando MPC
8	<p>Se eu vou fazer um cuidado com o paciente geralmente eu já saio do setor com a touca e luva. Paciente em precaução de contato uso luva e capote no leito.</p>	Aplicando MPC
9	<p>Primeiramente, separo o material e depois lavo as mãos. Vou avaliar o local que vou fazer o procedimento. Enseguida preparo o material que vou usar para levar uma quantidade necessária. Depois lavo as mãos novamente e passo álcool 70% no que usei para levar os materiais.</p>	Aplicando MPC
10	<p>Então, quando eu chego no leito coloco a paramentação que é capote e luvas. Aí faço exame físico ou procedimento, quando eu acabo retiro tudo e joga no lixo as luvas e quando o capote é descartável. Quando é o capote de pano eu coloco pendurado perto do leito. Saio da enfermaria e lavo as mãos.</p>	Aplicando MPC
11	<p>Eu vou pensar no que vou precisar levar de material se for para fazer algum procedimento e aí separo o que for necessário. Vou para o leito, converso com a paciente e me paramento com capote e luva. Nem sempre uso capote por que não confio no de pano, pois sempre</p>	Aplicando MPC

	acho que contaminamos. Depois tiro a paramentação e saio da enfermaria. Ah e, por último, lavo as mãos.	
12	Eu coloco o capote, máscara, touca, luva. Antes disso, higienizo as mãos porque elas são veículo de contaminação. Só!	Aplicando MPC
13	Primeiro, antes de entrar em contato com o paciente, lavo as mãos, coloco capote e luvas de procedimento. Eu, particularmente, uso a precaução padrão, como máscara ou óculos quando vou entrar em contato com secreções ou excreções. Após o procedimento, tiro luvas, capote e lavo as mãos novamente.	Aplicando MPC
14	Eu pego o capote, que normalmente fica pendurado ao lado do leito do paciente, e o coloco e depois a luva. Após realizo o procedimento. Quando eu acabo, primeiro retiro as luvas e depois o capote com cuidado de não fazer com que a minha mão toque no capote. Na verdade, na hora que estou tirando as luvas vou retirando o capote para poder retirar a luva e colocar o capote novamente pendurado.	Aplicando MPC
15	Eu coloco a máscara, as luvas e capote. Realizo o procedimento. Quando acabo, retiro uma luva e já saio puxando a manga do capote com a mão que ainda está com luva. Depois eu faço a mesma coisa com o outro lado e joga tudo na lixeira. Depois tiro a máscara.	Aplicando MPC

UNIDADES DE REGISTRO (UR)		
1	Quarto privativo ou enfermaria de isolamento, mas não é a nossa realidade.	Internação
2	O paciente deve ficar numa enfermaria só para ele ou se não tiver os leitos devem estar separados numa distância mínima de um ou dois metros.	Internação

3	<p>Ele deve ficar numa enfermaria específica para isolamento de contato, que seria o certo. (pausa).</p>	Internação
4	<p>O que eu sei que o que é preconizado pela ANVISA, é que o paciente precisa ser acomodado em um quarto individual, e ser instituídas as medidas de precaução de contato. Mas não é a realidade dos hospitais públicos, que não tem quarto individual, que não foram criados assim para atender ao público com precaução de contato. O que a gente tem, são enfermarias coletivas, e que muitas vezes, muitas vezes não! Na grande maioria das vezes o que se institui é a precaução de contato no leito.</p>	Internação
5	<p>A partir do momento, que eu tenho um paciente, que é precaução, ele tem que ficar numa enfermaria de isolamento. O grande problema, é que não existe uma enfermaria limpa que deveria existir. O paciente não tem nada, o paciente está limpo e então ele vai para enfermaria X. O paciente tem VRE e então vai onde só tem paciente com VRE. Fazer enfermarias isoladas por bactérias, porque não adianta nada eu botar um paciente com VRE, junto com um paciente KPC. O paciente com KPC vai pegar VRE e o paciente com VRE vai pegar KPC. Então ambos vão adquirir duas bactérias!</p>	Internação
6	<p>Na verdade ele deveria permanecer em uma enfermaria individual e com banheiro individual, só que não é a realidade. Aqui a gente vê muito errado o paciente compartilhando o mesmo banheiro e são três, quatro pacientes numa mesma enfermaria usando o mesmo banheiro, pegando na maçaneta, pegando na mesma descarga, abrindo e fechando a porta.</p>	Internação
E7	<p>Temos tantos pacientes em isolamento por determinadas bactérias que, às vezes, ficam numa mesma enfermaria que os outros pacientes que não estão em precaução. Mas realmente os pacientes ficam pelos mesmos microrganismos, porém pode acontecer das cepas serem diferentes, mas</p>	Internação

	<p>muitas vezes eles conseguem colocar os pacientes em isolamento em uma enfermaria, pacientes com o mesmo microrganismo. E já vi acontecer também, do paciente ficar em uma enfermaria maior em isolamento por contato no leito.</p>	
8	<p>Eu acho que numa enfermaria em isolamento. Mas tenho uma grande preocupação com o acompanhante. O acompanhante fica com o paciente em isolamento, mas ele usa o banheiro aqui fora compartilhado com outros acompanhantes de paciente neutropênico.</p>	Internação
10	<p>A gente não tem enfermaria de isolamento. Então o paciente, muitas vezes, ou eles ficam divididos por tipo de bactérias multirresistente ou pelo tipo de patógeno causador da precaução. Dependendo do agente causador da precaução ele fica na enfermaria junto com outros que não apresentam precaução de contato.</p>	Internação
E12	<p>O ideal era ficar em quarto separado. Ele pode estar numa mesma enfermaria, mas tendo cuidado para não ter uma contaminação cruzada, entre um paciente e outro, mas não só entre eles, mas para nós também e os visitantes. E12</p>	Internação
13	<p>Em quarto privativo. Não acontece na prática, no máximo podem ficar numa mesma enfermaria os pacientes colonizados ou infectados por determinados microrganismos, mas o que é mais comum é o paciente numa enfermaria comum, onde é pendurado um capote e colocada placa. Mas ele está no meio de outros pacientes podendo disseminar bactérias.</p>	Internação
E14	<p>O ideal seria que ele ficasse numa enfermaria sozinho, mas não é isso que acontece. Às vezes ligam para o setor e perguntam se a enfermaria que o paciente vai internar têm outros pacientes internados com aquele microrganismo. Mas nós não somos</p>	Internação

	orientados quando ele vai internar se não for por esse motivo de saber se algum paciente também está em precaução e por qual microrganismo.	
15	Em quarto privativo. Mas se isso não for possível ele deve estar pelo menos com um metro de distância dos outros pacientes e com as devidas precauções. Ou então quando todos tiverem uma mesma bactéria ficam numa mesma enfermaria.	Internação

	UNIDADES DE REGISTRO (UR)	
E1	Termômetro, aparelho de pressão arterial, caixa de luva, materiais individuais para curativos. E tudo que for usar nele, dele próprio.	Equipamentos
2	Geralmente são os equipamentos para verificação de sinais vitais como termômetro e aparelho de PA pra esse paciente. Não é mais preconizado, eu acho, deixar almotolias nas enfermarias [...] e os produtos de higiene pessoal e o resto conforme for necessário vai sendo utilizado pela equipe.	Equipamentos
3	Tudo que for fazer no paciente tem que ser individual, termômetro, aparelho de pressão. No leito, a mesa de cabeceira, gaze, algodão, álcool. Tem mais, mas eu me esqueci. Comadre ou patinho também de uso só para ele. Penso que poderíamos separar um pouco de luva num saco plástico, gaze e almotolias. A almotolia eu só preciso especificar quando foi aberta.	Equipamentos
4	Todo o equipamento de aferição de sinais vitais. Todos os aparatos e objetos que a gente fosse usar com o paciente que de repente a gente poderia usar no uso coletivo como bandejas, material para o banho, e tudo o mais, o ideal é que fosse individualizado para esse paciente.	Equipamentos

5	Ai fica o material só dele como, estetoscópio, aparelho de pressão e termômetro só dele. Tudo só dele, e assim sucessivamente para os outros pacientes.	Equipamentos
6	Estetoscópio, monitor, oxímetro, aparelho de PA.	Equipamentos
7	Um termômetro, o aparelho de PA, o estetoscópio, além de ter o seu próprio leito, a sua roupa de cama. Mas infelizmente nesse momento não temos no nosso setor esfignomanometro e estetoscópio, um para cada paciente. Já tivemos em algum momento, só que os aparelhos foram quebrando e infelizmente não teve como repor.	Equipamentos
8	São os equipamentos de aferição de sinais vitais e todo material de higiene pessoal. Tudo que puder ser só dele é melhor para evitar contaminação e compartilhamento.	Equipamentos
9	Luva, aparelho de PA, termômetro, capote só dele.	Equipamentos
10	Termômetro, esfignomanometro e estetoscópio. O oxímetro, que dentro da unidade hematológica é de extrema importância, neste momento não temos condições de termos um pra cada um.	Equipamentos
12	Macronebulização, nebulização, aparelho de PA, estetoscópio, termômetro. Tudo que é de uso pessoal só pode ser dele. Não podemos compartilhar com outro paciente.	Equipamentos
13	Termômetro, esfignomanometro, estetoscópio.	Equipamentos
14	Termômetro, aparelho de PA, estetoscópio e qualquer material que eu precise para fazer algum procedimento que seja exclusivo	Equipamentos

	desse paciente.	
15	O esfignomanômetro, termômetro, estetoscópio.	Equipamentos

1	<p>Uma troca de informação maior. Não é só chegar com papel para dizer que está infectado [...] Infectado por quê? Quais os meus problemas? O que está acontecendo? como está a estrutura das enfermarias [...] Estou sem capote, sem termômetro pra individualizar compartilhando materiais [...] Os pacientes em precaução de contato deambulam, circulam por aqui e por ali[...] como está sendo feita a orientação para esses pacientes. Deveriam acontecer reuniões periódicas onde cada um leva a sua visão e seus problemas diários. Enfim, tentar resolver juntos.</p>	Proposta
2	<p>Só um bate papo entre as equipes logo no início do plantão mostrando o que é um paciente hematológico, o que acontece com a contagem celular dele, principalmente quando o paciente faz quimioterapia. Depois em cima a CCIH poderia ter uma ação mais presente Ir aos setores, fazer um bate papo com a equipe, trazer atualização sobre infecção hospitalar, fazer uma atuação prática com os profissionais.</p>	Proposta
3	<p>Além da parte teórica eu acho que deveria ter a prática com relação à paramentação por que muitas vezes, a equipe coloca errado e os tira errado também ou quando não deixa o capote posicionado errado.</p> <p>Se fosse uma atividade no setor seria melhor porque se deslocar para ficar ouvindo uma palestra muita gente não gosta. Divide a equipe em grupo e faz um treinamento rápido com cada uma. Uma gincana ou uma dinâmica de grupo, às vezes, se aprende mais do que uma palestra e ter que ficar ali sentado ouvindo.</p>	Proposta

4	<p>Então acredito que a CCIH possa vir trazer uma atualização para a equipe, até para a disseminação e multiplicação dessa informação. Qual a vantagem do sabão sobre o álcool, do álcool sobre o sabão. Quanto tempo, qual a técnica, muita dúvida na técnica do uso do álcool gel. Se é fricção, 15 segundos, se é a mesma técnica da lavagem simples das mãos e tudo o mais.</p> <p>Acredito que é orientação. É realmente reforçar com a equipe, trazer ao conhecimento da equipe, o porquê de cada norma, de cada rotina institucional para precaução de contato. Explicar o porquê tem que fazer um procedimento com aquele paciente de uma determinada forma. Qual benefício vai trazer em relacionado à situação clínica do paciente.</p>	Proposta
5	<p>Eu acho que é o contexto! Tem que ser feito assim: o que é KPC? Explicar ao paciente e funcionário o que é... Então antes de se ter um treinamento de higienização das mãos deveria ser compartilhado o conhecimento sobre o que é uma precaução de contato... Com isso, a pessoa vai ter mais consciência na hora de preparar uma medicação, quando for administrar ou quando for se paramentar.</p>	Proposta
6	<p>Acho que na dinâmica mesmo. De sentar e estar abordando o tipo de precaução, o tipo de resistência do microrganismo e o porquê daquilo. Acho que um bate papo seria bem produtivo. Antes de começar o plantão estar chamando a equipe e mostrando para o profissional na prática, realmente.</p>	Proposta
7	<p>Pequenas orientações no dia a dia, uma vez por mês, para isso ser reiterado. E fixar também. A gente vê aqui muito a abordagem da lavagem das mãos. Eu entendo a importância, que é o fator mais barato dentre todos os procedimentos que adotamos, mas acho que ainda falta fazer uma orientação com relação aos outros tópicos também. A colocar, mesmo quando a gente teve que reutilizar os capotes, os profissionais da CCIH não fizeram orientação, pois partiram do princípio que nós já sabíamos. E</p>	Proposta

	ai nós paramos novamente e perguntamos: “ vocês sabem como colocar o capote e tirar? ”. E ai a gente pegou o capote e mostrou para os técnicos como fazia para colocar e retirar.	
8	Conscientizar os técnicos. Eles não têm conhecimento e não conseguem entender que na mão dele pode ter um microrganismo e que se ele for lá e puncionar sem usar luvas e realizar a higienização das mão pode levar infecção ao paciente. Então assim é conscientizar... Não tem aquela que o profissional vem e conversa com você no setor [...] Só vi isso uma única vez quando o médico veio fazer treinamento para a coleta de sangue para cultura. Ele conversou conosco porque devemos passar álcool 70% e nos escutou. Do mesmo modo que eu não sabia disso, o técnico não sabe de muitas coisas e ele pode falhar por ignorância!	Proposta
9	No setor, <i>in locus</i>, em torno de 15 a 20 minutos, seria ideal, pois nem sempre dá para liberar metade da equipe para treinamento. Explicar o porquê deve ser feito de uma determinada maneira. E treinamento com demonstração para que as orientações sejam feitas no momento. Às vezes, os profissionais têm vícios e nestes momentos dá para se apontar o que é correto e adequado.	Proposta
10	Um quadro com informação bem objetiva para saber quais são os pacientes que estão em precaução.	Proposta
12	A todo o momento fazer palestras curtas e num outro momento, captá-los para fazer um treinamento. Porque não adianta eles estarem ali presentes, mas preocupados com o que tem para fazer. Também seria bom fornecer informativos breves e objetivos, mas estas atividades precisam ser contínuas e devem ser no setor porque ir para auditório é complicado pelas diversas tarefas que temos aqui.	Proposta
	Eu acho que se tivesse um treinamento contínuo	Proposta

13	<p>seria bom. As pessoas vão lá e veem que é precaução de contato e sabem que tem que colocar luvas e capote, mas treinamento mesmo quase não tem.</p> <p>Conversas, também, pela chefia do setor porque é algo muito mecânico.</p>	
14	<p>Através de ações educativas que é a melhor forma. Porque eu vi pelos meus técnicos que talvez eles tivessem dificuldade para utilizar capote e de deixar de realizar estas medidas por desconhecimento.</p>	Proposta
15	<p>Acho que devemos perguntar o que eles sabem e a partir do que eles têm conhecimento e então complementamos.</p>	Proposta

Anexo A- Parecer Consubstanciado do CEP UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFERMAGEM CONSTRUINDO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA PREVENIR A PROPAGAÇÃO DE MICRORGANISMOS EM UNIDADE HEMATOLÓGICA.

Pesquisador: FABIANE ESTEVAO BARROS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51935415.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.608.395

Apresentação do Projeto:

A infecção hospitalar constitui problema de saúde pública mundial e são evidenciadas desde a criação dos primeiros hospitais. O ambiente hospitalar pode propiciar a disseminação de microrganismos pela presença de pacientes colonizados ou infectados e, dessa forma, torna-se necessário o emprego de precauções específicas pelos profissionais de saúde. O objeto de estudo centra-se no conhecimento da equipe de enfermagem sobre precaução de contato. O pressuposto de propositura é de que a adoção correta das medidas e a mudança de atitude dos profissionais quanto à temática podem corroborar para a prevenção e controle de infecções preveníveis. O objetivo primário deste estudo é descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre precaução de contato e analisar como esse conhecimento influencia na aplicabilidade das medidas de precaução no cuidado de enfermagem aos pacientes em isolamento de contato e, como objetivo secundário construir uma proposta educativa a partir da integração do conhecimento do profissional com o da enfermeira- pesquisadora, sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes em precauções de contato. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva com a equipe de enfermagem de uma Unidade Hematológica. O referencial metodológico será a Pesquisa Convergente Assistencial. A técnica de coleta de dados será realizada em duas etapas: entrevista e observação participante. A análise dos dados será a luz do referencial de Paulo Freire focando nos

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.606.305

conceitos teóricos da educação problematizadora. A técnica da análise de dados será a análise de conteúdo de Bardin. Espera-se como desfecho primário que o profissional de enfermagem entenda a importância e aplicabilidade da precaução de contato na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e, como desfecho secundário, a conscientização e mudança de atitudes incorporadas ao cuidado de enfermagem, diante de pacientes com indicação para isolamento de contato, para a adoção adequada das medidas de precaução e contribuindo para a diminuição da propagação de microrganismos no ambiente hospitalar. **Palavras-chaves:** Enfermagem, Equipe de enfermagem, Hematologia, Infecção Hospitalar, Precaução, Isolamento, Educação em Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: • Descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre precaução de contato. • Analisar como esse conhecimento influencia na aplicabilidade das medidas de precaução no cuidado de enfermagem aos pacientes em isolamento de contato. **Objetivo Secundário:** • Construir uma proposta educativa a partir da integração do conhecimento do profissional com o da enfermeira-pesquisadora, sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes em precauções de contato.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Serão avisados sobre a possibilidade de riscos que envolvem: constrangimento, desgaste emocional diante de alguma pergunta, perda de privacidade e que, frente a estes, poderá ficar a vontade para não responder a qualquer pergunta da entrevista quando se sentir incomodado. A qualquer momento poderá desistir de participar do estudo ou de não dar continuidade a entrevista e, caso necessário, poderá ser encaminhado ao serviço de psicologia do hospital. **Benefícios:** Como benefícios do estudo, esperamos que as informações e orientações sobre precaução de contato, através da educação em saúde, sejam propagadas pela equipe de enfermagem para que haja reflexões e mudanças de atitudes, principalmente, no que concerne ao seu uso adequado e a conscientização de que esta contribui na redução da propagação de microrganismos no ambiente hospitalar e, dessa, pode prevenir o surgimento de infecções que afetam a segurança do paciente. Além disso, será proposta a elaboração de uma estratégia educativa focada nesta temática na Unidade de Internação Clínica Hematológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância científica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.808.595

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_624727.pdf	16/05/2016 15:11:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UNIRIO.pdf	16/05/2016 15:10:50	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito
Outros	observacao_participante.docx	07/12/2015 23:13:38	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito
Outros	Caracterizacao_entrevista.docx	07/12/2015 23:13:12	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	07/12/2015 23:03:24	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito
Outros	Anuencia_hemorio.pdf	07/12/2015 22:24:46	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC_Pesquisadores.docx	02/12/2015 12:28:21	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	02/12/2015 12:26:21	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PB.docx	02/12/2015 12:25:09	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito
Folha de Rosto	FR_DOC.docx	02/12/2015 12:20:59	FABIANE ESTEVAO BARROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.606.305

RIO DE JANEIRO, 25 de Junho de 2016

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Página 04 de 04

Anexo B- Parecer Consubstanciado do CEP HEMORIO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HEMORIO

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016.

ASSUNTO: Parecer consubstanciado de projeto de pesquisa avaliado pelo CEP HEMORIO

Prezada Pesquisadora,

O projeto, "*Enfermagem construindo estratégia educativa para prevenir a propagação de microrganismo multirresistente em unidade Hematológica*", registrado no CEP HEMORIO sob o número 406/16, foi apresentado de acordo com a Resolução 466/12. Assim, após apresentação e análise dos documentos recebidos, o Comitê de Ética em Pesquisa HEMORIO considera o projeto **APROVADO**.

Ressaltamos abaixo, algumas orientações fundamentais, as quais o pesquisador deve estar muito atento:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado;
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeira ação imediata;
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificações ao CEP e à ANVISA, junto com seu posicionamento;
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente até **18/04/2017** e ao término do estudo.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Rua Fria Carreira, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030

Tel: (21) 2299-9442 R. 2016 – Fax: 2242-4250 – www.hemorio.rj.gov.br – cep@hemorio.rj.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Sendo assim, por favor, contate a Coordenação do CEP HEMORIO (Sra. Marcia Villa Nova, Thaís Oliveira ou Joselaine Sousa) pelo telefone 2332-8612, ramal 2415, a fim de estabelecermos o fluxo de sua pesquisa e tomarmos outras providências pertinentes.

Atenciosamente,

Marcia Villa Nova
Coordenadora do CEP HEMORIO

COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

Rua Frei Caneca, 8 - Centro - Rio de Janeiro - CEP 20211-030

Tel.: (21) 2299-0442 R. 2215 - Fax: 2242-4250 - www.hemorio.rj.gov.br - cep@hemorio.rj.gov.br

Anexo C- Quadro com os Tipos de Precaução

Anexos 90

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

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

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

▪	Paciente continente = PADRÃO
▪	Paciente incontinente ou uso de fralda = CONTATO
✚	<i>Giardia lamblia</i> (Giardiase) = PADRÃO
✚	<i>Yersinia enterocolitica</i> = PADRÃO
✚	<i>Salmonella spp</i> (inclusive <i>S. typhi</i>):
▪	Paciente continente = PADRÃO
▪	Paciente incontinente ou uso de fralda = CONTATO
✚	<i>Shigella spp</i> :
▪	Paciente continente = PADRÃO
▪	Paciente incontinente ou uso de fralda = CONTATO
✚	<i>Vibrio parahaemolyticus</i> = PADRÃO
✚	Rotavírus e outros vírus:
▪	Paciente continente = PADRÃO
▪	Paciente incontinente ou uso de fralda = CONTATO
	GANGRENA GASOSA = PADRÃO
	GONORRÉIA = PADRÃO
	GUILLAIN-BARRÉ, Síndrome de = PADRÃO
	HANSENÍASE = PADRÃO
	HANTAVIROSE PULMONAR= PADRÃO
	<i>Helicobacter pylori</i> = PADRÃO
	HEPATITE VIRAL:
✚	Vírus A = PADRÃO
✚	Se uso de fraldas ou incontinente = CONTATO
✚	Vírus B, vírus C e outros = PADRÃO
	HERPANGINA: ver enterovirose
	HERPES SIMPLES:
✚	Encefalite = PADRÃO
✚	Mucocutâneo recorrente (pele, oral e genital) = PADRÃO
✚	Mucocutâneo disseminado ou primário grave = CONTATO
✚	Neonatal = CONTATO
	HERPES ZOSTER
✚	Localizado em imunocompetente = PADRÃO
✚	Localizado em imunossuprimido, ou disseminado = CONTATO + AEROSSÓIS
	HIDATIDOSE = PADRÃO
	HISTOPLASMOSE = PADRÃO
	HIV = PADRÃO
	IMPETIGO = CONTATO
	INFECÇÃO DE CAVIDADE FECHADA = PADRÃO
	INFECÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA:
✚	Com secreção contida = PADRÃO
✚	Com secreção não contida = CONTATO
	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO = PADRÃO
	INFLUENZA: A, B, C = GOTÍCULAS
	INTOXICAÇÃO ALIMENTAR por:
✚	<i>C. botulium</i> , <i>C. perfringens</i> , <i>C. welchii</i> = PADRÃO
✚	<i>Staphylococcus</i> = PADRÃO
	KAWASAKI, Síndrome de = PADRÃO
	LEGIONELOSE = PADRÃO
	LEPTOSPIROSE = PADRÃO

<p>LISTERIOSE = PADRÃO</p> <p>LYME, Doença de = PADRÃO</p> <p>LINFOGRANULOMA VENÉREO = PADRÃO</p> <p>MALÁRIA = PADRÃO</p> <p>MELIOIDOSE = PADRÃO</p> <p>MENINGITE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Bactérias Gram-negativas entéricas, em RN = PADRÃO ✦ Fúngica ou Viral = PADRÃO ✦ <i>H. influenzae</i> (suspeito ou confirmado) = GOTÍCULAS ✦ <i>Listeria monocytogenes</i> = PADRÃO ✦ <i>M. tuberculosis</i> = PADRÃO ✦ <i>N. meningitidis</i> (suspeita ou confirmada) = GOTÍCULAS ✦ <i>Streptococcus pneumoniae</i> = PADRÃO ✦ Outras bactérias = PADRÃO <p>MENINGOCOCCEMIA = GOTÍCULAS</p> <p>MICOBACTERIOSE ATÍPICA (pulmonar ou cutânea) = PADRÃO</p> <p>MOLUSCO CONTAGIOSO = PADRÃO</p> <p>MONONUCLEOSE INFECCIOSA = PADRÃO</p> <p>MUCORMICOSE = PADRÃO</p> <p>NOCARDIOSE = PADRÃO</p> <p>OXIUROS, infecção por = PADRÃO</p> <p>PARVOVÍRUS B19:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Doença crônica em imunossuprimido = GOTÍCULAS ✦ Crise aplásica transitória ou de células vermelhas = GOTÍCULAS <p>PEDICULOSE = CONTATO</p> <p>PESTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Bulbônica = PADRÃO ✦ Pneumônica = GOTÍCULAS <p>PNEUMONIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Adenovírus = CONTATO+GOTÍCULAS ✦ Viral: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adultos = PADRÃO ▪ Lactentes e pré escolar = CONTATO ✦ <i>P. cepacia</i> em fibrose cística (inclui colonização respiratória) = PADRÃO ✦ <i>Chlamydia</i>, <i>Legionella spp</i>, <i>S. aureus</i> = PADRÃO ✦ Fúngica = PADRÃO ✦ <i>Haemophilus influenzae</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adultos = PADRÃO ▪ Lactentes e pré escolar = GOTÍCULAS ✦ <i>Mycoplasma</i> = GOTÍCULAS ✦ <i>Neisseria meningitidis</i> = GOTÍCULAS ✦ <i>Pneumocystis carinii</i> = PADRÃO ✦ <i>Streptococcus pneumoniae</i> = PADRÃO ✦ <i>Streptococcus</i> do Grupo A <ul style="list-style-type: none"> ✦ Adultos = PADRÃO ✦ Lactentes e pré escolar = GOTÍCULAS ✦ Outras bactérias não listadas (incluindo gram-negativas) = PADRÃO <p>POLIMIELITE = PADRÃO</p> <p>PSITACOSE (ORNITOSE) = PADRÃO</p> <p>RAIVA = PADRÃO</p>

REYE, Síndrome de = PADRÃO
RIQUETSIOSE = PADRÃO
ROTAVÍRUS 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
TRA COMA AGUDO = PADRÃO
TRICOMONÍASE = PADRÃO
TRICURIÁSE = 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 D- Higiene das Mãos.



A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genebra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Frictione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg

1 Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de corcha para cobrir toda a superfície das mãos.

2 Frictione as palmas das mãos entre si.

3 Frictione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e polegar.

4 Frictione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.

5 Frictione o dorso dos dedos da uma mão com a palma da mão oposta, segurando o dedo, com movimento de vir-a-volta e vice-versa.

6 Frictione o polegar, novamente, com a palma da outra mão, um lado e depois o outro, executando um movimento de vir-a-volta e vice-versa.

7 Frictione as palmas digitais e artais das mãos entre si com os dedos entrelaçados, executando um movimento de vir-a-volta e vice-versa.

8 Quando estiverem secas, suas mãos estão devidamente higienizadas.

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Se não, frictione as mãos com preparações alcoólicas!

Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg

1 Molhe as mãos com água.

2 Aplique as palmas das mãos uma sobre a outra, esfregando-as vigorosamente com água.

3 Frictione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e polegar.

4 Frictione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.

5 Frictione o dorso dos dedos da uma mão com a palma da mão oposta, segurando o dedo, com movimento de vir-a-volta e vice-versa.

6 Frictione o polegar, novamente, com a palma da outra mão, um lado e depois o outro, executando um movimento de vir-a-volta e vice-versa.

7 Frictione as palmas digitais e artais das mãos entre si com os dedos entrelaçados, executando um movimento de vir-a-volta e vice-versa.

8 Quando estiverem secas, suas mãos estão devidamente higienizadas.

9 Enxague as mãos com água.

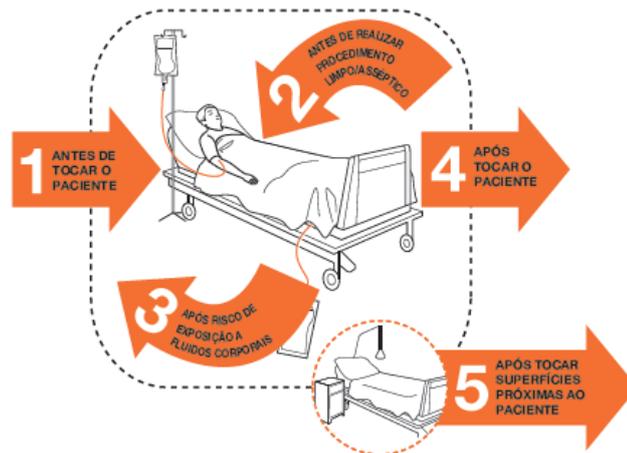
10 Seque as mãos com uma toalha limpa e descartável.

11 Não use as toalhas com contato manual para secar as mãos, sempre para uma única pessoa.

Mãos limpas são mãos seguras. Suas mãos estão limpas?

A Organização Mundial da Saúde honrou todas as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. A Organização Mundial da Saúde não se responsabilizará em hipótese alguma pelos danos decorrentes pelo seu uso.

QUANDO? Seus 5 momentos para a higiene das mãos



1 ANTES DE TOCAR O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de micro-organismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DE REALIZAR DE PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de micro-organismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os micro-organismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de micro-organismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS TOCAR O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de micro-organismos do próprio paciente.
5 APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de micro-organismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

