

Conhecimento da enfermagem na prevenção de infecção hospitalar

Knowledge of the nursing in the prevention of hospital infection

Alessandra Nara Faria Alves*
Celso Alvares Duarte*
Magda Pereira de Paula*
Rodolfo Eulámpio de Moraes*
Raquel Machado Cavalca Coutinho**

Resumo

Introdução – A finalidade deste estudo teve como base analisar o conhecimento dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com relação aos conhecimentos acerca dos métodos de prevenção contra infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva. Diante dessa problemática a maior preocupação foi saber ou delimitar se a Instituição de Saúde em estudo investe em programas de prevenção da infecção hospitalar, quais as estratégias de aperfeiçoamento e sua periodicidade. **Material e Método** – Foi realizado um estudo do tipo quantitativo, exploratório e descritivo com coleta de dados primários por meio da aplicação de questionário que procurou compreender a realidade estudada. A população do estudo foi constituída pela totalidade de profissionais de enfermagem que atuam no setor nas 24 horas, tendo como amostra o número máximo de sujeitos que respondeu ao questionário. **Resultados** – Por meio da análise de dados foi constatado que os sujeitos possuem conhecimentos sobre equipamentos de proteção individual, classificação das precauções, mas, contudo, na aplicabilidade durante o planejamento de suas ações junto ao isolamento respiratório por aerossóis a maioria (84%) desconhece, esse resultado causou surpresa, visto que são atuantes no setor de UTI entre cinco a dez anos. **Conclusões** – Conclui-se ser primordial que a equipe de saúde atuante na área hospitalar desenvolva ações educativas voltadas para a prevenção das infecções.

Palavras-chave: Infecção hospitalar, enfermagem; Infecção hospitalar, prevenção e controle; Precauções universais; Conhecimento; Enfermagem

Abstract

Introduction – The purpose of this study had as base to analyze the knowledge of the nurses, technician and nurse aid with relation to the knowledge concerning the methods of prevention against hospital infection in a Unit of Intensive Therapy. Ahead of this problematic a bigger concern was to know or to delimit if the Institution of Health in study invests in programs of prevention of the hospital infection, which the strategies of perfecting and its regularity. **Material and Method** – A study of the quantitative, exploratory and descriptive type was carried through with collection of primary data by means of the questionnaire application that it looked to understand the studied reality. The population of the study was constituted by the totality of nursing professionals who act in the sector in the 24 hours, having as it shows the maximum number of citizens that answered to the questionnaire. **Results** – By means of the analysis of data it was evidenced that the citizens possess knowledge on Epis, classification of the precautions, but, however, in the applicability during the planning of its together action to the respiratory isolation for aerosols the majority (84%) is unaware of, this result in them caused surprise, since the ten years are operating in the sector of UTI between five. **Conclusions** – We conclude that it is primordial that the health teams that act in the hospital area develop educative actions directed toward the prevention of the infections.

Key words: Cross infection, nursing; Cross infection, prevention and control; Universal precautions; Knowledge; Nursing

Introdução

As infecções hospitalares constituem-se um verdadeiro problema de saúde pública em países como o Brasil. Afetam milhões de pessoas, sobrecarregam muitos tratamentos de saúde em instituições públicas e privadas, com conseqüência prolongando o período de internação e elevando o número de morbidade e mortalidade em pacientes hospitalizados¹².

O Ministério da Saúde na Portaria nº 2.616 de 12/05/1998 definem infecção hospitalar como: "Infecção adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares".

Dados históricos relatam que Lister em 1877 participou com seus conhecimentos sobre técnicas assépticas e anti-sepsia. Ignaz Semmlweis (1818-1865), tam-

* Graduandos do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP) - Campinas.

** Enfermeira. Doutora. Coordenadora Geral dos Cursos de Enfermagem da UNIP - Campinas. E-mail: raquel@unip.br

bém teve sua contribuição comparando a necessidade da lavagem das mãos no seu cotidiano de trabalho. A importância de um ambiente limpo e arejado trás grandes benefícios para a terapêutica ressalta Florence Nightingale (1820-1910). Florence enfermeira pioneira marcou o início da enfermagem moderna sendo reconhecida até hoje, como modelo de administradora e combatente das infecções hospitalares¹².

Segundo Wey *et al.*¹⁷ (1996), o controle das infecções hospitalares apresenta-se como um problema social e administrativo, pois os custos decorrentes no afastamento do paciente ao trabalho e de sua vida social estão presentes.

Já para Silva¹² (2001) o controle das infecções hospitalares representa desafio para a equipe de saúde, especialmente nos cuidados aos pacientes de maior complexidade ou submetidos a terapias invasivas e agressoras.

As primeiras recomendações publicadas sobre isolamentos surgiram nos EUA em 1887, quando foi preconizada a internação de pacientes com doenças infecciosas em acomodações separadas, ganhando nesta época o nome de hospitais de doenças infecciosas.

Na virada do século, os hospitais passaram a isolar seus pacientes com doenças contagiosas em quartos individuais separando seus utensílios. Mais adiante foi introduzido o sistema de compartimentos de isolamento como alternativa para internação destes doentes fora dos hospitais de doenças infecciosas, onde profissionais utilizavam aventais diferentes, lavavam suas mãos com soluções anti-sépticas depois do contato com pacientes, e desinfetavam os objetos utilizados. Nesta época tais procedimentos ficaram conhecidos como "barreiras de enfermagem".

O manual publicado pelo CDC em 1970, introduzia o conceito de isolamentos por categorias, que se mostraram ineficientes, uma vez que os isolamentos eram determinados de acordo com as características epidemiológicas das doenças, não levando em conta e considerando suas vias de transmissão¹.

Em 1983 houve uma substituição do manual de 1975 que foi publicado pelo CDC o "Guideline for Isolation Precautions in Hospitals", tendo como principal característica a valorização do tipo de isolamento por parte do corpo clínico hospitalar. Cabia a comissão de controle de infecções hospitalares determinarem se o isolamento seria relacionado por categoria ou por doença específica, dispondo-se de um manual para a criação de um sistema único apropriado às circunstâncias e características do hospital. O profissional responsável pelo isolamento de um paciente decidia sobre as precauções individuais a serem tomadas (de acordo com a idade do paciente, nível de consciência, etc), e estipulava a necessidade do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como aventais, máscaras e/ou luvas, baseado no tipo de exposição.

Estas categorias passaram a ser divididas em Isolamentos: estrito, de contato, ou precauções respiratórias; isolamento para paciente com tuberculose; Entérico Isolamento ou Precauções com Sangue e Fluidos Orgânicos^{2,10,16}.

Com este sistema de isolamento, por um lado eliminava-se o isolamento excessivo relacionado ao paciente, por outro, doenças não usuais em alguns hospitais, o atraso e até mesmo um erro diagnóstico colocava em risco outros pacientes e profissionais, surgindo a necessidade de treinamento e de um sistema hospitalar informatizado^{2,10,16}.

Já em 1985 com o crescimento da epidemia de HIV/AIDS, criou-se o conceito de Precauções Universais (PU), com objetivo de reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos, principalmente veiculados pelo sangue aos profissionais de saúde.

Também Gilmore* *apud* Fernandes *et al.*⁵ (2000) sugeriram a simplificação deste modelo propondo o uso de EPIs, de acordo com as categorias de isolamentos classificadas em classes numéricas: 1. uso obrigatório de luvas, 2. uso obrigatório de luvas e avental, 3. uso obrigatório de luvas, avental e máscara, 4. uso obrigatório de máscara.

Este modelo consistia no uso de placas sinalizadoras que eram colocadas nas portas dos quartos ou nos leitos⁵.

Os profissionais de saúde envolvidos no estudo, quando comparado com o manual publicado pelo CDC em 1983, acharam que este sistema mostrou-se mais compreensível e fácil de seguir, devido sua praticidade este método é utilizado por alguns hospitais brasileiros. Em 1987 com a tentativa de evitar a transmissão de patógenos resistentes a múltiplas drogas e para uma maior proteção dos profissionais de saúde, foi criado um novo sistema de isolamento alternativo ao CDC, chamado Isolamento de Substâncias Corporais (ISC/ Body Substance Isolation-BSI), desenvolvido pelo Departamento de Controle de Infecções do Centro Médico Harborview em Seattle, Washington e da Universidade da Califórnia em San Diego. Eram usados para orientar pessoas que desejassem adentrar nos quartos de pacientes portadores de determinadas doenças transmissíveis, devendo ser orientadas pelo enfermeiro quanto ao uso de EPIs: luvas e/ou avental na possibilidade de contato com sangue e fluido orgânico, uso de máscara em caso de doenças transmissíveis pelo ar ou no risco de respingo de sangue em mucosa oral e a não obrigatoriedade da lavagem das mãos após a retirada das luvas, exceto em caso de sujidade visível ou acidentes perfurantes e cortantes⁷.

No início dos anos 90, vários hospitais utilizavam as PU ou o ISC como um todo ou em partes, associado ao sistema de isolamento por categoria ou doença específica.

Com o objetivo de prevenir a ocorrência de infecções intra-hospitalares diante de condutas variadas, uma nova normatização de procedimentos em 1996 foi desenvolvida pelo CDC⁵.

A primeira e mais importante é a precaução a ser aplicada no atendimento de todos os pacientes dentro do hospital sem distinção, denominada de Precauções Padrão (PP). É a estratégia principal para o sucesso no Controle das Infecções Hospitalares. As PP devem ser utilizadas quando existir o risco de contato com: san-

* Gilmore *apud* Fernandes TA *et al. op. cit. ref. 5.*

gue, todos os fluidos corpóreos, secreções e excreções com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível, pele com solução de continuidade e mucosa^{9,11,13}.

A segunda categoria engloba as precauções designadas para um número menor de pacientes, suspeitos ou sabidamente infectados/colonizados por patógenos transmissíveis epidemiologicamente importantes, através de três vias de transmissão: aérea por gotículas e por aerossóis, transmissão por contato e precauções baseadas na transmissão dos patógenos, devem ser implantadas sempre em conjunto com as PP^{9,11,13}.

Precauções Padrão

Lavagem das mãos: após contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções e itens contaminados, e após a retirada das luvas. Após contato entre um paciente e outro, entre um e outro procedimento ou em ocasiões em que exista risco de transferência de patógenos para pacientes ou ambientes, Entre procedimentos no mesmo paciente quando houver risco de infecção cruzada de diferentes sítios anatômicos. **Luvas:** usar luvas limpas, não necessariamente estéreis quando existir possibilidade de contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, membranas, mucosas, pele não-integra e qualquer item contaminado. Mudar de luvas entre duas tarefas e entre um e outro procedimento no mesmo paciente, e antes de tocar itens não contaminados e superfícies ambientais. A lavagem das mãos após a retirada das luvas é obrigatória. **Máscara, Protetor de Olhos, Protetor de Face:** recomendados para proteção das mucosas dos olhos, nariz e boca, durante procedimentos e atividades no atendimento aos pacientes que tragam risco de contaminação. **Avental:** usar avental limpo não necessariamente estéril, para proteger roupas e superfícies, sempre que houver possibilidade de ocorrer contaminação por líquidos corporais e sangue; escolher o avental apropriado para a atividade e a quantidade de fluido ou sangue encontrado; retirar o avental o mais rápido possível, com posterior lavagem das mãos. Equipamentos de **Cuidados ao Paciente:** Devem ser manuseados com cuidado se sujos de sangue ou fluidos corpóreos, secreções e excreções, e sua reutilização em outros pacientes deve ser precedida de limpeza e ou desinfecção. **Controle ambiental:** Estabelecer e garantir procedimentos de rotina adequados para a limpeza e desinfecção das superfícies ambientais como: camas, equipamentos de cabeceira e outras superfícies tocadas frequentemente. **Roupas:** manipular, transportar e processar as roupas usadas e sujas com sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções de forma a prevenir a exposição da pele e mucosa, e a contaminação de roupas pessoais, evitando a transferência de microrganismos para outros pacientes e para o ambiente. **Saúde Ocupacional e Patógenos Veiculados por Sangue:** tomar cuidado para prevenir acidentes com agulhas, escalpe e outros instrumentos ou equipamentos perfurocortantes. Limpar instrumentos usados, preferencialmente

com detergente enzimáticos, Descartar agulhas usadas, nunca reencapar a agulha segurando a capa com a outra mão, bem como segurar a tampa de borracha para gasometria com a outra mão para poder ocluir a agulha, Quando da coleta de sangue e quando da necessidade de desconectar a seringa da agulha para colocar o sangue nos frascos, a capa da agulha deve permanecer presa em uma superfície à parte, que permita o reencapamento da agulha sem a utilização da outra mão, Os materiais perfurantes e cortantes descartáveis devem ser desprezados em recipientes com paredes resistentes, distribuídos junto às áreas onde são manipulados, Quando da necessidade de efetuar respiração boca a boca, usar equipamentos do socorro⁵.

Precauções de Contato

As precauções de contato são usadas para pacientes suspeitos de infecção ou de colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes, que são transmitidos por contato direto com o paciente (mão ou pele), ou contatos indiretos (superfícies ambientais ou itens de uso do paciente). Consistem em: internação do paciente em quarto privativo, quando não for possível, interná-lo em um quarto com outro paciente que apresente infecção pelo mesmo microrganismo. Em caso de dúvida consultar a CCIH antes da internação do paciente. **Luvas e Lavagem das mãos:** usar luvas limpas e não estéreis ao entrar no quarto do paciente durante o tempo de atendimento, trocá-las após contato com material infectante com alta concentração de microrganismo (fezes e secreções de feridas), retirar as luvas após o uso e antes de deixar o ambiente. Lavar as mãos com anti-séptico, assegurar que as mãos não toquem as superfícies ambientais ou itens do quarto do paciente para evitar a transferência de microrganismo para outros pacientes e ambientes. **Máscara:** seguir precauções padrão. **Avental:** usar avental limpo não necessariamente estéril ao entrar no quarto, quando se prevê um contato substancial com pacientes incontinentes, diarréicos, com ileostomia, colostomia ou drenagem de ferida não contida por curativo, com superfícies ambientais ou itens do quarto, retirá-lo antes de deixar o quarto, assegurar que as roupas pessoais não entrem em contato com superfícies ambientais potencialmente contaminadas para evitar a transferência de microrganismos para outros pacientes ou ambientes. **Transporte do Paciente:** limitar o transporte do paciente para fora do quarto ao mínimo necessário, assegurar que as precauções sejam mantidas para diminuir o risco de transmissão de microrganismos para outros pacientes e a contaminação de superfícies ambientais ou equipamentos, quando o paciente for levado para fora do quarto. **Equipamentos de Cuidado ao Paciente:** sempre que possível devem ser usados para um único paciente, por exemplo, (estetoscópio e termômetro) quando não, esses equipamentos devem ser limpos e desinfetados antes do uso em outros pacientes. **Ambiente:** os itens com os quais o paciente tem contato e as superfícies ambientais devem ser submetidas à limpeza diária⁵.

Precauções por Aerossóis

São recomendadas para pacientes com infecção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por aerossóis (partículas de tamanho < 5µm) que permanecem suspensas no ar e podem ser dispersas a longas distâncias como a varicela, sarampo e tuberculose. **Local de Internação:** quarto privativo com pressão de ar negativa em relação à área adjacente, manter as portas sempre fechadas, mínimo de seis trocas de ar por hora. **Proteções Respiratórias:** utilizar máscaras com capacidade de filtragem e vedação lateral adequada denominada respirador N95, indivíduos suscetíveis a sarampo e varicela não devem entrar em quartos de pacientes com suspeita destas infecções. Luvas e avental: seguir precauções padrão. **Transporte de pacientes:** deve ser limitado ao mínimo necessário, mas quando indicado o paciente deve utilizar máscara cirúrgica⁵.

Precauções por Gotículas

Estas precauções são indicadas para pacientes portadores ou infectados por microrganismos transmitidos por gotículas de tamanho maior que 5µm, que podem ser gerados durante a tosse, espirro, conversação ou realização de diversos procedimentos. Consistem em: internação do paciente em quarto privativo, quando não houver disponibilidade, interná-lo em quarto com paciente que apresente infecção pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois pacientes ou entre paciente e visitante deve ser de um metro, a circulação de ar e ventilações especiais não são necessárias. **Máscara:** deve ser utilizada quando a proximidade com o paciente for menor que um metro. **Luvas e avental:** seguir precauções padrão. **Transporte do paciente:** deve ser limitado ao mínimo possível e quando impossível, o paciente deve usar máscara cirúrgica⁵.

Baseado em estudos anteriores e comparando como está a infecção hospitalar atualmente, nota-se que a equipe de enfermagem bem como os pacientes correm riscos diários sendo fundamental a conscientização dos profissionais atuantes para que haja segurança tanto da equipe quanto do paciente, garantindo para ambos o direito de não serem discriminados por portarem uma doença infectocontagiosa.

Segundo Colombrini *et al.*⁹ (2000) deve ser lembrada a importância do enfermeiro no papel de orientador, executor da assistência e responsável por sua unidade para que possa atuar de forma cada vez mais consciente.

O processo de aprendizagem é diário, vive-se mudanças tecnológicas rápidas, mas se as medidas de prevenção como: Precauções Padrão, de Contato e Respiratórias para Aerossóis e Gotículas forem aplicadas corretamente podem garantir a qualidade da assistência prestada. Desta maneira, evitando que a Instituição de Saúde tenha maior custo com esse paciente que terá que permanecer por mais tempo internado e muitas vezes ocupando um leito que poderia ser usado por outro^{9,11,13}.

Acredita-se que a discussão sobre a infecção hospitalar seja relevante de ser estudada, embora existam

muitos trabalhos escritos sobre o assunto parece não se esgotar. Desta forma vêm desafiando a equipe de saúde a criar estratégias tanto humanas quanto técnicas para minimizar as infecções no âmbito hospitalar.

Diante dessa problemática a preocupação é saber (ou delimitar) se as Instituições de Saúde estão ou não investindo nos programas de prevenção da infecção hospitalar, como é feito esse aperfeiçoamento e qual a periodicidade.

Sendo este setor uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), saber se o número de funcionários distribuídos em cada plantão é adequado oferecendo condições apropriadas de por em prática todo e qualquer procedimento técnico, contribuindo para a prevenção e redução de casos de infecção hospitalar, bem como pesquisar os conhecimentos acerca das medidas de prevenção a infecção hospitalar e que mesmo sabendo não as praticam nas suas ações junto ao paciente.

O objetivo geral foi o de analisar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos métodos de prevenção da infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva.

Os objetivos específicos foram verificar o conhecimento, relacionado às precauções Padrão, Contato, Respiratória por Gotículas e Aerossóis e avaliar se há aplicabilidade de treinamentos da equipe de enfermagem sobre a prevenção das infecções.

Material e Método

Estudo quantitativo, exploratório e descritivo com coleta de dados primários por meio da aplicação de questionário, onde procurou compreender a realidade estudada, foi realizado em um Hospital geral, privado, situado no município de Campinas, São Paulo, no setor de UTI, que comporta 14 pacientes. A população do estudo foi constituída pela totalidade de profissionais dos turnos manhã, tarde, noite I e II, sendo: 30 técnicos em enfermagem e 8 enfermeiros.

A amostra foi composta pelo número máximo de sujeitos que responderam ao questionário, sendo um total de 25 sujeitos. Instrumento de Coleta de Dados: questionário contendo 20 questões de múltipla escolha com 5 alternativas, para avaliação do conhecimento das Precauções Padrão, Contato e Respiratórias por Aerossóis e Gotículas.

Descrição e Análise da Coleta de Dados: após submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da UNIP houve aprovação, com protocolo nº 121/05 CEP/ICS/UNIP. Os sujeitos foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa, sua participação voluntária, garantia do sigilo de suas respostas, também a solicitação do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a coleta os dados de caráter quantitativo foram tabulados e analisados. Critérios para Inclusão e Exclusão dos Sujeitos: Inclusão: ser membro da Equipe de Enfermagem; Atuar na UTI; Concordar voluntariamente em participar como sujeito da pesquisa. Exclusão: não estar em período de férias ou licença médica no período da coleta.

Resultados

Os dados coletados por meio dos questionários permitiram a apresentação dos seguintes dados: dos 25 profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa 5 (20%) são enfermeiros e 20 (80%) são da categoria técnicos de enfermagem. Destes 3 (12%) trabalham a mais de 10 anos na instituição campo de pesquisa, 8 (32%) de 5 a 10 anos, 5 (20%) de 3 a 5 anos, 4 (16%) de 1 a 3 anos e 5 (20%) menos de 1 ano.

Observa-se no Gráfico 1, após análise dos dados apresentados que dos 25 (100%) dos participantes da pesquisa que responderam ao questionário, 14 (56%) conhecem a utilização correta das precauções padrão e 11 (44%) desconhecem como empregá-las. Segundo Lopes *et al.*⁸ (1999), no uso das PP pressupõem inicialmente que todos os clientes podem estar potencialmente infectados com patógenos. Por esta razão, os profissionais de saúde devem se prevenir com medidas de barreira sempre que houver possibilidade de contato com sangue ou fluidos corporais⁸.

Através do Gráfico 2, verifica-se que dos 25 sujeitos que participaram, 15 (60%) responderam corretamente, já 10 (40%) erraram.

Esta questão mostra a dificuldade dos sujeitos em distinguirem quais são as precauções utilizadas quando estão prestando assistência à pacientes com suspeita e ou diagnóstico confirmado de tuberculose. Ratifica-se que a Tuberculose é causada pelo bacilo *Micobacterium tuberculosis* e que pode ser inalado na forma de partículas aerolizadas contaminadas provenientes de saliva, tosse ou espirro.

A prevenção e o controle em ambiente hospitalar se dá através do uso de máscara N95, para os profissio-

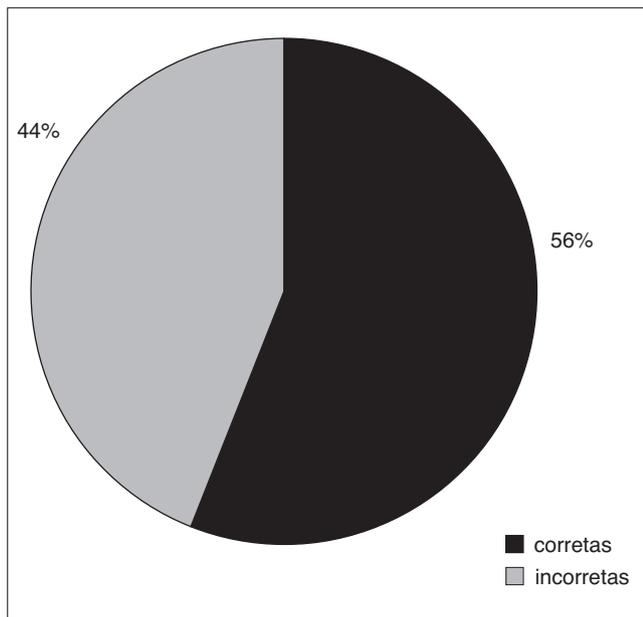


Gráfico 1. Distribuição em porcentagem dos sujeitos da pesquisa, segundo utilização correta da precaução em pacientes com doenças infecto-contagiosas. Campinas, 2005

nais de saúde, esta apresenta requisitos mínimos para a proteção na assistência desses pacientes e outras doenças por transmissão aérea, a denominação N95 refere-se a 95% de eficiência para filtração de partículas. O tempo de uso depende da sujidade, como regra prática, usa-se a máscara durante todo o plantão.

Vale ressaltar a importância de esclarecer ao paciente e familiares quanto à necessidade das precauções por vias aéreas, sanando dúvidas e facilitando o contato do paciente com visitantes, neste contexto o enfermeiro exerce papel fundamental na assistência, pois sabe-se que, o isolamento torna-se uma barreira entre o paciente e o ambiente externo gerando sentimentos de rejeição e abandono, além do que, existe a discriminação da sociedade perante esse indivíduo. A assistência planejada e individualizada garante a integridade mental e social do indivíduo¹⁶.

Analisando os dados do Gráfico 3, pode-se verificar que 19 (76%) dos entrevistados conhecem qual precaução utilizar para microrganismos multiresistentes, e apenas 06 (24%) erraram.

As PP devem ser usadas em pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado por microrganismos que são transmitidos por contato direto e ou indireto, pressupondo que todos os clientes estejam potencialmente infectados⁴.

O mais freqüente e importante meio de transmissão das infecções hospitalares é o contato, este ocorre através das mãos dos profissionais de saúde que não são higienizadas ou desinfetadas, pelas luvas que não são trocadas após o uso, e em contato com instrumentos contaminados¹⁶.

Segundo Oliveira¹⁰ (1998) o uso freqüente e muitas das vezes inadequado dos antibióticos, tanto nos hospitais quanto nos domicílios, e a melhoria progressiva do suporte terapêutico oferecido a pacientes enfermos, têm sido fatores determinantes no surgimento de infecções por cepas multiresistentes.

O agente etiológico *Staphylococcus Aureus* constituem a grande maioria das infecções hospitalares nos dias

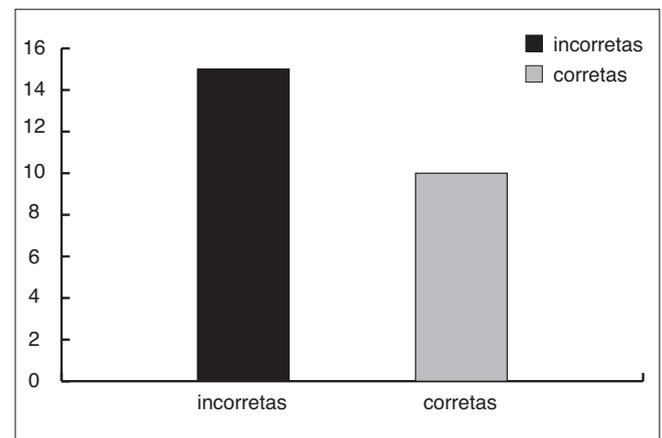


Gráfico 2. Distribuição em número dos profissionais, equipe de enfermagem segundo o conhecimento das precauções utilizadas em pacientes com Tuberculose. Campinas, 2005

atuais, geralmente são transmitidas por contato direto ou indireto ou migração durante a realização de procedimentos. Em muitas ocasiões apresentam alta resistência a antibióticos, sua gravidade e ocorrência dependem fundamentalmente da tríplice relação: susceptibilidade do hospedeiro, resistência e quantidade de microrganismos⁶.

Devido à gravidade e disseminação do *Staphylococcus Aureus*, o enfermeiro desempenha papel fundamental na orientação e conscientização de sua equipe sobre as medidas que estão sendo adotadas, reforçando o uso adequado de luvas, a lavagem correta das mãos, desinfecção dos equipamentos e materiais, minimizando a quantidade de materiais de consumo dentro do quarto, evitando uma posterior contaminação¹⁶.

Através da análise do Gráfico 4, observa-se que os sujeitos quando questionados sobre qual precaução os visitantes devem utilizar quando entram no quarto para realizarem visitas, 7 (28%) assinalaram a alternativa correta e 18 (72%) erraram.

Em ambiente hospitalar os visitantes que não são imunizados devem usar máscara N95, bem como luvas e avental como precaução contato, pois a varicela é transmitida por via aérea, suas partículas permanecem suspensas no ar podendo ser inaladas ou depositadas nas superfícies dos objetos, vale lembrar que quando as lesões se encontram em forma de crosta, não há mais risco de transmissão. O visitante imunizado não necessitará utilizar máscara, mas deve manter os cuidados de contato, que nada mais é do que a adoção das precauções padrão^{14,16}.

Conforme o Gráfico 5, constata-se que apenas 4 (16%) optaram pela alternativa correta e 21 (84%) dos profissionais entrevistados não souberam responder o que significa isolamento respiratório. Verifica-se que a

terminologia científica utilizada é desconhecida pela maioria dos sujeitos, contudo, ao ser descrito o ambiente cotidiano, poderia ter sido mais compreensível pelos entrevistados.

As precauções de isolamento são cruciais para o controle eficaz das infecções no ambiente hospitalar, pois evita a disseminação de microrganismos garantindo que os outros pacientes, a equipe e o ambiente estejam salvos.

O objetivo do isolamento respiratório é evitar a transmissão de microrganismos disseminados por gotículas e contato com objetos contaminados por secreção de vias aéreas superiores⁴.

Os profissionais devem lembrar que é essencial lavar as mãos ao entrar e sair do quarto, a máscara deve ser utilizada ao entrar no quarto, usar o avental em procedimentos com risco de contaminação das roupas, e luvas ao contato com sangue e fluidos corpóreos, a acomodação do paciente deve ser em quarto privativo com porta fechada^{4,15}.

Analisando o Gráfico 6, observa-se que 12 (48%) assinalaram corretamente quando questionados em quais procedimentos se utiliza o avental, já 13 (52%) dos sujeitos não pontuaram a alternativa correta.

A utilização do avental como EPI, apresentou muitas dúvidas aos sujeitos, pois nesta questão houve um percentual de equidade nas respostas assinaladas. Os profissionais de enfermagem devem usar corretamente o avental com a finalidade de manter a segurança na realização dos procedimentos junto aos pacientes, este deve ser apropriado nas atividades onde se apresenta quantidade de fluido ou sangue, os profissionais não devem permanecer por um tempo prolongado com o mesmo e assim que retirá-lo promover a higienização das mãos⁵.

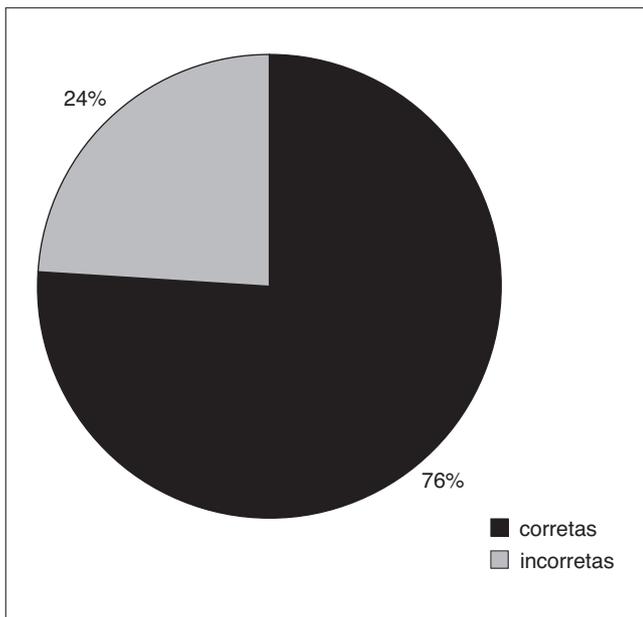


Gráfico 3. Distribuição em porcentagem dos profissionais, equipe de enfermagem segundo o tipo de precaução utilizada para microrganismos multiresistentes. Campinas, 2005

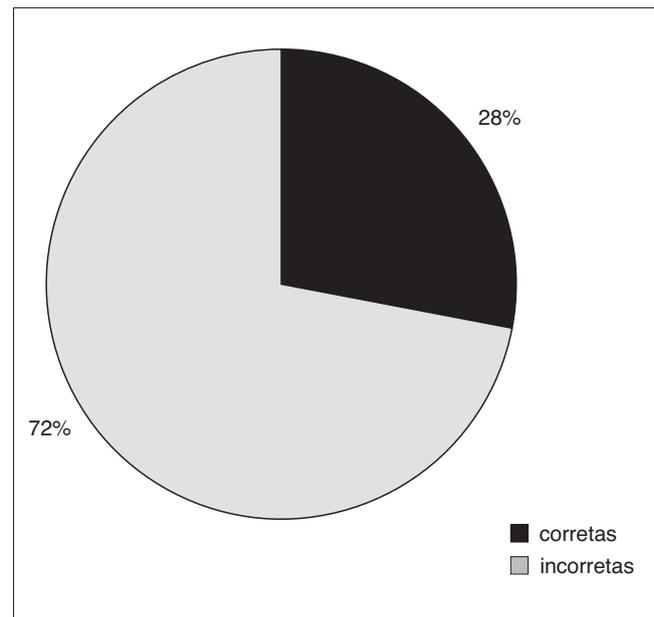


Gráfico 4. Distribuição em porcentagem da equipe de enfermagem, segundo o conhecimento das precauções utilizadas em pacientes com varicela. Campinas, 2005

Tabela 1. Conhecimento a respeito da higienização das mãos, uso de EPIs, e da adesão destas medidas. Campinas 2005

Respostas	Número de sujeitos	
	Nº	Porcentagem
Falta de qualidade e disponibilidade dos materiais	07	28%
Desconhecimento sobre a prevenção das infecções	05	20%
Carência de diagnóstico etiológico	04	16%
Falta de tempo	03	12%
Falta de conhecimento dos protocolos	03	12%
Não responderam	03	12%

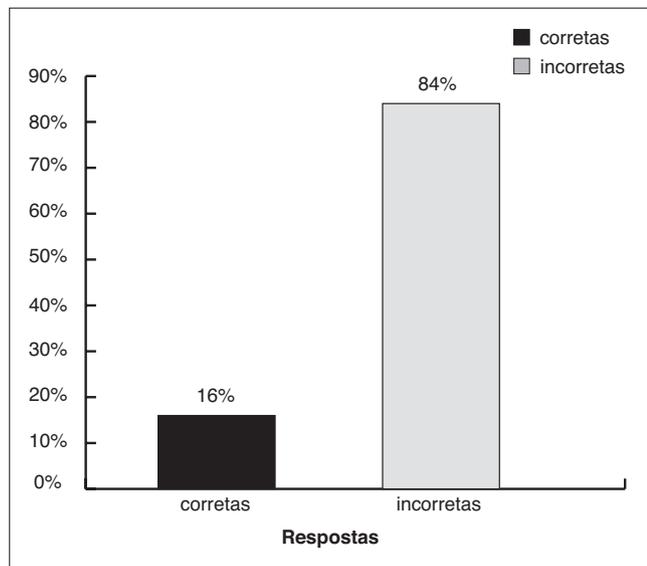


Gráfico 5. Distribuição dos profissionais, equipe de enfermagem, segundo a correção do significado de isolamento respiratório. Campinas, 2005

Analisando a Tabela 1, pode-se verificar que 28% dos sujeitos entrevistados assinalaram que a medida que os impede de aderirem ao controle da IH são: a deficiência de qualidade e disponibilidade dos materiais, esse índice causou surpresa, pois a instituição de saúde, campo de estudo, dispõe de recursos materiais para a realização dos procedimentos com segurança.

Vários estudos de comportamento mostram que a não higienização das mãos estão relacionadas principalmente à falta de tempo dos profissionais, pois os processos de trabalho que mais demandam higienização das mãos coincidem com os picos de sobrecarga de trabalho, existem também outros componentes que dificultam essa prática, como a falta de estímulo e a ausência de material disponível para a correta higienização, provavelmente a não utilização das outras medidas, estão relacionadas aos mesmos motivos citados acima¹⁵.

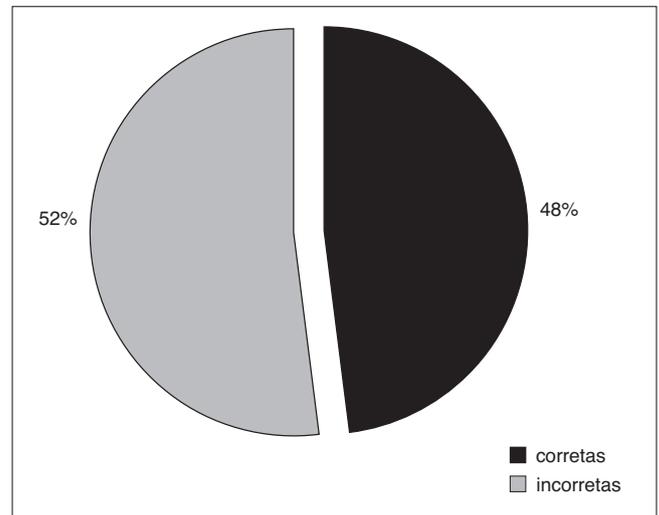


Gráfico 6. Distribuição em porcentagem dos profissionais, equipe de enfermagem segundo a indicação do uso do avental. Campinas, 2005

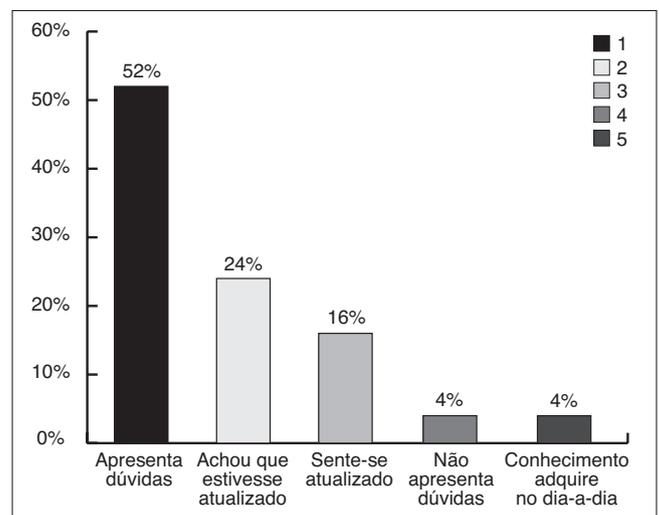


Gráfico 7. Distribuição em porcentagem dos profissionais, equipe de saúde segundo como avaliam o seu conhecimento sobre IH. Campinas, 2005

De acordo com o Gráfico 7 pode-se observar que os respondentes assumiram que desconhecem as precauções e gostariam de participar de atualizações.

Esse dado é de suma importância, pois mostra que os profissionais são conscientes da necessidade de se atualizarem, obter conhecimentos quanto ao uso das precauções, a fim de se capacitarem para prestação de uma assistência de enfermagem qualificada, prevenindo e participando no controle das IH.

Conclusões

Conclui-se através da análise dos dados obtidos na pesquisa que:

1. Os conhecimentos da equipe de enfermagem acerca dos métodos de prevenção da infecção hospita-

lar relacionados às P, Contato, Respiratória por Gotículas e Aerossóis não são compreendidos e aplicados pelos sujeitos.

2. O treinamento das equipes com relação a este conteúdo contribuirá na prevenção da infecção hospitalar no setor estudado.

Referências

1. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Guia para higiene das mãos em serviço de assistência à saúde. São Paulo: APECIH; 2003.
2. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Precauções e isolamentos. São Paulo: APECIH; 1999.
3. Colombrini MRC, Mucke AG, Figueiredo RM. Enfermagem em infectologia: cuidados com o paciente internado. São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Couto RC. Guia prático de infecção hospitalar. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
5. Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho RN. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
6. Lacerda AR. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.
7. Larson EL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Infectologia para a Prevenção de Infecções Hospitalares. Rev Prát Hosp. 2002;4(22):15-8.
8. Lopes MHB, Moromizato SS, Veiga JFFS. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. Rev Latinoam Enferm. 1999; 7(4):83-8.
9. Martins MA. Manual de infecção hospitalar – prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi; 1993.
10. Oliveira AC. Infecção hospitalar: abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi; 1998.
11. Roter M. A importância da lavagem das mãos. Rev Controle Hosp. 2003;4:38-40.
12. Silva LD. Assistência ao paciente crítico: fundamentos para a enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001.
13. Silva RFS. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(1):108-14.
14. Tiplle AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya TM, Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(2):245-50.
15. Turrini RNT. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2000;34(2):84-174.
16. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
17. Wey SB, Medeiros EAS, Pignatari AC. Infecções hospitalares: princípios gerais para prevenção e controle. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1996.

Recebido em 06/12/2006

Aceito em 26/2/2007