



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

ÉRICKA SAMANTA DORFEY

**Representações sociais das infecções relacionadas à assistência à saúde
por profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva**

GOIÂNIA

2014

ÉRICKA SAMANTA DORFEY

**Representações sociais das infecções relacionadas à assistência à saúde
por profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Orientador: Prof^o. Dr^o. José Rodrigues do Carmo Filho

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Eliane Liégio Matão

GOIÂNIA

2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Dorfey, Éricka Samanta.
D695r Representações sociais das infecções relacionadas à
assistência à saúde por profissionais de saúde que trabalham em
unidades de terapia intensiva [manuscrito] / Éricka Samanta
Dorfey. – Goiânia, 2014.
96 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde,
2014.

“Orientador: Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho”.
Bibliografia.

1. Infecção hospitalar. 2. Unidade de tratamento intensivo. 3.
Representações sociais. I. Título.

CDU 616-036.22(043)

DISSERTAÇÃO DO Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde
DEFENDIDA EM 15 DE DEZEMBRO DE 2014 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 

Prof. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Presidente)

2)



Prof. Dr. Claudemilson Fernandes Braga / UFG (Membro Externo)

3)



Prof. Dra. Maria Eliane Liégio Matão / PUC Goiás (Membro)

4)

Prof. Dr. Nelson Jorge da Silva Jr. / PUC Goiás (Suplente)

Dedico este trabalho a todos os pacientes que algum dia foram acometidos por alguma infecção relacionada à assistência à saúde.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sempre se fazer presente em minha vida, por me dar forças para esta caminhada e a superar desafios.

À minha mãe Neuraci Batista e às minhas irmãs Paula Verônica e Karin Mariana por me amparar nos momentos difíceis e por serem em fontes de carinho.

Ao meu companheiro Ricardo Favorin, pelo apoio incondicional durante a minha vida acadêmica e pessoal.

Aos queridos professores Dr^o José Rodrigues do Carmo Filho e a Dr^a Maria Eliane Liégio Matão, agradeço a valiosa e dedicada colaboração para a realização desta pesquisa. Saibam que são pessoas muito especiais, que fizeram a diferença em minha vida. Obrigada por todos os momentos e conhecimentos que compartilhamos.

Aos professores Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila e Dr^o Claudomilson Fernandes Braga, membros da banca examinadora deste estudo, por suas contribuições para o enriquecimento da pesquisa.

Às minhas amigas do coração Geane Martins, Joelma de Matos e Marilissa Maineri pelo incentivo e companheirismo, principalmente pelas palavras de apoio e conforto.

Aos participantes, pois sem a colaboração de vocês não seria possível a realização desta pesquisa.

RESUMO

DORFEY, E. S. **Representações sociais das infecções relacionadas à assistência à saúde por profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva**. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

A infecção relacionada à assistência à saúde se constitui em um dos maiores desafios para os governos, instituições e profissionais de saúde de todo mundo, configurando-se como um grave problema de saúde pública. Em geral, proporcionam o aumento no tempo de hospitalização, a elevação dos custos durante o período de tratamento, o estresse para os familiares e ao próprio paciente. Dentre os ambientes hospitalares, as unidades de terapia intensiva, possuem os maiores índices de infecções, por se tratar de locais com alta complexidade tecnológica, que atendem pacientes graves, dependentes de suporte intensivo de vida. Considerando esse cenário, o objetivo deste estudo foi compreender as representações sociais de profissionais da saúde de nível superior sobre IRAS nas unidades de terapia intensiva, a partir da identificação dos fatores associados a elas. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa à luz da Teoria das Representações Sociais e da Teoria do Núcleo Central. Foi realizado com enfermeiros, fisioterapeutas e médicos que trabalham na assistência aos pacientes das UTI's de Barreiras, Bahia, Brasil. A análise ocorreu por meio das evocações emitidas pelos participantes a partir do termo indutor infecção hospitalar, as quais foram processadas pelo software Evoc e apresentadas no quadro de quatro casas e em quadros descritivos. As evocações higiene-mãos, infecção, medicamento e microrganismo compõem o provável núcleo central da representação social do grupo de profissionais de saúde deste estudo. Foi possível verificar que os participantes associaram a ocorrência das IRAS principalmente as condições do paciente e às falhas de outros profissionais no processo de cuidar. Por isso, a noção de responsabilidade e culpa não foi observada como conhecimento socialmente partilhado por este grupo. Infere-se que os profissionais de saúde compartilham um saber ainda arraigado, essencialmente, no conhecimento biologicista, construído por meio das experiências compartilhadas e praticadas no ambiente em que trabalham. Sugere-se, a implementação de ações efetivas de educação permanente que possibilitem subsídios para uma reflexão e transformação no conhecimento falado e praticado pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Infecção hospitalar; Unidade de terapia intensiva; Representações sociais.

ABSTRACT

DORFEY, E. S. **Social representations of health assistance-related infections by health professionals who work on Intensive Care Units**. 2014. 97 f. Dissertation (Masters on Environmental and Health Sciences) – Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2014.

The health assistance to health-related infection makes itself one of the biggest governmental, institutional and worldwide professional challenges, presenting a critical public health issue. Generally, it increases the hospitalization time, costs during treatment and patient-familiar stress. Amongst hospital environments, the Intensive Care Units possess higher levels of infection, due to its technological complexity. They provide care for severe patients, dependents of life support. Considering such scenario, the purpose of the present work is to understand the social representations of HRA graduated professionals on Intensive Care Units, from the identification of associated factors. This work is of Qualitative nature under the light of Social Representations Theory and Central Core Theory. The samples were nurses, physiotherapists and doctors working on ICU patient assistance of Barreiras, Bahia, Brazil. The analysis occurred through patient evocations from the inducing term, hospital infection, which were processed by the Evoc software and presented on the four-house chart and descriptive charts. The evocation hygiene-hands, infection, medicine and microorganism builds the probable social representation central core of the health professional group. It was possible to identify that the participants associated the occurrence of HRA, specially the patient conditions and the flaws of other professionals through the caring process. Therefore, the notion of responsibility and blame was not observed as a socially shared knowledge by this group. Hence the health professionals share a knowledge yet rooted, essentially on biological knowledge, built upon shared experiences and work environment practices. The implantation of effective permanent educational actions that allow subsidies for reflexion and transformation of spoken and practiced knowledge by health professionals is suggested.

Key words: Hospital infections; Intensive Care Unit; Social Representations.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Modelo de Análise das Evocações por meio do Quadro de Quatro Casas..... | 36 |
| Figura 2 - Evocações emitidas por profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva de Barreiras, Bahia sobre a Infecção Hospitalar. 2014..... | 46 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Distribuição dos fatores iatrogênicos conforme justificativa elaborada pelos participantes da pesquisa..... | 48 |
| Quadro 2 - Distribuição dos fatores organizacionais conforme justificativa elaborada pelos participantes da pesquisa..... | 50 |
| Quadro 3 - Distribuição dos fatores relacionados ao paciente conforme justificativa elaborada pelos participantes da pesquisa..... | 52 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição das características socioculturais dos participantes da pesquisa | 45 |
| Tabela 2 - Distribuição dos fatores associados à infecção hospitalar referidos pelos profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva de Barreiras, Bahia. 2014..... | 47 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| APACHE | <i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation</i> |
| ASIS | <i>Average Severity Index Score</i> |
| CCIH | Comissão de Controle da Infecção hospitalar |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| EPI | Equipamento de proteção individual |
| EVOC | <i>Ensemble de programmes permettant l`analyse des evocations</i> |
| HM | Higienização das mãos |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IH | Infecção Hospitalar |
| IRAS | Infecção Relacionada à Assistência à Saúde |
| ITU | Infecção do Trato Urinário |
| KISS | Krankenhaus Infektions Surveillance System |
| MRSA | <i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente à Meticilina |
| NHSN | National Healthcare Safety Network |
| NNIS | National Nosocomial Infections Surveillance |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Panamericana de Saúde |
| PAV | Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica |
| PCIH | Programa de Controle de Infecção Hospitalar |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| PREZIES | Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance |
| PUC | Pontifícia Universidade Católica |
| QID | Quadrante Inferior Direito |
| QIE | Quadrante Inferior Esquerdo |
| QSD | Quadrante Superior Direito |
| QSE | Quadrante Superior Esquerdo |
| RENISS | Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde |
| RS | Representações Sociais |

| | |
|---------|--|
| SCN | <i>Staphylococcus</i> Coagulase Negativa |
| SAPS | <i>Simplified Acute Physiology Score</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TNC | Teoria do Núcleo Central |
| TRS | Teoria da Representação Social |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| VICNISS | Victorian Nosocomial Infections Surveillance Systems |
| VIHDA | Surveillance of Hospital Infection Argentina |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 19 |
| 2.1 Infecção relacionada à assistência à saúde | 19 |
| 2.2 Epidemiologia das IRAS..... | 22 |
| 2.3 Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde..... | 27 |
| 3 REFERENCIAL METODOLÓGICO | 31 |
| 3.1 As Representações Sociais | 31 |
| 3.2 As IRAS na perspectiva das representações sociais | 37 |
| 4 MATERIAIS E MÉTODOS | 39 |
| 4.1 Tipo de pesquisa..... | 39 |
| 4.2 Cenário da pesquisa | 39 |
| 4.3 Participantes | 40 |
| 4.4 Instrumento | 40 |
| 4.5 Descrição da coleta de dados..... | 41 |
| 4.6 Análise dos dados | 42 |
| 5 RESULTADOS | 44 |
| 5.1 Descrições das características socioculturais | 44 |
| 5.2 Descrição da estrutura da representação social sobre IRAS | 46 |
| 6 DISCUSSÃO | 53 |
| 6.1 Análise das características socioculturais dos participantes | 53 |
| 6.2 Análise da estrutura e do conteúdo das representações sociais sobre IRAS | 56 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 77 |
| REFERÊNCIAS | 79 |

| | |
|--|-----------|
| APENDICE A - Instrumento | 90 |
| APENDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido | 91 |
| APENDICE C – Dicionário de evocações | 93 |
| ANEXO A – Parecer de aprovação | 95 |

1 INTRODUÇÃO

A magnitude do problema das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), sua prevenção, tratamento e controle representam desafios para as autoridades governamentais, instituições e profissionais de saúde de todo mundo. Esse agravo configura-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que a torna um grave problema de saúde pública (OLIVEIRA et al., 2010; BATISTA et al., 2012; NOGUEIRA JUNIOR, et al. 2014).

O impacto clínico e econômico das IRAS tem causado grande preocupação para a comunidade em geral. Os microrganismos resistentes têm sido documentados frequentemente e as infecções têm ressurgido com nova propulsão. Além disso, existem consequências para o paciente, sua família e a comunidade em geral, tais como a privação da vida social e do trabalho, acarretando em comprometimento social, psicológico e econômico (OLIVEIRA et al., 2010; NANGINO et al., 2012).

As IRAS são fatores de risco reconhecidos para evolução negativa em pacientes internados em UTI's, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Entre os determinantes que contribuem para o surgimento das IRAS estão: a idade, as doenças de base, os procedimentos técnicos incorretos, as falhas na antisepsia da pele e na esterilização de materiais hospitalares, fluxo de pessoas circulando na UTI, além do uso indiscriminado de antimicrobianos e da não adesão à higiene das mãos pelos profissionais de saúde (MACHADO et al., 2011; BATISTA et al., 2012; CATARINO, 2012; COHEN et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012a).

Com as mudanças ocorridas na área da saúde, provenientes do desenvolvimento tecnológico nos últimos anos, é notório o progresso na assistência hospitalar, alavancada pela criação de equipamentos e técnicas que possibilitam cada vez mais diagnósticos e terapias especializadas. A utilização

desses avanços, juntamente com as condições clínicas do paciente, a falta de recursos humanos e de materiais, também foram identificados como fatores de risco para IRAS em unidades de terapia intensiva. A maioria dos pacientes internados na UTI possui doenças ou condições clínicas predisponentes para o surgimento de infecções. Muitos já possuem infecções ao serem admitidos e quase todos são submetidos às técnicas invasivas ou ao uso de antimicrobianos potentes (CÂNDIDO et al., 2012).

Portanto, para prevenção da transmissão de microrganismos geradores de doenças, durante ou após os cuidados dispensados aos pacientes, os profissionais devem adotar algumas práticas fundamentais, entre elas a realização da adequada higienização das mãos e o uso de equipamentos de proteção individual e de proteção coletiva.

Por isso, é importante monitorar os processos de prevenção contra as IRAS no âmbito da gestão hospitalar, com o objetivo de fornecer auxílio para a revisão das práticas assistenciais pelos profissionais de saúde, em busca da prevenção e do controle das IRAS. Outro ponto fundamental é a necessidade de estimular os profissionais que atuam prestando assistência direta à saúde, a refletir sobre a prática que vem sendo perpetuada nos locais em que trabalham e compartilham experiências.

Nesse sentido, o problema das IRAS vem sendo investigado à luz da Teoria das Representações Sociais por pesquisadores de todo o Brasil, principalmente pelo fato dos conhecimentos epidemiológicos contidos nas políticas de saúde não conseguirem, por si só, impactar de forma eficiente na redução das infecções. Considerando esse contexto, surgiu a seguinte indagação: quais as representações sociais de profissionais da saúde de nível superior sobre IRAS nas unidades de terapia intensiva de Barreiras, Bahia?

As pesquisas no campo da saúde no município de Barreiras são recentes, os primeiros cursos superiores oferecidos na área datam do ano de 2004, as experiências iniciais ocorreram a partir dos cursos de enfermagem, fisioterapia e psicologia. Como docente e enfermeira considero o tema em questão de grande importância, essa é uma temática forte no Brasil, porém é evidente a necessidade

da ampliação de estudos que associem o tema em questão à teoria das representações sociais. Essa teoria foi utilizada como base para compreensão da relação existente entre o pensamento e a ação do grupo social pesquisado, no intuito de possibilitar sua análise e, por conseguinte compreender a representação social de profissionais da saúde de nível superior sobre IRAS nas unidades de terapia intensiva, a partir da identificação dos fatores associados a elas.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O capítulo 1 apresenta o referencial teórico por meio da descrição das infecções relacionadas à assistência à saúde, aborda os principais sítios de infecção, contextualiza o cenário mundial, brasileiro e baiano desse fenômeno e apresenta os programas e dispositivos disponíveis para prevenção e controle das IRAS.

O segundo capítulo apresenta o referencial metodológico da teoria das representações sociais elaborada por Serge Moscovici, explica a teoria do núcleo central e a técnica de evocações formulada por Jean C. Abric e aborda a utilização da TRS em estudos realizados no contexto do tema em questão.

O terceiro capítulo apresenta os materiais e métodos utilizados para o desenvolvimento do estudo. Caracteriza o cenário da pesquisa, especifica os participantes envolvidos, descreve o questionário utilizado como instrumento de captação das informações, detalha como ocorreu a coleta dos dados e explica a utilização do software Evoc para identificar a estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as IRAS. A determinação da frequência dos fatores associados às IRAS e a classificação das justificativas em três áreas temáticas possibilitou analisar o conteúdo dos discursos dos participantes da pesquisa.

O quarto capítulo aborda e apresenta os resultados da pesquisa de campo, atendendo ao objetivo de compreender a representação social de profissionais da saúde de nível superior sobre IRAS nas unidades de terapia intensiva, a partir da identificação dos fatores associados a elas.

O quinto capítulo apresenta a discussão dos resultados desta pesquisa confrontando com os resultados de estudos realizados no Brasil e no mundo,

dialoga com as ideias de outros autores sobre o tema em questão e possibilita a aproximação da realidade vivenciada e compartilhada pelo grupo investigado. Enfatiza a forte influência dos modelos biologicista e higienista arraigados no saber partilhado e principalmente a ausência da noção de culpa e responsabilidade na ocorrência das infecções relacionadas à assistência à saúde pelo grupo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Infecção relacionada à assistência à saúde

A infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) se constitui em um dos maiores desafios para os governos, instituições e profissionais de saúde em todo mundo, configurando-se como a principal causa de morbidade e mortalidade, o que a torna um grave problema de saúde pública (OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010; BATISTA et al., 2012; NOGUEIRA JUNIOR, et al. 2014). Ela proporciona aumento no tempo de hospitalização, elevação dos custos durante o período de tratamento, estresse para os familiares e ao próprio paciente (OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010; NANGINO et al., 2012).

A utilização da nomenclatura IRAS, para o desafio em questão, deu-se em virtude dos estudos monitorados pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), o qual observou a necessidade de ampliar o foco da infecção hospitalar para as outras dimensões institucionais da saúde, tais como os asilos, as unidades de cuidados básicos de saúde, os locais de atendimentos ambulatoriais na modalidade de hospital dia ou domiciliar, que possam estar associados a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou diagnóstico (GACOUIN et al., 2009; WHO, 2009).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.616/98, define a infecção hospitalar (IH) como 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 (BRASIL, 1998).

As IRAS originam-se, em parte, de situações especiais, em decorrência de modificações biológicas e imunológicas, como por exemplo, o extremo de idade e

as doenças imunossupressoras, deixando as pessoas mais suscetíveis aos riscos do ambiente hospitalar. No entanto, advém dessas situações, a necessidade da realização de procedimentos invasivos com a finalidade diagnóstica e ou terapêutica (OLIVEIRA et al., 2012b).

No ambiente hospitalar, vários fatores são responsáveis pela ocorrência da infecção. Em geral esses fatores poderão estar relacionados a três áreas: iatrogênicas, organizacionais e relacionados ao paciente. Os fatores de risco iatrogênicos são aqueles de natureza prejudicial ou danosa ao paciente, desencadeado por falha, voluntária ou involuntária praticada por quem assiste o paciente. Os fatores de risco organizacionais são aqueles relacionados à gestão do serviço hospitalar, incluem os sistemas de ar e água, espaço físico, dimensionamento dos recursos humanos e materiais. Os fatores de risco relacionados ao paciente incluem a gravidade da doença, a imunossupressão e o tempo de internação (PADILHA e MANCIA 1992; KLEINPELL et al., 2008; VARGAS e RAMOS, 2010; SOUSA et al., 2014).

O uso indiscriminado de antimicrobianos, os procedimentos técnicos incorretos, as falhas na antisepsia da pele e na esterilização de artigos hospitalares e o fluxo de pessoas circulando no ambiente hospitalar contribuem para a manutenção e disseminação de microrganismos multirresistentes (MACHADO, CARVALHO, OLIVEIRA 2011; BATISTA et al., 2012; CATARINO, 2012; COHEN et al., 2012;).

Os microrganismos responsáveis por infecções descobrem no ambiente hospitalar, hospedeiros e veículos ideais para seu contágio. Desde que Semmelweis, de forma empírica, desvendou as “partículas cadavéricas” da febre puerperal, em 1847, e que Alexander Fleming descobriu a penicilina, os pesquisadores vêm criando fórmulas farmacêuticas cada vez mais potentes (FONTANA, 2006).

Nos últimos anos, com o avanço da tecnologia, houve grande mudança na antibioticoterapia ao surgirem agentes antimicrobianos mais eficazes. As cefalosporinas introduzidas no mercado, além de terem um amplo espectro antibacteriano, trouxeram ganhos em termos de posologia, farmacocinética e

outras propriedades, como as relacionadas com atividades imunomoduladoras (SOUZA et al., 2009). Entretanto, contrabalanceando esses ganhos, existe o perigo iminente pelo uso inadequado desses novos fármacos, pois aceleram a emergência de infecções por bactérias multirresistentes que antes poderiam ser facilmente debeladas (CÂNDIDO et al., 2012).

O uso irracional de antimicrobianos é relatado em várias partes do mundo, sendo um problema ainda bastante atual (SILVA et al., 2012; DERELI et al., 2013). A utilização inadequada de antimicrobianos também assume importante papel no crescimento alarmante, em todo o mundo, da resistência bacteriana aos antibióticos. Em determinadas áreas da América Latina, cerca de 75% dos antibióticos são prescritos inadequadamente e a resistência tem sido constatada em até 50% das cepas isoladas (CÂNDIDO et al., 2012).

Sabe-se que as maiores fontes de patógenos oportunistas nos hospitais são as mãos dos profissionais da saúde, a pele, as membranas, as mucosas, a saliva, as fezes e a urina do paciente. Os profissionais, geralmente, subestimam o papel de superfícies ambientais na transmissão da infecção, e com isso a higiene das mãos após o contato com o ambiente é geralmente menos frequente do que após o contato direto com o paciente (FITZGERALD, MOORE, WILSON 2013).

A pele tem função importante para o corpo, atua na sua proteção, pois forma uma barreira contra patógenos nocivos ao homem, e serve como habitat para microrganismos da flora permanente e transitória (WHO, 2004). As mãos dos profissionais de saúde possuem duas populações de microrganismos: os que pertencem a microbiota residente e a microbiota transitória. A microbiota residente é formada por microrganismos de baixa virulência, difíceis de ser retirados pela higienização das mãos com água e sabão, pois colonizam as camadas mais internas da pele. A microbiota transitória coloniza a camada mais superficial da pele, o que facilita sua remoção mecânica pela higienização das mãos (BRASIL, 2005).

Para reduzir o risco de transmissão cruzada, os profissionais de saúde devem identificar a necessidade de higienizar as mãos após qualquer tarefa e devem estar cientes de que a disseminação bacteriana pode ocorrer mesmo

durante as atividades de baixo risco (KOTSANAS et al., 2013). Pesquisa realizada em um hospital universitário de São Paulo identificou que os esforços que visam essencialmente a higiene das mãos podem não ser suficientes para prevenir a transmissão quando a pressão de colonização atinge níveis críticos (DALBEN et al., 2013).

Os procedimentos terapêuticos podem permitir que a microbiota transitória da pele seja transferida de seu habitat usual para outra área do corpo do paciente e conseqüentemente, tornar-se um microrganismo oportunista (FITZGERALD, MOORE, WILSON 2013). A utilização do cateter venoso central é essencial para a gestão adequada dos pacientes graves internados em unidades de terapia intensiva, porém estão entre os dispositivos que possuem maiores complicações, principalmente as infecções da corrente sanguínea e frequentemente associada à morbidade e à mortalidade significativas (NEVES JUNIOR et al., 2010; BICUDO et al., 2011; CATARINO et al., 2012).

Dentre os ambientes hospitalares, as unidades de terapia intensiva, possuem os maiores índices de infecções, por se tratar de locais com alta complexidade tecnológica, que atendem pacientes graves, dependentes de suporte intensivo de vida (OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010). Embora a presença de infecção esteja associada a uma alta taxa de mortalidade em qualquer tipo de UTI, os resultados sugerem que a infecção tem um impacto maior nos pacientes internados nas UTI's cirúrgicas, indicando a importância das medidas de prevenção, detecção precoce e tratamento da infecção para essa população (GEORGETO et al., 2011; TOUFEN JUNIOR et al., 2013).

2.2 Epidemiologia das IRAS

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que mais de 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de infecções relacionadas à

assistência à saúde. Nos países desenvolvidos, as IRAS atingem de 5 a 15% dos pacientes hospitalizados e podem afetar de 9 a 37% dos internados em unidades de terapia intensiva (UTI's) (VINCENT, 2003; WHO, 2005). Na União Europeia, o número anual de infecções hospitalares pode ser estimado em cerca de 4,5 milhões, com aproximadamente 37.000 mortes como consequência direta (ECDC, 2014). Nos países em desenvolvimento a prevalência de IRAS foi muito superior aos registrados na Europa e nos EUA, 15,5 por 100 pacientes. A densidade de infecção em unidades de terapia intensiva de adultos foi de 47,9 por 1000 pacientes-dia, pelo menos três vezes maior do que as densidades relatadas nos Estados Unidos. Dentre os microrganismos mais comuns encontrados estão os Bacilos Gram-negativos e os *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (ALLEGIANZI et al., 2011).

Em estudos de prevalência de um dia realizado em hospitais na República Unida da Tanzânia, Tunísia, Marrocos e Albânia demonstrou que as taxas de prevalência variaram entre 14,8% e 19,1% (WHO, 2009).

Na Lituânia, os pesquisadores compararam a prevalência de infecções nosocomiais em 2003, 2005 e 2007, e identificaram redução na taxa global de 4,3% para 3,4%, com aumento das infecções do trato respiratório (de 26,3% para 32,3%), e diminuição das infecções urinárias e sanguíneas (de 11,6% para 6,7% e de 8,9% para 2,3%, respectivamente) (VALINTELIENE, GAILIENE, BERZANSKYTE 2012).

As infecções do trato urinário (ITU) estão entre as mais frequentes. O estudo de prevalência realizados em 13 hospitais na China identificou a ITU como a terceira infecção mais comum, que ocorre em quase 100% dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (XIE, LAI, NIE 2010).

As pneumonias em pacientes com ventilação mecânica estão entre as principais causas de morbimortalidade no Mundo. A identificação do patógeno causador é difícil, nem sempre existe a disponibilidade de laboratórios nas instituições e a ocorrência de transmissão cruzada de bactérias multirresistentes por meio das mãos, roupas e até celulares dos profissionais de saúde agravam a

exposição do paciente no ambiente hospitalar (ALP et al., 2012; BADR, BADR, ALI, 2012).

A pneumonia associada a ventilação mecânica permanece como uma infecção comum em pacientes internados na UTI, sendo a *P. aeruginosa* um dos patógenos mais frequentes. Os dados apontam uma distribuição mundial de 15,6% (293 / 1.873), de 19,4% na Europa, 13,8% na América Latina, e de 16,0% na Ásia-Pacífico (KOLEFF et al., 2014).

A taxa de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) em uma unidade de cuidados médicos intensivos na Turquia encontrou taxas de duas vezes maiores do que aquelas relatadas em outras UTI's em países desenvolvidos. O custo total para pacientes com PAV foi de três vezes maior do que para os outros pacientes em uso de ventilação mecânica. Esse elevado custo, provavelmente, foi associado à hospitalização prolongada dos pacientes com PAV (ALP et al., 2012; ZILBERBERG e SHORR 2013).

Em Portugal, no Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção realizado em Março de 2009 pelo Programa Nacional de Controle de Infecção (PNCI-DGS) foram estudados 21.459 pessoas internadas em 144 hospitais, tendo-se observado uma prevalência de 11,03% de IRAS em 9,8% das pessoas hospitalizadas (PINA et al., 2010).

Na América Latina, particularmente no Brasil, as taxas de IRAS permanecem altas, 15,5%, o que corresponde a 1,18 episódios de infecção por cliente internado com IRAS, nos hospitais públicos a taxa de IRAS é ainda maior (18,4%). Esse é o único estudo brasileiro publicado e realizado nacionalmente (BARBOZA et al., 2009).

No ano de 2010, a ANVISA analisou os dados notificados de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) de 690 hospitais do Brasil e identificou a ocorrência de 59,3% em UTI adulto, 8,3% em UTI pediátrica e 32,4% em UTI neonatal (BRASIL, 2011).

Pesquisas isoladas realizadas em Teresina, Natal, Fortaleza, Belo Horizonte e Porto Alegre obtiveram taxas de infecção de 49,8%, 14,6%, 17,8%, 25% e 45,8%

respectivamente, sendo 80-90% relacionados à corrente sanguínea. Foram considerados como fatores de risco extrínsecos ao neonato os procedimentos invasivos e a alta taxa de permanência hospitalar (BARROS et al., 2012; DAL-BÓ, SILVA, SAKAE, 2012; FREIRE et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013; ROMANELLI et al., 2013; LIMA et al., 2014).

Estudo multicêntrico realizado por Marra et al. (2013) analisou 342 episódios notificados de IPCS em pacientes pediátricos e observou mortalidade bruta de 21,6% (74 de 342), apresentando-se mais elevada do que os dados dos Estados Unidos. Também Identificou uma proporção maior de bactérias gram-negativas e com níveis elevados de resistência.

Em estudos isolados, realizados no Brasil, a alta proporção de bacteremia nosocomial por *S. aureus* causada por cepas resistentes à meticilina indica a importância desse organismo como uma importante causa de infecção hospitalar. Dados indicam que a infecção causada por *S. aureus* resistentes à meticilina (MRSA) corresponde de 40% a 80% e está associada a taxas de morbidade e mortalidade elevadas (CÂNDIDO et al., 2012). Os resultados obtidos em um hospital terciário de São Paulo mostrou uma taxa de mortalidade de 71,4% nos casos e 21,4% nos controles (PORTO et al., 2013). Em um hospital universitário do Rio de Janeiro, a taxa de IRAS foi de 20,3%, a taxa de mortalidade foi de 39,5%, os microrganismos multirresistentes identificados com maior frequência foram *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* (OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010).

As medidas ineficientes de controle de infecção nos estabelecimentos de saúde estão associadas com epidemias causadas por *Acinetobacter baumannii*, que resultam em consequências econômicas e para a saúde (LEE et al., 2010; AYRAUD-THÉVENOT et al., 2012; DETTORI et al., 2014). A identificação precoce do microrganismo e a gestão adequada dos eventos epidêmicos nosocomiais são cruciais para o controle bem sucedido de uma infecção relacionada com a assistência à saúde (DETTORI et al., 2014).

No estado de São Paulo, a análise dos dados do Sistema de Vigilância de Infecção Hospitalar observou redução na densidade de incidência de infecção

associada à ventilação mecânica nas UTI's adulto, entre os anos de 2004 e 2009, de 16,32 e 19,92 respectivamente. Os microrganismos mais frequentemente isolados foram *Staphylococcus epidermidis* e outros *Staphylococcus coagulase negativa* (SCN) e *S. aureus*, perfazendo um total de 47%. Quanto ao perfil de resistência dos microrganismos isolados, 60,6% de *S. epidermidis* e outros *Staphylococcus coagulase negativa* mostraram resistência a oxacilina, 59,6% de MRSA e 59,4% de *K. pneumoniae* apresentou resistência as Cefalosporinas de 3ª geração (ASSIS et al., 2010).

Pesquisa realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia também encontrou o mesmo padrão de resistência microbiana, além disso, a sepse se apresentou em uma frequência mais alta do que relatado na literatura (18,6%). A mortalidade total nos casos de sepse grave foi de 35% e choque séptico 50% (CARVALHO et al., 2010).

Na Bahia, os indicadores de IRAS, demonstram uma redução na incidência global nos últimos cinco anos, representada por 3,4 (2006), 3,2 (2007), 2,8 (2008 e 2009) e de 2,7% em 2010. Esses valores estão abaixo dos percentuais recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 5% a 6%. Com relação aos anos anteriores a 2010, a taxa de letalidade na Bahia vem mantendo-se similar a 6,3%. Embora as taxas de infecção no Estado da Bahia estejam em percentuais aceitáveis, é importante salientar que podem não refletir a realidade, visto que alguns hospitais não enviam os indicadores para monitoramento, além do fato de que muitos não têm laboratório de microbiologia, o que dificulta o diagnóstico, culminando na subnotificação dos casos (BRASIL, 2010a).

No estado da Bahia, no período de 2003 a 2010, o maior percentual de infecção ocorreu no trato respiratório, representada em 2010 por 25,3% dos casos de infecção, seguida da infecção de corrente sanguínea com 20,2% (BRASIL, 2010a).

Estudo realizado na UTI Neonatal de um hospital filantrópico do interior da Bahia identificou incidência de 7,3 casos por 1.000 pacientes-dia, a letalidade entre os recém-nascidos foi de 20,3%. A sepse clínica foi a infecção de maior incidência (5,37 episódios por 1.000 pacientes-dia) e os microrganismos mais frequentes

foram *Serratia sp* (17,6%) e *S. aureus* (17,6%) (LEAL, 2010). O autor aponta que os indicadores desta unidade possam estar subestimados, uma vez que a incidência encontrada foi menor do que em outros estudos de mesmo teor.

A pneumonia nosocomial foi a principal complicação diagnosticada em pacientes internados em UTI's das cidades de Fortaleza e Feira de Santana, identificou-se a superioridade dos casos de infecção respiratória, com 65,3% e 22% dos casos, respectivamente. O que reforça o papel da ventilação mecânica como provável fator de risco significativa na etiologia dessa doença, servindo de principal rota de entrada dos microrganismo no trato respiratório inferior (OLIVEIRA, 2011; BARROS et al., 2012).

2. 3 Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o fenômeno das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) como um problema de saúde pública e incentiva que os gestores em âmbito nacional e regional desenvolvam ações com vistas à redução do risco de infecção. Os objetivos devem ser definidos em âmbito nacional ou regional em concordância com demais objetivos de saúde nestas esferas (WHO, 2002; WHO, 2004).

O controle da IH passou a ser obrigatório em todos os hospitais brasileiros desde 1997 com a publicação da Lei nº. 9.431/97. Em 1998 foi editada a Portaria vigente, nº 2.616 que recomenda o processo de trabalho a ser realizado pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), devendo o hospital constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (BRASIL, 2013a).

As Comissões de Controle da Infecção Hospitalar (CCIHs) são responsáveis pela vigilância, criação, implantação e supervisão das medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares. É papel da CCIH monitorar a ocorrência de

surtos, identificar os fatores de risco específicos para cada setor, elaborar e implantar normas técnicas operacionais a fim de reduzir a disseminação de microrganismos presentes nas infecções em curso no hospital (BRASIL, 1998).

No Estado da Bahia são 535 hospitais, porém somente 309 possuem CCIH. Esta é uma realidade constatada em outras regiões do Brasil, porém é mais acentuada nas regiões norte e nordeste (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2013). Estudo realizado em 467 laboratórios em todo o Brasil apontou fragilidades estruturais para o controle das IRAS. Um terço dos hospitais não possui suporte de laboratório de microbiologia (COSTA et al., 2013).

Em abril de 2013 foi publicada a Portaria MS/GM nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) o qual contempla no seu escopo as IRAS (BRASIL, 2013a). Posteriormente, em julho do mesmo ano foi publicada a RDC /Anvisa nº 36 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dentre as quais aquelas voltadas para a prevenção e controle das IRAS (BRASIL, 2013b).

A instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente foi um marco importante no Brasil. O objetivo desse programa é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde. As infecções de sítio cirúrgico, a pneumonia associada à ventilação mecânica, as infecções associadas a cateteres e as infecções do trato urinário associadas ao uso de sondas estão dentre os principais tipos de eventos (SOUSA et al., 2014b).

No intuito de criar barreiras de prevenção contra os erros humanos são imprescindíveis as iniciativas no campo da educação, principalmente, por meio dos protocolos e das diretrizes clínicas que proporcionem mudanças no sistema hospitalar. A gestão por meio dessas iniciativas procura amenizar os fatores contribuintes que levam ao erro e por outro cria barreiras para impedir que o erro chegue a causar um incidente com dano (evento adverso) ao paciente (SOUSA et al., 2014b).

Os eventos adversos apresentam o potencial de causar danos aos pacientes e prejuízos associados aos cuidados à saúde, decorrentes de processos

ou estruturas da assistência (GALLOTTI, 2003). A atitude dos profissionais nos processos assistenciais deve possibilitar a identificação da ocorrência das falhas antes que causem danos aos pacientes (BRASIL, 2013a).

O movimento de promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde começa a ter sentido no momento em que se constitui como uma mudança de cultura que se fundamenta na atenção ao paciente e à sua família (BRASIL, 2013b). Por isso, o profissional de saúde deve se considerar como parte corresponsável desse movimento, buscando instrumentos que proporcionem a transformação das práticas assistenciais.

Nesse sentido torna-se um desafio para a equipe de saúde a adoção de protocolos e rotinas no sentido de minimizar os riscos e garantir uma assistência segura e de qualidade com baixas taxas de infecção. A nova geração de profissionais de saúde está gradativamente sendo capacitada a trabalhar seguindo estas ferramentas, podendo tornar-se mais amplamente aplicadas no futuro (CUNHA, 2011).

Embora, saiba-se que a infecção relacionada com a assistência à saúde possua distribuição mundial e alta frequência, ainda observa-se a dificuldade de dados notificados que permitam uma visão mais profunda do problema. Os sistemas de informação que comportam a consolidação dos dados nem sempre são alimentados com informações completas, o que dificulta um diagnóstico mais preciso da situação e o que também dificulta a análise da qualidade da assistência prestada aos pacientes (BRASIL, 2010).

A formação de sistemas de vigilância de IRAS é medida essencial para o planejamento de ações de prevenção e controle. No mundo, importantes modelos estão sendo implantados nas últimas décadas, nos Estados Unidos o *National Nosocomial Infections Surveillance* (NNIS) e o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), na Holanda o *Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance* (PREZIES), na Alemanha o *Krankenhaus Infektions Surveillance System* (KISS), no estado de Victoria (Austrália) o *Victorian Nosocomial Infections Surveillance Systems* (VICNISS) e na Argentina o *Surveillance of Hospital Infections Argentina* (VIHDA) (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014).

No Brasil, diversas iniciativas foram e estão sendo estabelecidas, tais como a Rede RM (Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde) e a Rede Nacional de Investigação de Surto e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS). Entretanto, não existe um pleno sistema nacional de informação sobre IRAS, o que aponta a necessidade de reconhecer estratégias em vigência, fortalecendo o Estado como elo de comunicação.

Além disso, é necessário buscar um plano nacional para a formação de equipes de vigilância com aparato tecnológico necessário, e discutir a atualização das legislações que já não contemplam os desafios atuais de tais ocorrências. Essas são medidas essenciais no contexto brasileiro para a vigilância unificada de IRAS, almejando segurança e qualidade nos cuidados em saúde (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 As Representações Sociais

O conceito de Representações Sociais (RS) foi introduzido por Serge Moscovici em 1961, na França, em estudo pioneiro das maneiras como a psicanálise penetrou o pensamento popular na França, o trabalho em que seu estudo é relatado, *La Psicanalyse: Son image et son public*, surgiu em meio às suas inquietações sobre a produção do conhecimento permeado pelas relações sociais (MOSCOVICI, 2012).

Este estudo realizado por Moscovici trouxe, simultaneamente, uma problemática específica e outra de modo mais universal. Apresentaria seu caráter específico ao abordar a questão atinente à difusão e apropriação do conhecimento científico pelo homem dito comum e, sua dimensão mais geral, ao sugerir a análise dos processos por meio dos quais os sujeitos, em interação social, arquitetam teorias sobre os objetos sociais, tornando possível a comunicação e a organização dos comportamentos (MOSCOVICI, 2012; VALA, 2002).

Isto ocorre devido a necessidade própria do sujeito de manter-se informado acerca do mundo à sua volta, para ajustar-se a ele, saber como adaptar seu comportamento, dominá-lo física ou intelectualmente, identificar e deliberar os problemas que se apresentam (JODELET, 2001).

É importante salientar que a tarefa de definir as representações sociais é significativamente complexa e difícil. É necessário maior precisão em relação ao conceito das RS, bem como das maneiras pelas quais se ligam a outros termos, principalmente pelo risco de tudo ser considerado RS (SÁ, 2002). Jodelet (2001, p.22) conceitua RS como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e

partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Campos (2005, p.86) define “como um constructo que permite compreender a dimensão normativa e os processos de transformação dos conhecimentos partilhados por um dado grupo, acerca da realidade social”. Abric (2000, p.13), por sua vez, denomina as representações sociais como “[...] o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica”.

Diante disso, é relevante mencionar que o conceito das RS surgiu da ideia de representação coletiva de Durkheim na escola positivista de tradição sociológica. Com base em suas observações sobre as atividades religiosas das tribos das sociedades primitivas australianas, desenvolveu a tese de que a natureza básica do homem consiste na religião, sugerindo que essa prática social demonstra as representações coletivas enquanto elementos que garantem laços entre os membros de uma sociedade, de forma a conservá-los por meio das gerações (JODELET 2001).

Essa vertente de pensamento possuía como elemento básico considerar a sociedade como um contíguo de fatos sociais, ou seja, as representações não poderiam ser restringidas a representações individuais (CAMPOS, 2012). As representações são coletivas à medida que desempenham uma coerção em cada indivíduo e que direcionam os homens a pensar e agir de forma homogênea. Dessa forma, pondera que esse saber reproduzido e partilhado coletivamente perpassa o individual, o que proporciona às representações coletivas, além de consentir as representações coletivas a internar-se na consciência individual (JODELET, 2001).

Para Durkheim as representações coletivas são como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de servir para integrar e conservar a sociedade como um todo. Moscovici interessou-se em descobrir a variação e a heterogeneidade das ideias coletivas nas sociedades modernas. Ele concebia que as representações sociais são a forma de criação coletiva, em condições de modernidade, uma formulação que implica sobre outras condições de vida social,

reforçando que a forma de criação coletiva também poderia ser diferente. É fundamentalmente dinâmica e, por isso, apta a transformação, permitindo a compreensão da sociedade de forma menos totalitária (MOSCOVICI, 2012).

A teoria das representações sociais (TRS), além de oferecer uma intenção mais integrativa, possui conjecturas que sugerem em considerar o comportamento social enquanto um comportamento simbólico, ou seja, enquanto atividade determinada pelos processos de comunicação e influência no conjunto das relações interpessoais e grupais, tendo uma função social e relacional (OLIVEIRA, 2005).

Os pesquisadores utilizam a TRS com o objetivo de elucidar o caminho percorrido pelas abstrações científicas e pelas crenças, as quais delineiam as práticas do grupo ou da sociedade. As representações sociais são concebidas como “sistemas complexos de ação, pois estão inseridas em processos de construção, de reapropriação da realidade, tornando-se ações sobre a realidade” (CAMPOS, 2012, p. 15).

É possível identificar o crescente interesse dos pesquisadores pela teoria das representações sociais, demonstrando o reconhecimento da contribuição da teoria no desenvolvimento de estudos, considerando os aspectos psicossociais do processo saúde/doença na vida dos diversos grupos sociais (SILVA et al., 2011).

Nas áreas da educação e da saúde a TRS vem sendo utilizada como base para compreensão da relação existente entre o pensamento e a ação dos grupos sociais, no intuito de possibilitar sua análise e, por conseguinte intervir nas atitudes individuais e coletivas (CAMPOS, 2012). Por isso, a teoria se torna importante para identificar as relações existentes, visto que ela une uma série de elementos sociais, assistenciais e científicos, com interações, comportamento e atitudes humanas fundamentadas no senso comum socialmente compartilhado, o qual é considerado como pensamento social por excelência (MOSCOVICI, 2007; CUNHA, 2011).

Para fins metodológicos desta pesquisa, o tratamento dos dados foi realizado por meio da chamada análise estrutural, segundo a Teoria do Núcleo

Central (TNC) formulada por Abric (2000), na qual toda representação é composta por um sistema interno duplo, sendo eles denominados de núcleo central e sistema periférico. Na organização das representações, seus elementos formam um conjunto estruturado e hierarquizado, disposto em torno de um núcleo central. Assim, conhecer uma representação equivale dizer que são conhecidos os elementos que constituem o núcleo central e o sistema periférico. Cada um desempenha funções específicas, mas complementares um ao outro (ABRIC, 2000).

O núcleo central está relacionado à memória coletiva dando significação, consistência e permanência à representação sendo, portanto, estável e resistente a mudanças. Esse núcleo é composto pelos elementos estáveis ou mais permanentes da representação social, sendo estes de natureza normativa e funcional. Os aspectos funcionais estão ligados a natureza do objeto representado e os normativos dizem respeito aos valores e normas sociais pertencentes ao meio social do grupo (ABRIC, 2000).

A composição dos sistemas central e periférico de uma representação deve ser estabelecida por meio da verificação da frequência e da ordem média de representação, como propõe Vergès (1994). Esse procedimento possibilitou ordenar os elementos evocados segundo sua frequência – aspecto coletivo – e a ordem estabelecida pelo sujeito em sua evocação – aspecto individual. A combinação da análise das frequências e ordens médias de evocação possibilitou a indicação dos elementos que provavelmente participam do núcleo central da representação por sua saliência (SÁ, 1996).

Paralelo a este movimento, e em decorrência dele, verifica-se a utilização de uma diversidade de métodos e técnicas de coleta e análise de dados. Alguns desses métodos vêm sendo usados com bastante frequência evidenciando a sua pertinência para investigação nesse campo de estudos. Para tanto, o rigor metodológico é indispensável na execução da pesquisa. Com o objetivo de proporcionar a obtenção, de forma mais rápida, do conteúdo e o acesso à estrutura interna das representações; Abric formulou o método das evocações ou associações livres, o que permitiu reduzir as dificuldades e os limites das

expressões discursivas habitualmente utilizadas nas pesquisas de representações sociais. Por meio desse método é possível apreender as projeções mentais de maneira descontraída e espontânea, revelando inclusive os conteúdos implícitos ou latentes que podem ser mascarados nas produções discursivas (OLIVEIRA, et al 2005).

A palavra evocação possui vários significados na língua portuguesa, mas como uma projeção mental significa o ato de evocar, ou seja, trazer à lembrança, à imaginação algo que está presente na memória dos indivíduos (ALMEIDA, 2001; CUNHA, 2010).

O programa EVOC, criado por Pierre Vergès (2002), foi utilizado neste estudo para organizar as palavras produzidas, mediante a verificação de frequência e a ordem de evocação. Esse programa permite quantificar as palavras evocadas, com informação das frequências simples, intermediária e o *rang* (ordem média de evocação), dados necessários para a construção do quadro de quatro casas. É importante ressaltar que quanto menor o *rang* obtido pela palavra, mais prontamente foi evocada, o que quer dizer, conforme a localização das palavras ou expressões evocadas se revela a importância atribuída pelos sujeitos (OLIVEIRA, 2005).

No quadrante superior esquerdo (QSE), ficam situados os elementos mais significativos para os participantes e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. Neste encontram-se as evocações mais frequentes e que aparecem, em média, nas primeiras posições (menor *rang*). As palavras localizadas são conhecidas como palavras salientes. Esse quadrante corresponde ao local onde aparecem os supostos elementos centrais da representação, considerados os elementos da representação mais importantes, estáveis e resistentes a mudanças. É pertinente ressaltar que nem todos os elementos presentes no quadrante sejam necessariamente centrais, mas o núcleo central está nessa casa (ABRIC, 2000).

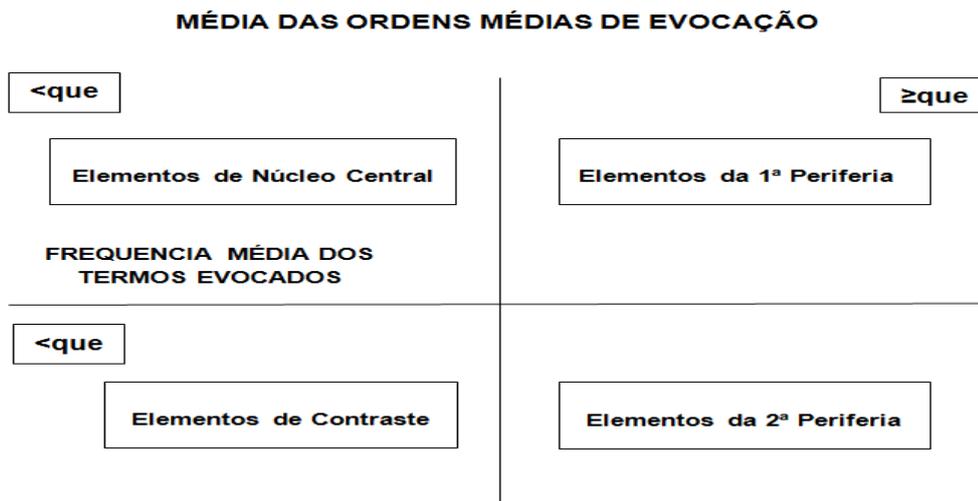


Figura 1. Modelo de Análise das Evocações por meio do Quadro de Quatro Casas.
Fonte: Oliveira et al., 2005.

Na primeira periferia, quadrante superior direito (QSD) localizam-se os elementos mais importantes da periferia (aqueles com maior frequência e *rang*). No quadrante inferior esquerdo (QIE) encontram-se os elementos citados com uma frequência baixa, porém evocados primeiramente (considerados elementos de contraste). Nos quadrantes, superior direito e inferior esquerdo, os elementos apresentam-se com alta frequência associados a uma ordem média de aparecimento nas últimas posições ou baixa frequência associada a uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições (ABRIC, 2000).

Por fim, no quadrante inferior direito (QID) ficam os elementos localizados na segunda periferia, ou quarto quadrante. Aparecem os elementos típicos de periferia, ou de baixa frequência (menor frequência) e sempre evocados nas últimas posições, assim possuem maior *rang* (VERGÈS, 1994; CAMPOS, 1998; SÁ, 2002).

Por meio da teoria do Núcleo Central buscou-se investigar o que os indivíduos de um mesmo grupo pensam sobre a sua realidade, apreendem e explicam o objeto comum de convivência.

3.2 As IRAS na perspectiva das representações sociais

O problema das IRAS vem sendo investigado à luz da TRS por pesquisadores em todo o Brasil, principalmente pelo fato dos conhecimentos epidemiológicos contidos nas políticas de saúde não conseguirem, por si só, impactar de forma eficiente a redução das doenças (TURRINI, 2000; MOURA et al., 2008a e 2008b; SANTOS et al., 2008; VALLE, et al., 2008; BATISTA et al., 2012; CUNHA et al., 2013).

Esse agravo compromete não somente uma única pessoa, mas todas aquelas que trabalham no espaço em que ele está alocado, ocasionando perdas socioeconômicas e, principalmente afetivas, para todos que lidam com esses pacientes de forma direta ou indireta (CUNHA, 2011).

Inúmeros são os fatores relacionados às IRAS, dentre eles é importante mencionar as mãos dos profissionais de saúde inseridos tanto na área hospitalar quanto nos outros ambientes de cuidados. A escassa adesão à prática da lavagem das mãos é a ação profissional que está intimamente relacionada à IRAS, sendo reconhecida entre pesquisadores e membros da comissão de controle da infecção hospitalar (CCIH's). Intervenções pontuais que utilizaram uma ou apenas duas estratégias parecem ter impacto de curta duração na adesão à prática de higienização das mãos, é imprescindível a aplicabilidade do mecanismo da reciprocidade triádica, o que inclui os fatores pessoais, influências comportamentais e/ou ambientais agindo de forma simultânea e interligada (MONCAIO, 2010; LIN et al., 2013;).

Estudo realizado em um hospital público de ensino, em Teresina-PI, com vinte e duas enfermeiras, apontou o conhecimento das enfermeiras sobre o controle das IRAS, permeado de dificuldades e sentimentos de impotência diante das necessidades do dia a dia do trabalho, com posicionamentos ora positivos, ora negativos sobre o enfrentamento de situações administrativas e técnicas, que nem sempre favorecem o controle das IRAS (BATISTA et al., 2012).

Outra pesquisa também realizada na mesma cidade e com enfermeiros da UTI neonatal identificou a relevância do prolongamento da permanência hospitalar como risco aumentado para o aparecimento das infecções neonatais e as suas complicações, bem como a importância do cuidado humanizado com a inclusão da família como ferramenta importante no combate a essa problemática (CUNHA, 2013).

Diante do estudo com enfermeiros de uma UTI cardíaca, constatou-se que o enfermeiro trabalha em um ambiente em que as forças de vida e morte, o humano e o tecnológico encontram-se em constante relação e que para organizar o cuidado ele utiliza a sistematização, buscando manter o equilíbrio dinâmico do paciente e o bom funcionamento da unidade (CARVALHO et al., 2013).

Alguns fatores de risco para IRAS são apontados, tais como ausência de rotinas pré-estabelecidas, paramentação inadequada nos procedimentos invasivos, inconformidade da planta física e instalações, falta de material e equipamentos, desproporção entre o número de profissionais e o número de leitos ocupados, falta de treinamento ou orientações dos funcionários e acompanhantes (TURRINI, 2000; MOURA et al., 2008a; MOURA et al., 2008b; SANTOS et al., 2008). Outro fator considerável, é que algumas percepções reducionistas e até distorcidas da sua abrangência podem ser observadas entre os profissionais de saúde, o que possibilita a vulnerabilidade das práticas profissionais (MELO et al., 2006).

Nesse sentido, para se falar em políticas de controle de infecção hospitalar, devem-se considerar também os determinantes das práticas de biossegurança que se encontram atreladas às crenças, valores, normas sociais, dentre outros. Incorporar a biossegurança como um conjunto de medidas necessárias para o controle das IRAS é necessário para evitar a fragmentação do cuidado na cadeia de transmissão da infecção (VALLE et al., 2008).

Porém, ainda são escassas as produções científicas realizadas por enfermeiros sobre a temática IRAS, principalmente quando relacionada à TRS (GIAROLA et al., 2012). Portanto, esta foi a linha teórica investigativa deste estudo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, tendo como fundamentação metodológica a Teoria das Representações Sociais (TRS).

4.2 Cenário da pesquisa

O presente estudo foi realizado no Hospital do Oeste localizado na cidade de Barreiras - BA, que possui atualmente 185 leitos ativos distribuídos em: Unidade de Queimados, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica, neonatal, intermediária neonatal e unidade de Emergência. O Hospital do Oeste é uma instituição filantrópica, destinado exclusivamente para os usuários do SUS e oferece também internação domiciliar. É importante salientar que o Hospital do Oeste é o único da cidade de Barreiras que dispõe de leitos de UTI.

4.3 Participantes

A população do estudo foi composta por todos os setenta e dois (72) profissionais com nível superior (enfermeiros, fisioterapeutas e médicos) que trabalham nas unidades de terapia intensiva (UTI) do Hospital do Oeste no município de Barreiras – BA. Com o objetivo de constituir um grupo homogêneo foram convidados a participar os profissionais com nível superior de escolaridade e com atuação em UTI por mais de um ano. Foram excluídos seis profissionais que estavam em gozo de férias e três que estavam de licença médica. Foram realizadas no máximo três tentativas de contato presencial com cada profissional de saúde. Porém, mesmo após esclarecer os objetivos da pesquisa e garantir a confidencialidade das informações doze profissionais expressaram o desejo por não participar, alegando falta de tempo. Desta forma, perfazendo um grupo metodologicamente representativo de 51 participantes, os quais foram identificados pela letra “P”, seguida do numeral de ordem.

4.4 Instrumento

O instrumento de coleta dos dados foi um questionário composto por variáveis socioculturais de identificação dos participantes (gênero, idade, estado civil, categoria profissional, ano e instituição de graduação e especialização e atuação na UTI) e por três perguntas complementares: na primeira questão foi solicitado ao participante que registrasse as cinco primeiras palavras ou expressões que lhe viessem à lembrança a partir do termo indutor infecção hospitalar (IH). Na segunda o participante registrou os cinco principais fatores associados à IH na UTI. Com base nas respostas emitidas pelos participantes, referentes à segunda questão, foi solicitado que explicassem por que

consideraram as duas primeiras respostas, da questão de número dois, como um importante fator associado (APENDICE A).

4.5 Descrição da coleta de dados

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás e após anuência e aprovação deste órgão, conforme parecer nº 489.029 (ANEXO A) foi realizado contato telefônico com a direção geral e com a coordenação de enfermagem do Hospital do Oeste para emissão da autorização de acesso da pesquisadora às UTI's.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a junho de 2014. Para ocorrer os encontros com os participantes foram disponibilizadas as escalas de trabalho pela enfermeira líder de cada unidade. Os encontros ocorreram no setor em que trabalham no período vespertino ou noturno, conforme disponibilidade de cada participante observando-se sempre a não interferência nas atividades dos profissionais.

Foi realizado pela pesquisadora o convite individual para cada participante, a leitura do TCLE e sua assinatura (APÊNDICE B). Em seguida aplicou-se um treinamento prévio utilizando termos indutores que não estivessem relacionados ao objeto da pesquisa, a fim de explicitar como a técnica seria desenvolvida. Os participantes puderam escolher se queriam que o questionário fosse auto aplicado ou aplicado pela pesquisadora. Ela permaneceu presente no mesmo ambiente, enquanto o participante respondia o questionário, pois alguns profissionais solicitaram esclarecimentos sobre o enunciado das questões. A aplicação do instrumento de coleta de dados ocorreu em locais livres de ruídos e do trânsito de pessoas. O instrumento foi recolhido imediatamente após o preenchimento, sendo que cada participante utilizou o tempo que julgou necessário para que respondesse o questionário, o que ocorreu entre sete e vinte e três minutos.

4.6 Análise dos dados

O tratamento dos dados foi realizado por meio da chamada análise estrutural, segundo a Teoria do Núcleo Central (TNC) formulada por Abric (2000), na qual toda representação é composta por um sistema interno duplo, denominados de núcleo central e sistema periférico. Foi utilizado o método das evocações, com o objetivo de proporcionar a obtenção, de forma mais rápida, do conteúdo e o acesso a estrutura interna das representações.

As respostas obtidas quanto as variáveis socioculturais e no que se refere a distribuição dos fatores de risco associados às IRAS referidos pelos participantes, estes foram analisados por meio de frequência absoluta e relativa e apresentados em formato de tabelas. As evocações obtidas na primeira pergunta, quanto ao termo indutor infecção hospitalar, foram agrupadas conforme a similaridade semântica das palavras ou expressões obtidas, o que resultou em um dicionário próprio (APÊNDICE C).

Após, foi construído um banco de dados por meio de planilha eletrônica do programa Microsoft Excel, o qual foi processado no software EVOC. Esse software calculou e informou a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados. A partir desses cálculos foi definida a frequência mínima de quatro aparecimentos, oito como número intermediário e dois de frequência média de ocorrência da evocação (*rangs*). Após a definição do valor de corte se construiu o quadro de quatro casas ou distribuição em quatro quadrantes, por meio do qual se discriminou os elementos que constituíram o provável núcleo central e os elementos periféricos.

As justificativas foram exploradas e interpretadas a partir da verificação da frequência de resposta obtida em cada uma delas, o conteúdo foi classificado em

três áreas¹: iatrogênicas, organizacionais ou relacionados ao paciente (PADILHA e MANCIA 1992; KLEINPELL et al., 2008). E analisados considerando os resultados obtidos no quadro de quatro casas.

¹ Para fins deste estudo, foram consideradas as definições descritas na página n. 20

5 RESULTADOS

5.1 Descrições das características socioculturais

Os participantes, em sua maioria possuíam entre 24 e 29 anos (51%), eram do gênero feminino (63%), casados (55%), realizaram a graduação no estado da Bahia (72%) e a concluíram entre 6 e 10 anos (51%). Quanto a realização de especialização em UTI, 61% afirmaram que concluíram a menos de cinco anos e 67% referiram que atuavam nesta área há menos de cinco anos (Tabela 1).

Destaca-se a maioria dos participantes eram enfermeiros (23), a predominância do sexo masculino entre os fisioterapeutas e médicos (18), o menor tempo de conclusão da graduação entre os enfermeiros (12), o quantitativo de profissionais que não possuem especialização (7) e o maior tempo de trabalho na UTI entre os médicos (07).

Tabela 1. Distribuição das características socioculturais dos participantes da pesquisa

| Variáveis | Enfermeiros n (%) | Fisioterapeutas n (%) | Médicos n (%) | Total n (%) |
|---|------------------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Idade (anos) | | | | |
| 24-29 | 15 (65) | 10 (59) | 01 (09) | 26 (51) |
| 30-37 | 08 (35) | 06 (35) | 06 (55) | 20 (39) |
| 40-46 | - | 01 (06) | 04 (36) | 05 (10) |
| Gênero | | | | |
| Feminino | 22 (95) | 07 (41) | 03 (27) | 32 (63) |
| Masculino | 01 (05) | 10 (59) | 08 (73) | 19 (37) |
| Estado Civil | | | | |
| Casado | 10 (43) | 09 (53) | 09 (82) | 28 (55) |
| Divorciado | - | 01 (06) | - | 01 (02) |
| Solteiro | 13 (57) | 07 (41) | 02 (18) | 22 (43) |
| Estado que realizou a graduação | | | | |
| Bahia | 15 (65) | 15 (88) | 07 (64) | 37 (72) |
| Ceará | - | 01 (06) | - | 01 (02) |
| Distrito Federal | - | - | 01 (09) | 01 (02) |
| Minas Gerais | 03 (13) | - | 01 (09) | 04 (08) |
| Paraná | 02 (09) | 01 (06) | - | 03 (06) |
| Rio Grande do Sul | - | - | 02 (18) | 02 (04) |
| São Paulo | 03 (13) | - | - | 03 (06) |
| Tempo que concluiu a graduação (anos) | | | | |
| 1-5 | 12 (52) | 05 (29) | 01 (10) | 18 (35) |
| 6-10 | 11 (48) | 10 (59) | 05 (45) | 26 (51) |
| >11 | - | 02 (12) | 05 (45) | 07 (14) |
| Tempo que concluiu a especialização (anos) | | | | |
| Não possui | 04 (17) | 03 (18) | - | 07 (14) |
| 1-5 | 18 (78) | 09 (53) | 04 (36) | 31 (61) |
| 6-10 | 01 (05) | 05 (29) | 03 (28) | 09 (17) |
| >11 | - | - | 04 (36) | 04 (08) |
| Tempo de atuação na UTI (anos) | | | | |
| 1-5 | 18 (78) | 12 (71) | 04 (36) | 34 (67) |
| 6-10 | 05 (22) | 05 (29) | 05 (46) | 15 (29) |
| >11 | - | - | 02 (18) | 02 (04) |
| Total | 23 | 17 | 11 | 51 |

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

5.2 Descrição da estrutura da representação social sobre IRAS

Quando foi emitida a expressão indutora, Infecção Hospitalar (IH), os participantes evocaram 186 palavras, das quais originaram o dicionário com 32 evocações. A média de respostas por participante foi de 3,6 (Figura 3).

Figura 2. Evocações emitidas por profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva de Barreiras, Bahia sobre a Infecção Hospitalar. 2014.

| | |
|---|---|
| <p>Elementos Centrais</p> <p style="text-align: right;"><i>f</i> ≥ 8 <i>rang</i> < 2,0</p> <p>Higiene-mãos 14 1,429</p> <p>Infecção 14 1,786</p> <p>Medicamento 13 1,923</p> <p>Microrganismo 10 1,500</p> | <p>Elementos 1ª Periferia</p> <p style="text-align: right;"><i>f</i> ≥ 8 <i>rang</i> ≥ 2,0</p> <p>Condições-paciente 19 2,263</p> <p>Morte 8 2,375</p> |
| <p>Elementos de Contraste</p> <p style="text-align: right;"><i>f</i> ≤ 4 <i>rang</i> < 2,0</p> <p>Contaminação 7 1,429</p> <p>Higienização-ambiente 7 1,857</p> | <p>Elementos 2ª Periferia</p> <p style="text-align: right;"><i>f</i> < 8 <i>rang</i> ≥ 1,8</p> <p>Falta-cuidado 5 2,400</p> <p>Técnica empregada 4 3,250</p> |

Nº total de palavras diferentes: 32

Nº total de evocações: 186

Média de respostas por participante: 3,6

Média geral dos *rangs*: 2,0

N = 51

No quadrante superior esquerdo (QSE) aparecem as seguintes palavras: <<higiene-mãos>> (f: 14 e r: 1,429); <<infecção>> (f: 14 e r: 1,786); <<medicamento>> (f: 13 e r: 1,923); <<microrganismo >> (f: 10 e r: 1,5), as quais supostamente são centrais na representação devido a sua localização.

Quanto ao conjunto de palavras que correspondem a periferia distribuídas nos quadrantes superior direito e inferiores esquerdo e direito, foram: <<condições-paciente>> (f: 19 e r: 2,263); <<morte>> (f: 8 e r: 2,375); <<contaminação>> (f: 7 e r: 1,429); <<higienização-ambiente>> (f: 7 e r: 1,857); <<falta-cuidado>> (f: 5 e r: 2,400); <<técnica-empregada>> (f: 4 e r: 3,250).

Foram referidos doze fatores associados à infecção hospitalar. A higienização inadequada das mãos mencionada 39 vezes, seguida de procedimentos invasivos (36), cuidado inadequado dos profissionais (25), uso inapropriado de antimicrobiano (11), falta de informação (10), circulação excessiva de pessoas (08), gravidade da doença (08), fragilidade imunológica (07), tempo de internamento (06), espaço físico inadequado (04), materiais insuficientes (03) e falta de recursos humanos (03) – Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos fatores associados à infecção hospitalar referidos pelos profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva de Barreiras, Bahia. 2014.

| Fatores de Risco | f (%) |
|--------------------------------------|--------------|
| Higienização inadequada das mãos | 39 (24,4) |
| Procedimentos invasivos | 36 (22,5) |
| Cuidado inadequado dos profissionais | 25 (15,7) |
| Uso inapropriado de antimicrobiano | 11 (6,8) |
| Falta de informação | 10 (6,2) |
| Circulação excessiva de pessoas | 08 (5,0) |
| Gravidade da doença | 08 (5,0) |
| Fragilidade imunológica | 07 (4,4) |
| Tempo de internamento | 06 (3,7) |
| Espaço físico inadequado | 04 (2,5) |
| Materiais insuficientes | 03 (1,9) |
| Falta de recursos humanos | 03 (1,9) |
| Total | 160 (100) |

Fonte: Dados da pesquisa.

As justificativas referidas pelos participantes foram classificadas e apresentadas nos quadros 1, 2 e 3, a seguir descritos.

Foram referidos quatro tipos de fatores iatrogênicos: higienização inadequada das mãos (39/24,4%), procedimentos invasivos (36/22,5%), cuidado inadequado dos profissionais (25/15,7%) e uso inapropriado de antimicrobianos (11/6,8%) – Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos fatores iatrogênicos conforme justificativa elaborada pelos participantes da pesquisa.

| Fatores iatrogênicos (111/69,4%) | Justificativa |
|---|--|
| Higienização inadequada das mãos (39/24,4%) | <ul style="list-style-type: none"> - A pele é a primeira barreira de proteção, porém apresenta grande quantidade de microrganismos invisíveis que podem ser repassados para os pacientes e causar infecções se não existir uma adequada higienização das mãos. (P1) - A contaminação das mãos dos profissionais de saúde pode ocorrer durante o contato direto e indireto. Sendo assim, realizando a técnica correta ocorrerá redução na IH, pois os maiores índices de transmissão ocorrem pelas mãos. (P11) - Os profissionais acham “besteira” perder quinze segundos fazendo higienização correta das mãos. (P18) - A lavagem inadequada das mãos favorece a infecção cruzada que é uma das grandes disseminadoras de IH. (P21) - Não é porque não vai tocar em algum paciente que não é necessário lavar as mãos. (P24) - A principal fonte de contaminação para o paciente é quando não fazemos a higienização simples das mãos. (P29) - Os cuidados na lavagem das mãos pode prevenir a transmissão de bactérias de um paciente para outro ou mesmo do profissional para o paciente. (P31) - O maior causador de infecção cruzada é o contato que na maioria das vezes poderia ser resolvido com a lavagem das mãos. (P34) - Risco intrínseco de transmissão de agentes infecciosos em função da baixa adesão à higienização das mãos. (P37) - Pois se esta não for realizada ou for realizada de forma inadequada pode disseminar várias doenças entre um paciente e outro durante a assistência. (P39) - A falta de higienização das mãos favorece a infecção cruzada, potencializa a gravidade da infecção e a resistência dos antimicrobianos. (P47) |

Procedimentos Invasivos
(36/22,5%)

- Quando se realiza um procedimento invasivo é preciso ter uma atenção maior devido a porta de entrada para os microrganismos. (P5)
- A ventilação mecânica é necessária em quase todos os pacientes de UTI, sendo assim, correm mais risco de desenvolver pneumonia, que é a IH mais comum em UTI's. (P11)
- Por se tratar de pacientes críticos e instáveis que necessitam utilizar vários dispositivos. (P12)
- Procedimentos invasivos, quando não são seguidos os protocolos e tomados os devidos cuidados para manter a esterilidade. (P15)
- A realização de procedimento invasivo sem realizar assepsia correta, também representa um importante fator de risco. (P28)
- Dispositivos invasivos como tubos, cateteres e sondas quebram as barreiras físicas favorecendo a invasão bacteriana. (P30)
- Quando um paciente é encaminhado à UTI [...] necessita da realização de procedimentos invasivos que estarão expondo esse paciente a contaminação de bactérias. (P45)
- O uso de cateteres venosos de inserção central tem uma longa permanência favorecendo o crescimento de microrganismos [...] e a infecção de corrente sanguínea. (P47)

Cuidado inadequado dos
profissionais
(25/15,7%)

- Devido os cuidados, o saber, aplicar a técnica corretamente para não pôr em risco a vida do paciente. (P9)
- A IH tem como principal fator de risco a consciência de cada profissional, ao realizar alguns procedimentos, a final de contas, tem momento na UTI que você realiza procedimento sem ninguém estar por perto, com isso se o profissional não leva a sério a IH, ele contamina várias vezes o paciente. (P14)
- Condutas inadequadas dos profissionais ao conduzir pacientes entubados e manusear lesões. (P22)
- Falta de cuidado, seja durante o procedimento, seja após. (P25)
- Falta de cuidados higiênicos no paciente. (P31)
- Devido a manipulação de um paciente e numa possível emergência ou pressa manipular outro paciente sem os devidos cuidados. (P33)
- A assistência inadequada sem as devidas condições de higiene, acontece corriqueiramente e nem todos os profissionais têm a consciência das consequências ao paciente. (P38)
- É necessário cuidado de antisepsia no manejo

| | |
|--|--|
| Uso inapropriado de antimicrobianos (11/6,8%) | <p>dos pacientes para não haver translocação bacteriana. (P49)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quanto ao uso inadequado de antibióticos estes são responsáveis por favorecer a multirresistência dos microrganismos, sendo necessários antibióticos cada vez mais fortes. (P21) - Devido a propagação de germes com resistência antimicrobiana que caracterizam a infecção hospitalar. (P27) - O uso de antibióticos de amplo espectro favorece a proliferação de microrganismos multirresistentes. (P38) - Pois o uso incorreto de antibióticos ocasiona a resistência. (P41) - A falta de protocolos predispõe ao uso incorreto de antimicrobianos. (P46) - Iniciar o tratamento com o máximo de precisão para melhor resposta terapêutica. (P49) |
|--|--|

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Foram referidos cinco tipos de fatores organizacionais: falta de informação (10/6,2%), circulação excessiva de pessoas (08/5,0%), espaço físico inadequado (04/2,5%), materiais insuficientes (03/1,9%) e falta de recursos humanos (03/1,9%) – Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição dos fatores organizacionais conforme justificativa elaborada pelos participantes da pesquisa.

| Fatores Organizacionais (28/17,5%) | Justificativa |
|---|---|
| Falta de informação (10/6,2%) | <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais sem conhecimento sobre o assunto. (P2) - Falta de treinamento, educação continuada. (P7) - A falta de informação, porque a equipe precisa conhecer os fatores de risco para poder orientar os acompanhantes e realizar a técnica corretamente. (P9) - Informação inadequada. (P16) - A falta de conhecimento da equipe da UTI compromete a assistência ao paciente e o uso incorreto das técnicas pode elevar os índices de infecção hospitalar. (P28) - Os visitantes pouco esclarecidos, por mais que sejam orientados não têm o entendimento de uma lavagem correta das mãos. (P50) |

| | |
|--|--|
| Circulação excessiva de pessoas (08/5,0%) | <ul style="list-style-type: none"> - Muita movimentação de colegas no setor. (P14) Transporte de bactérias externas para dentro do setor. (P15) - A entrada de pessoas de fora do setor facilita a entrada e contaminação local e dos pacientes por microrganismos externos. (P23) - Infelizmente ainda falta a conscientização ampla dos profissionais de saúde como um todo que ao entrar em uma UTI existem certos cuidados e precauções que não são exigidos em outros setores. (P24) - Entrada de pessoas estranhas, porque são as que eu vejo mais frequentemente. (P40) - Quanto maior o número de pessoas dentro de um setor fechado, principalmente visitantes, maior a probabilidade de entrar algum agente infeccioso no local. (P43) |
| Espaço físico inadequado (04/2,5%) | <ul style="list-style-type: none"> - [...] os leitos muito próximos, sem espaço adequado entre um e outro pode levar a infecção cruzada [...]. (P6) - Altas temperaturas. (P22) - Ambiente pouco arejado. (P26) |
| Materiais insuficientes (03/1,9%) | <ul style="list-style-type: none"> - A falta de EPI's no setor como luvas, álcool 70%, sabonete antisséptico aumenta o risco de infecção hospitalar. (P2) - Na prática não temos materiais suficientes para realizarmos a troca dos circuitos. (P3) |
| Falta de recursos humanos (03/1,9%) | <ul style="list-style-type: none"> - O aumento na lotação, bem como a sobrecarga de trabalho, atuam conjuntamente diminuindo a atenção e os cuidados tanto com os pacientes como consigo. E o cansaço potencializa o resultado. (P8) - Como existe um número inadequado de profissionais por leito, muitas vezes o trabalho rotineiro faz com que os profissionais se achem imunes a transmissão de infecção. (P18) |

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Foram referidos três tipos de fatores relacionados ao paciente: gravidade da doença (08/5,0%), fragilidade imunológica (07/4,4%) e tempo de internamento (06/3,7%) – Quadro 3.

Quadro 3. Distribuição dos fatores relacionados ao paciente conforme justificativa elaborada pelos participantes da pesquisa.

| Fatores de Risco Relacionados ao Paciente (21 / 13,1%) | Justificativa |
|---|--|
| Gravidade da doença (08/5,0%) | <ul style="list-style-type: none"> - Gestação com infecção não tratada, complicação direta ao RN. (P4) - Na UTI concentram-se clientes críticos, que apresentam doenças ou condições clínicas predisponentes a infecção. (P37) |
| Fragilidade imunológica (07/4,4%) | <ul style="list-style-type: none"> - A UTI é cheia de bactérias e isso aumenta o contato do paciente imunodeprimido que está susceptível a infecções. (P34) - Geralmente, quanto um paciente é encaminhado para UTI, ele está com a sua saúde prejudicada e com sua imunidade baixa, estando mais exposto a contaminação por bactérias. (P45) |
| Tempo de internamento (06/3,7%) | <ul style="list-style-type: none"> - Grande maioria dos pacientes com internamentos longos desenvolve infecção por baixa imunidade, estado nutricional e tempo de intubação. (P25) - Longos períodos de restrição no leito. (P31) - O longo tempo de internamento além de ser um alto custo envolve a realização de mais procedimentos invasivos, [...] (P32) - Quanto maior o período de internamento, maior a exposição a agentes infecciosos. (P33) |

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

6 DISCUSSÃO

6.1 Análise das características socioculturais dos participantes

O grupo de participantes deste estudo, em sua maioria, era do sexo feminino, com idade inferior a 40 anos e casados. Tais características socioculturais se assemelham a grupos de profissionais de outras pesquisas desenvolvidas no Brasil, porém com temáticas diferentes (ANVERSA, UBESSI, STUMM, 2011; ACIOLI et al., 2013).

A predominância de profissionais do sexo feminino neste estudo evidencia uma característica que reflete a composição predominante da profissão de enfermagem, historicamente praticada, por mulheres, devido a função social exercida por estas, culturalmente associada ao cuidado com os filhos e outras pessoas da família (GEOVANINI, 2002).

A predominância do sexo masculino entre o grupo dos médicos, observada também em outros estudos, sinaliza uma possível interferência de questões socioculturais, arraigadas pelas discussões de gênero. As mudanças que vêm ocorrendo na sociedade, com a entrada das mulheres nas universidades na recente história brasileira é uma conquista. Nos últimos trinta anos as mulheres conseguiram mudar a situação de desigualdade histórica e concretizar uma nova realidade em que são maioria (60%) dos formados entre os mais jovens. A comparação do grupo de indivíduos com estudos em nível superior entre os anos de 1970 e 2000 revela, também, significativa entrada feminina em cursos tradicionalmente masculinos (GUEDES, 2008).

Porém, quando consideradas as variáveis tempo de formação e atuação em UTI, é possível verificar que os participantes deste estudo detêm menor tempo de experiência quando comparados aos profissionais que trabalham em UTI's de

outras regiões do país, conforme achados encontrados nas pesquisas de Anversa Ubessi, Stumm (2011), Acioli et al. (2013), Aymar et al. (2014).

Esse é um dado preocupante para alguns pesquisadores, visto que a inexperiência é associada a maiores níveis de esgotamento emocional e insatisfação no trabalho, o que resulta em má qualidade do cuidado dedicado ao paciente (KANAI-PAK et al., 2008; PANUNTO et al., 2013). Por outro lado, ainda que a experiência demonstre vantagem, também tem sido assinalada como fator limitador pelo risco dos cuidados serem efetivados de forma automática, inclinando ao erro (FREITAS e OGUISSO 2007; GONÇALVES et al., 2012). Infere-se, que independente do tempo de experiência do profissional, o resultado estará sempre associado a qualidade da assistência dispensada a pessoa.

Para o estudo das representações sociais, o tempo em que o indivíduo ou o grupo pesquisado vivencia o problema em sua realidade local é importante, pois lhes permitiu, possivelmente, acumular práticas e experiências diversificadas, sobretudo, para que as ideias, atitudes e crenças pudessem ser compartilhadas e ressignificadas por eles (MOSCOVICI, 2012).

A variável relacionada com o tempo de formação pode desempenhar influência significativa para um subgrupo dos participantes desta pesquisa que concluiu o curso de graduação a mais de onze anos, em parte, quando as novas portarias sobre IRAS ainda não havia sido publicadas e por isso o conhecimento disponível sobre o assunto não era o mesmo de hoje.

Desta forma, a busca por atualizações se faz imprescindível para o profissional de saúde, em tempos em que as ideias são discutidas e transformadas a todo momento, por meio da circulação nas ferramentas científicas, educacionais e tecnológicas (BOTENE e PEDRO, 2014).

A capacitação representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento e experiência para que possam exercer determinada função. Quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de ser competente no exercício de suas funções (MARTINS et al., 2006; SOUSA et al., 2014a).

Um ponto de destaque é a necessidade da formação profissional adequada, a qual é fundamental para desenvolver uma consciência crítica e compromissada com o controle das IRAS (GIAROLA et al., 2012). Porém, em algumas instituições este conteúdo é apresentado de forma pontual em alguns eixos temáticos (GIAROLA et al., 2012; SOUZA et al., 2014). A construção do conhecimento sobre prevenção e controle de infecção deve ocorrer nas instituições de ensino responsáveis pela formação do profissional, de forma transversal, impactante e sistemática por meio dos conteúdos curriculares distribuídos na matriz curricular do curso (SOUZA et al., 2014).

Também é importante considerar a efetividade do ensino da HM na formação do profissional de saúde, talvez, este não tenha repercussão significativa uma vez que a HM é uma prática que não se associa a uma atividade profissional específica, sendo aprendida pelas pessoas desde a infância. Essa associação pode favorecer o equivocado e perigoso entendimento, por parte dos estudantes, de que esse procedimento é menos importante do que outros mais complexos que eles precisam aprender durante o curso (BOTENE e PEDRO, 2014).

Pesquisa realizada com acadêmicos de enfermagem de três instituições privadas de ensino superior evidenciou fragilidades, especialmente em relação as formas de isolamento para precauções baseadas na forma de transmissão e nas medidas de prevenção e controle das infecções por topografias (BARRETO et al., 2014). Docentes de um curso de graduação em enfermagem em Teresina-PI representam como deficiente o ensino do controle da infecção hospitalar, porém o valorizam (CAMPELO, 2009).

Para alguns pesquisadores, os projetos pedagógicos de cursos de graduação na área da saúde possuem falhas que precisam ser corrigidas, porém não se pode negar que o conteúdo sobre prevenção e controle das IRAS não é apresentado e discutido nas instituições de ensino superior (GIAROLA et al., 2012; BOTENE e PEDRO, 2014).

6.2 Análise da estrutura e do conteúdo das representações sociais sobre IRAS

As representações sociais são reconhecidas como sistemas de interpretação, que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais. Igualmente intervêm em processos tão variados quanto a difusão e a assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais (JODELET, 2001).

Partindo desse pressuposto, verifica-se que o significado do sentido de risco e morte do paciente com IRAS, por esse grupo social, está relacionado ao saber desenvolvido a partir das relações construídas nesse ambiente de opiniões e posicionamentos. Circunstâncias socialmente definidas deixam-se guiar por representações coletivas ou por informações científicas em que a consciência dos grupos opta por um sentido ou outro. Quanto as representações, elas surgem das observações da análise dessas observações e das noções de linguagem de que se apropriam, nas ciências e na filosofia e daí tiram as conclusões (MOSCOVICI, 2012).

Como foi observado, as evocações higiene-mãos, infecção, medicamento e microrganismo compõem o provável núcleo central da representação social do grupo de profissionais de saúde deste estudo. Referem-se aos elementos envolvidos diretamente às IRAS, desde a conduta profissional preventiva ideal, o evento e o agente, além do integrante da terapêutica. Estes de fato, são signos considerados adequados ao problema em questão, entretanto, será possível verificar que outros fatores se apresentam e outras práticas se contradizem nos discursos dos participantes deste estudo.

Outra pesquisa corrobora com elementos semelhantes aos compartilhados pelos profissionais deste estudo, enfermeiros portugueses representam a infecção hospitalar como um risco a que os pacientes e profissionais estão expostos no ambiente hospitalar, pela resistência dos microrganismos e uso indiscriminado dos

antibióticos (MOURA et al., 2008b). Os resultados revelaram que apesar dos profissionais de saúde viverem em países distintos, compartilham signos semelhantes da representação social de um mesmo objeto.

Quanto aos elementos apresentados na primeira periferia é possível verificar as evocações condições-paciente e morte. Estes termos são extremamente importantes para a compreensão das representações sociais, pois promovem a sustentação do provável núcleo central da representação. Os participantes desta pesquisa apesar de reconhecerem a importância da higiene das mãos no processo de saúde e doença, associam as condições do paciente à morte. É como se ocorresse uma anulação do profissional, como se não houvesse a participação dele na evolução para ocorrência do processo infeccioso. Com isso, o profissional se exclui como agente ativo e corresponsável pela situação clínica do paciente. Esse fato é, provavelmente, uma das raízes que sustentam o saber partilhado pelo grupo.

Quando o profissional não atua de maneira responsável no cuidado a pessoa, sua prática gera efeitos danosos ao cliente e ao próprio profissional (SOUSA et al., 2007). A previsão de responsabilidade sobre a vida humana é tarefa de suma importância, entretanto, abarcando grande complexidade, tendo em vista os diversos fatores que influenciam o bem-estar do ser humano assistido (BRASIL, 2013a).

O quadrante inferior esquerdo, correspondente a zona de contraste, é composto pelos elementos contaminação e higienização-ambiente. Os elementos desta casa foram enunciados por poucos participantes, os quais, por sua vez, referem-nos como muito importantes. As evocações associadas a contaminação e higienização-ambiente assemelham-se as informações ou conhecimentos sobre a transmissão das IRAS e indica que os participantes deste estudo atribuem a contaminação da UTI a circulação excessiva de pessoas e ao processo de higienização do ambiente. As ideias higienistas estão fortemente presentes no discurso dos participantes, as quais surgiram das práticas partilhadas pelo senso comum. Isso evidencia que apesar dos conhecimentos científicos disponibilizados nas instituições de ensino superior, os profissionais partilham este conhecimento

superficial nas relações cotidianas que vivenciam no ambiente hospitalar e no meio social.

Na segunda periferia estão presentes as evocações falta-cuidado e técnica-empregada. Esses elementos foram referidos em menor frequência e definidos como menos importantes pelos participantes da pesquisa. Ambas estão relacionadas ao profissional enquanto promotor da saúde do paciente, por meio da realização do cuidado à pessoa e de procedimentos técnicos específicos para cada necessidade humana. Porém, os profissionais deste estudo, consideram como pouco importante a influência da assistência dispensada por eles aos pacientes e a ocorrência das IRAS na UTI.

A realização de técnicas incorretas nos procedimentos invasivos e a falta do cuidado holístico estão diretamente associadas a segurança do paciente e conseqüentemente às IRAS (OLIVEIRA, 2001). Estes eventos qualificam negativamente a qualidade da assistência ofertada pelos serviços de saúde, pois um cuidado inseguro expressa-se pelo aumento do risco de danos desnecessários ao paciente (BATISTA et al., 2012).

6.2.1 Análise das representações sobre os fatores iatrogênicos

No que se refere aos fatores de risco elencados pelos participantes, outros estudos de mesmo teor também evidenciaram a predominância dos conteúdos: higienização das mãos, procedimentos invasivos, o cuidado dos profissionais de saúde e o uso de antimicrobianos como elementos predisponentes para o desencadeamento das IRAS (TURRINI, 2000; MOURA et al., 2008a e 2008b; SANTOS et al., 2008; VALLE, 2008; LEITE, 2008; OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010; OLIVEIRA et al., 2012b; CUNHA et al., 2013).

Os participantes desta pesquisa consideram as mãos como veículos de transmissão das infecções, por meio das quais os microrganismos aderem e são transportados aos pacientes, às superfícies de equipamentos e materiais. Referem que as infecções cruzadas podem agravar o quadro clínico do paciente, inclusive, contribuindo para a resistência a antimicrobianos.

Estudo realizado com profissionais e estudantes da área da saúde explorou, a partir da apreensão das representações sociais da infecção hospitalar, os aspectos envolvidos nesse processo enquanto determinantes das infecções cruzadas no ambiente hospitalar. Por meio dessa modalidade, os profissionais e estudantes da área da saúde reconhecem que a infecção hospitalar é favorecida pela falta da adequada lavagem das mãos, o que, para o Ministério da Saúde, é uma ação que, isoladamente, constitui-se como a mais importante para se evitar uma infecção cruzada no ambiente hospitalar (BRASIL, 2011; MOURA et al., 2008).

As enfermeiras de UTI's neonatais atribuíram a lavagem das mãos a forma mais efetiva de se evitar as infecções dentro do ambiente hospitalar, e enfatizaram que isso deve ser feito antes e após a realização de qualquer atividade ligada ao paciente, no entanto relatam que o uso da técnica deve ser cumprido de maneira correta, com o objetivo de controlar a transmissão microbiana (CUNHA et al., 2013).

O grupo investigado nesta pesquisa refere que a higienização das mãos ajuda a romper a cadeia de transmissão de patógenos importantes no ambiente das UTI's. Reconhece a higiene das mãos como a conduta individual menos complexa para prevenir e controlar as IRAS no ambiente hospitalar e considera a infecção cruzada como algo que poderia ser evitado.

Há alguns anos, o termo lavagem das mãos foi substituído por higienização das mãos devido a maior inclusão de técnicas que este termo possibilita, pois, engloba as seguintes técnicas: higienização simples com água e sabão, a higienização com detergente e antisséptico, a fricção antisséptica com a utilização de preparações alcoólicas e a antisepsia cirúrgica das mãos por meio da degermação da pele (WHO, 2009).

É possível observar no quadro 1, que os participantes P1, P18, P29, P37 e P47 utilizam a nomenclatura higienização das mãos, enquanto que os participantes 21, 24, 31 e 34 utilizam o termo “lavagem das mãos” o que sinaliza possivelmente o desconhecimento da nova terminologia.

Destaca-se que, a escolha da técnica mais indicada para a finalidade que se pretende, a execução correta desta e a utilização de produtos eficazes são decisões que se somam a frequência da HM (SANTOS et al., 2014). Conseqüentemente, quando o profissional desconhece ou desconsidera esses fatores, não os aplicam em sua prática cotidiana, o que compromete a adesão a HM e a garantia à segurança do paciente (BOTENE e PEDRO, 2014).

Pode ser observada nas falas dos participantes 18 e 37 (Quadro 1), a baixa adesão a HM como uma realidade em que os participantes deste estudo vivenciam e partilham no ambiente em que trabalham. O que nos remete a sugerir que apesar de conhecer a importância da HM para a ocorrência das IRAS não a praticam como deveriam, por isso o saber falado pelos participantes deste estudo pode não ser o mesmo praticado.

A baixa adesão a HM é considerada como fator que compromete o controle do problema em questão e por isso é investigado por pesquisadores em diferentes países de todos os continentes (WHITBY et al., 2007; DUGGAN et al., 2008; WHO, 2009; OLIVEIRA et al., 2013).

A não aplicabilidade da HM entre os participantes desta pesquisa não está totalmente elucidada, porém outros estudos revelam os motivos que influenciam na decisão do profissional de saúde em realizar a HM. Dentre eles os fatores materiais, comportamentais e institucionais (WHO, 2009; OLIVEIRA et al., 2013). Os mais referidos são o esquecimento, o desconhecimento da sua importância, a distância da pia, a irritação da pele, a pressa, a falta de materiais e de tempo (OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010; SANTOS et al., 2014).

Pesquisadoras apontam que os mesmos microrganismos identificados nas mãos dos profissionais de saúde também foram isolados nos aparelhos celulares, portanto atuam como um reservatório de patógenos. E por isso, sugerem a

restrição do uso deste dispositivo em áreas de cuidados intensivos, como é o caso das UTI's (BADR, BADR, ALI, 2012).

Outra finalidade importante da HM é sua função protetiva, embora nenhum dos participantes deste estudo tenha referido a realização da HM como estratégia de proteção à saúde do profissional de saúde. O que pode sugerir que este grupo não reconhece todos os riscos a que estão expostos.

Ao contrário do que foi evidenciado nas representações sociais de outros profissionais de saúde, em pesquisa realizada por Batista et al. (2012), ao demonstrar estar cientes dos riscos a que estão expostos, principalmente quando associada a sujidade orgânica invisível em superfícies e nos materiais de limpeza.

É essencial que os profissionais envolvidos em atividades que concebam algum tipo de risco intrínseco à sua saúde e à saúde de outras pessoas estejam preparados e dispostos a enxergar e distinguir os problemas (BRASIL, 2010b). A naturalização das práticas e a autoconfiança adquirida pelos profissionais com o tempo de serviço, muitas vezes, leva-os a negligenciar atitudes de biossegurança (COSTA FERREIRA e COSTA BARROZO, 2010).

Nesse sentido, é imprescindível que a instituição, por meio dos gestores, possibilite aos profissionais, além de condições para um trabalho seguro, a chance para reflexões, diálogos críticos e atualizações para que esses trabalhadores possam se sensibilizar da adoção de medidas preventivas acertadas (VALLE et al., 2012).

O termo infecção origina do latim e refere ao adjetivo infecto que significa pestilento, que lança mau cheiro. Ao ampliar o significado atribuído às palavras infecção-infecto-pestilento-pesto, é possível inferir que se trata da pessoa que possui uma doença contagiosa grave (CUNHA, 2010). No ambiente das UTI's é frequente o internamento de pacientes clinicamente graves em decorrência de doenças infecciosas e até mesmo o prolongamento do tempo de internação em virtude da ocorrência de infecções cruzadas (OLIVEIRA et al., 2012a).

Para os profissionais de saúde, deste estudo, assistir pacientes acometidos por qualquer tipo de infecção, por meio de procedimentos invasivos e a

administração de medicamentos é algo inerente a sua prática profissional e, portanto, este profissional deve estar preparado para realizá-la com segurança.

Contudo, na assistência ao paciente, muitas vezes, é complicado identificar a sua possível situação de portador e as possibilidades de transmissão de doenças (OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010). No momento do atendimento, qualquer pessoa deve ser observada como potencialmente infectada e ou colonizada por microrganismos potencialmente patogênicos, o que necessita a adoção de ações especiais para a proteção dos profissionais da saúde, pois o risco de contaminação poderá estar presente (CAMARA et al., 2011).

Por vezes o uso das precauções padrão é associado somente aos casos de atendimento a pacientes com diagnósticos de doenças transmissíveis e infecciosas. Este tipo de atitude torna vulnerável a segurança das pessoas envolvidas no processo assistencial e possibilita o desenvolvimento dos casos de IRAS entre os pacientes (OLIVEIRA et al., 2012a). Isso revela um comportamento embasado nas crenças dos indivíduos de que os riscos existem, mas em situações definidas. Além disso, há de se considerar a possibilidade de convívio com outros microrganismos, de importância epidemiológica ainda desconhecida, cujos agravos não podem ser dimensionados (MELO et al., 2006).

Os participantes desta pesquisa reconhecem a necessidade dos procedimentos invasivos em pacientes críticos e o definem como algo que invade o corpo, rompe as barreiras biológicas e expõe o paciente aos riscos, tornando-se mais vulnerável às infecções. A realização destes procedimentos, a utilização contínua dos dispositivos invasivos, bem como os cuidados necessários na manutenção destes são eventos vivenciados constantemente pelo grupo pesquisado, da mesma forma que enfatizam a necessidade de maior atenção no procedimento e a adesão aos protocolos. Pontuam também que para evitar as IRAS é preciso a realização dos procedimentos de forma asséptica, para proteção do paciente e bloqueio da disseminação de patógenos entre a população assistida.

Profissionais e estudantes da área da saúde em Teresina-PI reconhecem a importância da paramentação dos que desenvolvem os procedimentos no ambiente hospitalar, para proteger, tanto os pacientes como os profissionais e

estudantes de uma infecção, especialmente durante os procedimentos invasivos, ressaltando a importância do cuidado com as mãos (MOURA et al., 2008a; CUNHA et al., 2013).

O risco de contaminação durante a realização de um procedimento invasivo está relacionado a utilização correta da técnica, a contaminação dos materiais e equipamentos, a higienização das mãos, além da eficácia dos antissépticos empregados (BEZERRA et al., 2012).

Para evitar as IRAS é preciso, além do uso de EPIs, o controle e a realização dos procedimentos de forma asséptica e antisséptica, que se constitui como um fator de proteção para bloqueio da disseminação de patógenos entre a população assistida. Essa situação levantada deve ser respeitada de acordo com o grau de gravidade do paciente a ser cuidado (CUNHA et al., 2013).

Os cateteres intravasculares centrais foram evocados pelos participantes 30 e 47 (Quadro 1), os quais associaram a utilização a longo prazo deste dispositivo ao potencial de colonização da corrente sanguínea por microrganismos resistentes.

O uso de cateter venoso central como instrumento para manutenção da vida em pacientes críticos é sabidamente importante. Atualmente têm-se descrito inúmeras complicações associadas ao seu uso com implicações de alto risco para este mesmo paciente, em especial a infecção (HENRIQUE et al., 2013). Dados apontam que, aproximadamente 90% das infecções de corrente sanguínea (ICS) são originadas pelo uso de cateter venoso central (WEEKS et al., 2011).

A incidência de ICS pode estar associada por parâmetros relacionados com os cateteres, tais como as condições em que foram inseridos, o tipo de cateter e o local de inserção (BATISTA et al., 2011; ROMANELLI et al., 2013). A relação destes fatores, influenciados por características dos pacientes como idade e doença de base, pode aumentar o risco de adquirir infecções da corrente sanguínea (ICS), as quais estão entre as mais frequentes no ambiente hospitalar (ROMANELLI et al., 2013).

A ventilação mecânica é utilizada em quase todos os pacientes que permanecem na UTI, evocada pelo participante 11 como sendo o principal fator de risco para a pneumonia. Esta é a segunda infecção nosocomial mais frequente em UTI's, ocorrendo de 3 a 27% dos pacientes intubados e ventilados mecanicamente (OLIVEIRA et al., 2010; VENTURA et al., 2011; KOLEFF et al., 2014; PÉREZ-GRANDA et al., 2014).

A pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) é a infecção pulmonar que ocorre entre 48 a 72hs após a intubação endotraqueal e instalação da ventilação mecânica invasiva (HARINGER, 2009; SOUZA, 2009). É considerada como importante causa de morbimortalidade, cuja mortalidade pode extrapolar a 25% (SOUZA, 2009; VENTURA e PAULETTI 2011). Em pesquisada envolvendo 99 hospitais brasileiros, as pneumonias foram responsáveis por 28,9% de todas as infecções hospitalares e, destas, 50% foram associadas a ventilação mecânica (HARINGER, 2009).

Os fatores de risco para o surgimento da PAV podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os analisados como não modificáveis são: presença de doenças de base, idade e gravidade quando da entrada do paciente na UTI. Os fatores modificáveis estão associados aos microrganismos presentes no ambiente da própria UTI e as quatro vias relacionadas à patogênese da PAV: disseminação hematogênica, contaminação do equipamento respiratório, aspiração do conteúdo orofaríngeo e transmissão de uma pessoa para a outra. Observa-se os fatores de risco modificáveis como de grande importância na decisão para terapêutica e prevenção da PAV, pois evidenciam as situações que podem passar por intervenções diretas da equipe multiprofissional e desta forma, modificar sua incidência (NEPOMUCENO et al., 2014).

Os elementos extraídos das falas dos participantes desta pesquisa trazem evidências de que os profissionais fazem ligação entre o cuidado adequado dos profissionais de saúde e a diminuição no tempo de permanência dos pacientes na instituição, na medida em que diminuem os riscos de adquirir infecções hospitalares, conseqüentemente tornando melhor a recuperação desses.

A palavra cuidado é derivada do verbo cuidar, originado do latim, que significa tratar de, dar atenção a, ter cuidado com a saúde de, curar. O cuidado em saúde consiste em proporcionar à pessoa subsídios que permitam o restabelecimento da saúde ou o conforto ao paciente quando a cura não for mais possível. Cuidar é, então, “uma forma de criar, uma possibilidade de intervir e transformar as situações” (VIDAL et al., 2012, p. 103).

Os pacientes internados em UTI são submetidos à monitorização constante de suas funções orgânicas e a cuidados altamente complexos, na tentativa do restabelecimento do seu estado de saúde e de permitir sua sobrevivência (CARVALHO et al., 2013).

Assim como o grupo deste estudo, outros profissionais também reconhecem as IRAS como causadoras de altos custos, no entanto revelam que a continuidade da assistência e a cooperação da equipe poderiam trazer benefícios para a redução das mesmas. Como também, uma resposta positiva para o paciente, o que amenizaria além dos recursos financeiros, a dor e o sofrimento que acompanham a internação. Com o objetivo de manter um cuidado integral à pessoa é necessário adotar atitudes e condutas no sentido de promover a continuidade da assistência (CARVALHO et al., 2013; CUNHA et al., 2013).

É importante que a prática do cuidar possa romper com a barreira da prática profissional pautada somente na dimensão biologicista, não basta somente a assistência técnica ao paciente, é necessário dar atenção as outras dimensões que compõem o ser humano. O cuidado tem ligação direta com a preocupação sobre a assistência humanizada, uma vez que os objetivos do cuidar envolvem, entre outros, aliviar, confortar, favorecer, promover e restaurar o estado de saúde do cliente (CARVALHO et al., 2013).

É possível observar na fala dos participantes a associação entre os procedimentos invasivos e a necessidade de protocolos, com a finalidade subsidiar a segurança do paciente e a prevenção de IRAS e de outros eventos adversos.

Um protocolo de assistência é definido como um conjunto de etapas, com intenção de sistematizar o tratamento e acompanhamento, instrumentalizar o

monitoramento das ações e auxiliar a educação em serviços de saúde (SOUSA et al., 2014b). O uso deste tipo de instrumento, com base em estudos científicos também é uma exigência defendida por outros profissionais de saúde, como forma de homogeneizar a prática e torná-la mais segura (FERNANDES et al., 2011; FERRAZ et al., 2014; SOUSA et al., 2014b).

O conteúdo das narrativas dos participantes deste estudo compreende aspectos relacionados a subjetividade do ser humano, o uso da palavra consciência evidencia esse aspecto. O participante 14 (Quadro 1) aponta o fato de muitas vezes o profissional negligenciar a técnica correta na execução do procedimento no paciente, ou fazer seu uso correto apenas quando sabe que está sendo observado.

Considerando a necessidade que os profissionais sentem de mudar conceitos, condutas e tomar consciência, ele reconhece e julga sua própria realidade, estabelecendo sua forma de agir diante das situações, conforme seus valores e convicções incorporados (SANTOS et al., 2008).

É importante salientar que os participantes deste estudo não referiram reconhecer as implicações jurídicas inerentes à sua prática mesmo estando vulneráveis cotidianamente a responder civil e penalmente pelas ocorrências geradas por iatrogenia no exercício da profissão.

As implicações jurídicas permeiam o exercício do profissional de saúde, prova disso são os muitos casos de omissões, assim como a ocorrência de imperícia, negligência, ou imprudência, pela representação político-social das infecções hospitalares e de seu controle (SOUSA et al., 2008).

As IRAS dependem dos cuidados prestados por toda equipe multidisciplinar de forma direta ou indireta. Pesquisa realizada por Cunha et al. (2013) revelou uma preocupação com o cuidar, que leva a uma reflexão sobre a prática, principalmente no sentido de prevenir as IRAS, baseado no trabalho de cooperação da equipe para a obtenção de um resultado positivo, capaz de trazer melhoria para o serviço.

A obtenção da qualidade pelos serviços de saúde passa a ser uma atitude coletiva, tornando-se um diferencial necessário para atender as necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente, que envolve não só o usuário, como também os gestores. Isso solicita a implementação de uma política de qualidade nas organizações, tanto da rede pública quanto da privada (BATISTA et al., 2012).

Outro elemento presente nas evocações dos participantes desta pesquisa foi a palavra medicamento, evidenciada como primordial na profilaxia ou no tratamento das IRAS no ambiente hospitalar e exemplificada pela classe dos antibióticos, os quais foram associados ao risco de promover a resistência bacteriana, quando não utilizado adequadamente.

Sua origem é do latim e advém de médico, o qual é responsável pela escolha da substância mais adequada para cada situação clínica do paciente (CUNHA, 2011). A prescrição medicamentosa realizada pelo médico e o preparo e administração desempenhados pelo enfermeiro são práticas que se complementam no cuidado à pessoa, portanto possuir as competências necessárias para essas habilidades são fundamentais na preservação da segurança do paciente (BRASIL, 2010b).

Pesquisa realizada com enfermeiras de um hospital público do Piauí detectou as dificuldades dessas profissionais em efetivar as ações de prevenção das infecções hospitalares e das resistências microbianas, as quais derivam do fato de não se sentirem suficientemente seguras para atender a real necessidade de cuidado aos pacientes da instituição hospitalar, na qual trabalham, atribuindo manifestações explicativas dessa falha de conduta à inexistência de organização, que estabeleça normas a serem cumpridas (BATISTA et al., 2012).

O próprio ambiente da UTI é considerado como principal local de infecção causado por surtos de microrganismos multirresistentes, tendo como fator de risco o uso demasiado de antibióticos, além da vulnerabilidade dessa população que predispõe ainda mais o risco de infecção (BEZERRA et al., 2012; MICHELS et al., 2013).

A terapia empírica inadequada de antibióticos possui impacto desfavorável na evolução clínica do paciente (HARINGER, 2009). Isso significa que, o conhecimento da fonte infecciosa e os microrganismos envolvidos com o processo infeccioso e o seu perfil de susceptibilidade são de importância primordial para o início do tratamento de combate à infecção (SILVA et al., 2012).

Para a correta prescrição de medicamentos é extremamente importante considerar os exames clínicos e laboratoriais como recursos fundamentais para a orientação da melhor terapêutica. Dispor de laboratórios com equipamentos adequados e recursos humanos habilitados no desempenho das suas funções possibilita um diagnóstico mais preciso (OLIVEIRA et al., 2012b).

Alguns pesquisadores defendem a necessidade de estudos que apontem o perfil de resistência aos antibióticos conforme a região ou mesmo de acordo com o hospital analisado. Uma vez encontrada uma boa suscetibilidade dos microrganismos a uma classe específica de antibióticos, os profissionais de saúde possam utilizá-lo de forma racional, procurando evitar a resistência (CÂNDIDO et al., 2012).

As dificuldades no controle das bactérias resistentes aos antibióticos têm preocupado os profissionais de saúde, principalmente pelo risco da própria exposição à patógenos extremamente difíceis de ser eliminados (OLIVEIRA et al., 2012b; CARVALHO et al., 2013). O que chama a atenção, é que os participantes deste estudo não percebem a própria exposição a este risco, o que é grave. Pois, a resistência bacteriana trouxe consigo um grande desafio, o da produção de drogas cada vez mais potentes e eficientes no combate aos microrganismos resistentes, o que pode levar ao indesejado cenário de tempos atrás, quando infecções bacterianas eram em sua maioria, fatais (CÂNDIDO et al., 2012).

6.2.2 Análise das representações sobre os fatores organizacionais

Estudos apontam a necessidade de apoio organizacional da instituição hospitalar aos profissionais de saúde que confrontam diariamente o problema em estudo, principalmente no que tange as ações relacionadas a prevenção e controle das IRAS, como a adesão a higienização das mãos e o uso adequado dos antibióticos. Por vezes, o profissional se sente sozinho, impotente e limitado diante de um problema grave e de difícil resolução (BATISTA et al., 2012).

Neste estudo, os participantes apontaram dificuldades nas condições de trabalho quanto a estrutura organizacional e funcional do hospital, a sua superlotação e a falta de educação permanente para melhorarem seus conhecimentos sobre a prevenção e o controle das IRAS. Eles compreendem que precisam dispor de embasamento teórico-científico e habilidades práticas que permitam o desempenho das suas ações sem expor o paciente aos riscos. Acreditam que a falta de informação sobre o assunto, o compartilhamento de informações inadequadas entre os profissionais e visitantes da UTI, bem como a inexistência de educação continuada são fatores que predispõe a disseminação e o aumento das IRAS no ambiente pesquisado.

Para tanto, o grupo deste estudo, sugere que as orientações aos acompanhantes e visitantes podem contribuir para melhor informação quanto às formas de transmissão de microrganismos e prevenção das infecções, por meio, principalmente da adequada higienização das mãos.

Em outros países, alguns profissionais de saúde acreditam que as IRAS têm crescido proporcionalmente ao desenvolvimento da tecnologia invasiva, no entanto, o conhecimento dos profissionais da saúde sobre as ações de prevenção e controle das infecções não acompanha este desenvolvimento (MOURA et al., 2008b).

Pesquisa realizada por Sousa et al. (2007) observou a carência de informações básicas para os profissionais de saúde aderirem às medidas de

prevenção e controle da IH, apontada por eles como deficitária. Chamam a atenção para a formação e a orientação para o controle de IRAS pelas instituições formadoras e pelas ações desenvolvidas pela CCIH.

Alguns autores apontam soluções para efetivação do controle dessas infecções, por meio de medidas de reestruturação, com interferência dos gestores da instituição. Ressalta-se, como estratégia de enfrentamento para prevenção e controle das infecções, o papel da CCIH em elaborar normas e orientar as atividades de educação continuada da instituição, voltadas, principalmente, para a capacitação dos profissionais (FERREIRA et al., 2011; BATISTA et al., 2012).

As ações relacionadas à prevenção das IRAS no domínio da gestão hospitalar são importantes, principalmente no que tange a provisão de subsídios para uma reflexão e revisão das práticas assistenciais adotadas nos estabelecimentos hospitalares. A educação permanente em saúde é uma estratégia fundamental para transformar as práticas de saúde existentes, transformando os indivíduos envolvidos em autores do processo, proporcionando uma atuação crítica, reflexiva, compromissada e competente, ultrapassando os limites do espaço do trabalho e permeando a vida dos indivíduos (MASSAROLI, MARTINI, MASSAROLI 2014).

Portanto, vários autores defendem que a educação em saúde pode ser uma ferramenta de atuação em saúde por possibilitar a troca entre conhecimento técnico e popular, permitindo o desenvolvimento de ações de prevenção e controle de doenças que possam vir a se instalar (TRAESSEL et al., 2004; VIANNA et al., 2011). As atividades surgem como espaço novo para o aprendizado, favorecendo a elucidação das dúvidas de forma descontraída e com liberdade, contribuindo para o desenvolvimento da segurança do paciente e do visitante. Destaca-se também, o aprendizado, por meio do diálogo e de material escrito para ajudar no relacionamento e na transmissão de informações para familiares e visitantes (VIANNA et al., 2011).

Acresce-se que na determinação da estratégia efetiva de mudança comportamental é imprescindível a aplicabilidade do mecanismo da reciprocidade

triádica, o que inclui os fatores pessoais, influências comportamentais e/ou ambientais agindo de forma simultânea e interligada (MONCAIO, 2010).

Nessa perspectiva, deve-se ter discernimento de que os métodos educativos para a prevenção e controle da infecção hospitalar necessitam ser conduzidos de forma libertadora e participativa, sem tirania dos profissionais, por meio de táticas que valorizem e gerem participação ativa, possibilitando adesão às medidas de controle de infecções, relacionadas à ação pessoal e coletiva. Meramente repassar protocolos divulgando as normas a serem adotadas é modelo insuficiente para estimular as mudanças de atitude profissional (FONTANA et al., 2006; SANHUDO, MOREIRA, CARVALHO 2011).

Para o controle das IRAS os participantes deste estudo compreendem que a contaminação do ambiente e das pessoas internadas na UTI ocorre por meio da frequente circulação de pessoas estranhas e de profissionais que carregam bactérias de outros locais e setores. Associam a grande movimentação de pessoas ao aumento do risco de IRAS e enfatizam a exigência da realização e da utilização das medidas de precaução para todos, seja no contato direto ou indireto ao paciente.

As chances de infecção aumentam sempre que há aglomeração ou circulação excessiva de pessoas (TURRINI, 2000; COHEN et al., 2012). Os padrões de contato com o paciente, quando investigados, podem melhorar a compreensão da dinâmica de transmissão nos hospitais, contribuindo para novos modelos de transmissão, os quais devem considerar o papel de todos os profissionais de saúde além de acompanhantes e familiares (COHEN et al., 2012).

Nesse sentido, outros profissionais também defendem que as IRAS estão associadas à contaminação, em especial de materiais e equipamentos hospitalares, portanto, estes meios devem ser valorizados como determinantes das infecções hospitalares em detrimento de medidas fundamentais de controle e prevenção, como a lavagem das mãos e uso de equipamentos de proteção individual (SANTOS et al., 2008).

O ambiente hospitalar desempenha um papel como facilitador da transmissão das infecções pela probabilidade de agir como possível reservatório de microrganismos. A contaminação das superfícies inanimadas, nas UTI's, tem sido marcada como a de maior cautela, devido a alta prevalência de microrganismos resistentes, pelo instável quadro clínico do paciente, pela necessidade de cuidados intensivos, atrelados aos fatores ambientais: limpeza, desinfecção e estrutura física (HARDY et al., 2006; SEXTON et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2012b).

Estudo realizado em um hospital de Londres identificou que os profissionais de saúde observados durante a pesquisa, deixaram de realizar a higienização das mãos em alguns momentos, após sair do leito de isolamento, entre o cuidado com o paciente e a manipulação do prontuário e do teclado do computador (FITZGERALD, MOORE, WILSON 2013). Outras pesquisas apontam a importância do problema em questão, a exemplo da ocorrência e permanência por até quatro meses, de *Enterococcus spp.* resistente à Vancomicina em superfícies do ambiente hospitalar. Outro microrganismo frequentemente identificado nesses locais é o *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, disseminado pelas mãos e luvas dos profissionais de saúde ao tocar nas camas, cabeceiras, grades, manivelas, botão da bomba de infusão e pranchetas (FERREIRA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012a; KOTSANAS et al., 2013).

Alguns autores acreditam que os critérios da qualidade da limpeza são subjetivos. Inicialmente a limpeza é avaliada visualmente através da presença de resíduos sólidos no chão ou manchas de líquidos seco. Além disso, muitas vezes uma limpeza terminal é substituída por uma limpeza simples devido a falta de material e equipamento, prejudicando assim a qualidade do trabalho dos profissionais responsáveis pela higienização do hospital (MOURA et al., 2008b; BATISTA et al., 2012; FITZGERALD, MOORE, WILSON 2013).

Neste sentido, não se pode perder de vista que a carga microbiana das superfícies pode ser reduzida pela limpeza de rotina do ambiente atenuando a ocorrência de contaminação. A frequência de descontaminação de superfícies diariamente tocadas pode ser insatisfatória seja por indefinição de um profissional

responsável pela rotina ou por se mostrarem aparentemente limpas, sendo conseqüentemente subestimadas (BRASIL, 2010b). A realização de intervenções que atuem na melhoria da limpeza, na educação permanente das equipes e na aplicação de sistemas de monitoramento diminuiriam as evidências de culturas positivas (BRASIL, 2010b; FERREIRA et al., 2011).

A inadequabilidade do ambiente da UTI é reconhecida pelos profissionais de saúde deste estudo, pela proximidade dos leitos, pelas altas temperaturas e pelo ambiente pouco arejado. Associam a proliferação dos microrganismos as altas temperaturas e justificam a ocorrência de infecção cruzada pelas pouca distância entre os leitos e ao ambiente pouco arejado.

Outros trabalhadores também evidenciam a dificuldade em trabalhar e estabelecer um fluxo adequado de pacientes quando a planta física não se adequa ao número de pacientes atendidos (SANTOS et al., 2008; OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010).

Por meio das evocações, os participantes desta pesquisa denunciam condições de ordem estrutural, como a falta de equipamentos para a troca dos circuitos do ventilador mecânico e a insuficiência dos equipamentos de proteção individual para a realização de técnica asséptica e segura no paciente.

Essa realidade não se distancia da vivenciada por profissionais de outra região do país, a redução dos recursos/insumos para a área acaba fomentando a estratégia nem sempre positiva do improviso, mas comprometedor da segurança dos pacientes. As representações sociais compartilhadas pelo grupo apontam que as medidas de controle dessas infecções são interpretadas, muitas vezes, como sem solução, o que contribui na desmotivação do profissional (BATISTA et al., 2012).

Os profissionais de saúde abordados neste estudo afirmam que a superlotação de pessoas em situação grave de saúde e o dimensionamento inadequado de recursos humanos resultam em sobrecarga de trabalho e conseqüentemente ao esgotamento do profissional.

Pesquisadores afirmam que esses fatores contribuem na diminuição da atenção do profissional e comprometem negativamente o cuidado dispensado ao paciente e ao próprio trabalhador da saúde, potencializando a ocorrência dos erros profissionais e dos acidentes de trabalho (MELO et al., 2006; VALLE et al., 2008; FERRAZ et al., 2014).

Estudos têm relatado a insuficiência de profissionais de enfermagem como fator importante para a ocorrência de infecções hospitalares em unidades de atendimento neonatal e pediatria (TURRINI, 2000; OLIVEIRA, 2012c; FERRAZ et al., 2014). Além de relacionar-se com má adesão às práticas de higiene e antissepsia das mãos pelos profissionais de saúde, a sobrecarga de trabalho é um obstáculo às ações de educação continuada para o controle de infecção hospitalar, onde a disponibilidade para a participação de treinamentos e a eficácia dos mesmos fica prejudicada (FERRAZ et al., 2014).

6.2.3 Análise das representações sobre os fatores relacionados ao paciente

A internação na UTI de pessoas em situação crítica de saúde, em decorrência da complicação de doenças crônicas ou das más condições clínicas provenientes de algum infortúnio ou de patologias maternas, são referidos pelos participantes deste estudo, como fatores que expõe a pessoa ao risco de contaminação, devido a diminuição do potencial de defesa do sistema imune.

As patologias de base, motivadoras da internação na UTI, são importantes nos riscos de exposição às IRAS, sendo mais prevalentes as doenças cardiovasculares, as pulmonares, as do aparelho digestivo e geniturinário (OLIVEIRA et al., 2010; SILVA et al., 2012; DERELI et al., 2013). Alguns pacientes possuem processos infecciosos que antecedem a admissão na UTI, originados em outros serviços ou unidades hospitalares ou decorrentes de procedimentos invasivos e da debilidade do organismo (CÂNDIDO et al., 2012).

Outro fator mencionado com frequência, pelos profissionais desta pesquisa, é o prolongamento do tempo de internamento na UTI, refletido no aumento dos custos, do tempo de intubação, de restrição no leito, aos procedimentos invasivos e ao comprometimento do estado nutricional do paciente.

Torna-se evidente que as sequelas originadas do aumento de dias de internação estão relacionadas a múltiplos fatores, como as características do próprio paciente, as suas condições clínicas, ao motivo da internação, a equipe que o atende, a estrutura do ambiente, e ainda ao cumprimento de normas, rotinas e protocolos dos serviços na realização dos procedimentos (CUNHA, 2011).

Os recém-nascidos com infecção e baixo peso podem ter o seu tempo de internação prolongado e necessitar de antibioticoterapia, assim como de tratamento intensivo e procedimentos ventilatórios, o que os expõem a um maior risco de morte ou a sequelas que podem se tornar permanentes (CUNHA et al., 2013).

A condição clínica do paciente internado na UTI, frequentemente está relacionada a instabilidade hemodinâmica, o que o torna extremamente susceptível as IRAS e em alguns casos a morte (OLIVEIRA et al., 2012b; OLIVEIRA et al., 2012c). É importante destacar a existência de métodos que podem ser utilizados para avaliar a severidade clínica dos pacientes e desta forma, orientar a conduta dos profissionais. Frequentemente são encontrados na literatura estudos que utilizam os métodos padronizados para a predição de mortalidade como o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) e o *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS II), a Escala de coma de Glasgow e o *Average Severity Index Score* (ASIS) como preditor de risco à ocorrência de IRAS (GACOUIN et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2012a; SILVA et al., 2012).

As IRAS ocorrem em maior proporção nos pacientes mais graves, os quais estão mais expostos a maior pressão seletiva no ambiente hospitalar, pois tendem a permanecer mais tempo hospitalizados e a receber cuidados mais frequentes dos profissionais da equipe (CRAVEN et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012c).

Sabe-se que a mortalidade nas UTI's geralmente é elevada, sendo registradas taxas que variam de 9% a 38%, dependendo do tipo de unidade de terapia intensiva, do perfil dos pacientes atendidos, principalmente relacionada a severidade clínica destes. E, quando se refere ao óbito em pacientes que desenvolveram IRAS essa pode chegar a 70% (OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010; SILVA et al., 2012). Dessa forma, conviver com o risco da morte é algo comum nas UTI's, as altas taxas de mortalidade estão intimamente relacionadas ao problema (OLIVEIRA, KOVNER, SILVA 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das representações sociais deste grupo de profissionais permitiu aproximar a compreensão sobre as IRAS e a realidade hospitalar em que estão inseridos, a partir da identificação de seus fatores associados. É importante salientar a forte influência do senso comum partilhado nas relações sociais em que este grupo estabeleceu ao longo da sua vida social, as quais estão claramente presentes nas justificativas elaboradas e analisadas anteriormente.

Os participantes reconheceram os signos considerados adequados ao problema em questão e definiram os elementos envolvidos diretamente às IRAS. Referiram que a falta de higiene no ambiente da UTI favorece, principalmente, a contaminação do paciente e a ocorrência da infecção. Tais percepções demonstram a crença e o compartilhamento das ideias biologicistas e higienistas difundidas no século passado e perpetuadas até os dias de hoje, as quais surgiram das práticas pautadas no modelo biomédico de atenção à saúde.

A higienização das mãos é referida como ferramenta essencial na prevenção e no controle das IRAS, os participantes denunciam a baixa adesão a realização desta e a falta de responsabilidade de alguns profissionais quanto as técnicas assépticas durante os procedimentos. O que nos remete a sugerir que mesmo conhecendo a importância da HM, possivelmente, não a praticam como deveriam.

Os significados conferidos pelos participantes deste estudo aos elementos morte e condição clínica do paciente, deflagram a desvalorização do profissional de saúde como corresponsável da evolução clínica da vida humana que está sob os seus cuidados. Sinaliza a contradição entre os discursos e a menor importância atribuída, pelos participantes, a relação da infecção e o cuidado dispensado pelo profissional de saúde. O que, possivelmente, está condicionado ao conhecimento

superficial exposto por alguns profissionais sobre a estreita e incondicional relação entre o evento e a responsabilidade da equipe.

As infecções decorrentes do processo de cuidado são compreendidas, pelo grupo, como consequência do erro técnico do outro profissional que assiste ao paciente e não dele mesmo, o que evidencia a inexistência da noção de culpa. Esta representação é considerada como principal, pois sustenta o saber partilhado, o qual, por sua vez, determina e guia as práticas individuais e coletivas deste grupo.

Desta forma, sugere-se a implementação de ações efetivas de educação permanente, que possibilitem subsídios para uma reflexão e transformação no saber falado e praticado pelos profissionais de saúde, a fim de proporcionar o aprofundamento do conhecimento científico sobre o objeto em questão e a acreditação por parte desses.

Destaca-se, também, a necessidade de se investigar como esses temas são trabalhados nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde, como os professores conduzem esses conteúdos no processo de ensino/aprendizagem e também como os acadêmicos atribuem significado a esses conhecimentos.

O presente estudo é pioneiro na investigação das IRAS na região oeste da Bahia, pois nenhuma publicação foi localizada em meio digital sobre o assunto nessa região.

Acredita-se que os resultados possam instigar os pesquisadores a desvelar a realidade de outros locais e a propor novos caminhos para a diminuição das taxas de IRAS, contribuindo assim coletivamente para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P.; de Oliveira, D. C. (Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2ª ed. Goiânia: AB. 2000.

ACIOLI A. C.F. N.; et al. Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. Pelotas/RS. V. 18, n. 6, 711-719, nov. 2013.

ALLEGIANZI, B.; et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. **The Lancet**. v. 377 p. 228 – 241. 2011

ALMEIDA, A.M.O. A pesquisa em representações sociais: fundamentos teóricos metodológicos. **Rev. Ser social**, v.1, n.1. p.129-58, jul/dez. 2001.

ALP, E.; et al. Economic burden of ventilator-associated pneumonia in a developing country. **Journal of Hospital Infection**. v 81, n. 3, p. 128 e 130, 2012.

ANVERSA, R. S. M.; UBESSI, L. D.; STUMM, E. M. F. Perfil de profissionais de terapia intensiva Neonatal relacionado com estresse. **Rev Baiana de Enfermagem**. v. 25, n. 3, p. 269-276, 2011.

ASSIS, D.B. et al. Análise dos dados do Sistema de Vigilância de Infecção Hospitalar do Estado de São Paulo – Ano 2009. **Bepa**, v.7, n.80, p. 10-30, 2010.

AYMAR, C. L.G.; et al. Pain assessment and management in the NICU: analysis of an educational intervention for health professionals. **J Pediatr (Rio J)**. v.90, n.3, p.308–315. 2014.

AYRAUD-THÉVENOT, S.; et al. Control of multi drug resistant *Acinetobacter baumannii* outbreaks in an intensive care unit: feasibility and economic impact of rapid unit closure. **J Hosp Infect**. V.82, n.4, p.290-2, 2012.

BADR, R. I.; BADR, H. I.; ALI, N. M. Mobile phones and nosocomial infections. **J Infect Control**. v. 8, n.2, 2012.

BARBOZA, J. V. S.; et al. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem, 61º, 2009**, Fortaleza – CE. Análise das Ocorrências de Infecção Hospitalar em unidades de terapia intensiva: Uma Revisão da Literatura Nacional. Fortaleza: Iracema Guardiã, p. 7772 – 7774. 2009

BARRETO, N. M. P. V.; et al. Precauções baseadas na forma de transmissão: um conhecimento construído nos cursos de graduação em enfermagem. In: **XVI**

Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar.
Journal of Infection Control. V.3, n.4, p. 146. 2014

BARROS, L. M.; et al. Prevalência de microrganismo e sensibilidade antimicrobiana de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva de hospital público no Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica**, v.33, n.3, p.429-435, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: edições 70, 2010.

BATISTA, O.M.A.; et al. Representações sociais de enfermeiras sobre a infecção hospitalar: implicações para o cuidar prevencionista. **Rev. Enferm. UERJ**. V.20, n.4, p. 500-6, 2012.

BEZERRA, E. L.; et al. Prevalência de pneumonia em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de um hospital-escola de Fortaleza – CE. **Rev Bras Promoç Saúde**. V.25, n.2, p.20-24. 2012.

BICUDO, D.; et al. Risk factors for catheter-related bloodstream infection: a prospective multicenter study in Brazilian intensive care units. **Braz J Infect Dis**, v.15, n.4, p.328-331. 2011.

BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm**. V.35, n. 3, p.124-129. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 2.616/MS/GM**, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de maio de 1998.

_____, _____. BAHIA. **Relatório anual dos indicadores de infecção.** NECIH. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. SESAB, 2010a.

_____. _____. **Segurança do paciente em serviços de saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2010b.

_____, _____. **Boletim Informativo:** Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde, Brasília, v. 1, n. 3, 2011.

_____, _____. **Assistência Segura:** Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2013a.

_____, _____. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2013b.

CÂMARA, P. F.; et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. **Rev Enferm UERJ**. V.19, n. 2, p.583-6, 2011.

CAMPELO, S. M. A. **Representações sociais do controle de infecção hospitalar**: a perspectiva do ensino da graduação em enfermagem. Teresina. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí – UFPI, 2009.

CAMPOS, P.H.F. As representações sociais de “meninos de rua”: proximidade do objeto e diferenças estruturais. In Moreira, A S. P. & Oliveira, D. C. (Orgs.) **Estudos Interdisciplinares em Representações Sociais**. Goiânia: AB Editora, p. 285-302. 1998.

_____; As representações sociais como forma de resistência ao conhecimento científico. In: de Oliveira DC, Campos PHF, organizadores. **Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República. 2005.

_____; Representações Sociais, risco e vulnerabilidade. **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, 13-34. 2012.

CÂNDIDO, R. B. R. Avaliação das infecções hospitalares em pacientes críticos em um Centro de Terapia Intensiva. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. v.10, n. 2, p. 148-163. 2012.

CARVALHO, R.H.; et al. Sepsis, sepsis grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. V.43, n.5, p.591-593. 2010.

CARVALHO, M. L.; et al. Assistência de enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. Interd**. v.6, n.4, p.60-67. 2013.

CATARINO, C. F.; et al. O perfil clínico-epidemiológico das infecções primárias de corrente sanguínea associada ao cateterismo venoso central em recém-nascidos. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal**, Fortaleza; 2012.

COHEN, B.; et al. Frequency of patient contact with health care personnel and visitors: implications for infection prevention. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. V.38, n.12, p.560-5. 2012.

COSTA, L. B.; et al. National prevalence survey in Brazil to evaluate the quality of microbiology laboratories: the importance of defining priorities to allocate limited resources. **Rev Panam Salud Publica**, v.33, n.1, p.73-8. 2013.

COSTA, M. A. F.; COSTA, M. F. B. Educação em biossegurança: contribuições pedagógicas para a formação profissional em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.1, p. 1741-1750. 2010.

CRAVEN, D.E.; et al. Ventilator-associated tracheobronchitis and pneumonia: thinking outside the box. **Clin. Infect. Dis**, v.51, n.1, p.59-66. 2010.

CUNHA, A.G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

_____, K.J.B. **Representações Sociais da infecção hospitalar neonatal elaboradas por enfermeiras**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2011.

_____, _____.; et al. Representações sociais de infecção neonatal elaboradas por enfermeiras. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.527-32. 2013.

DALBEN, M. F.; et al. Colonization pressure as a risk factor for colonization by multiresistant *Acinetobacter* spp and carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* in an intensive care unit. **CLINICS**, v.68, n.8, p.1128-1133. 2013.

DAL-BÓ, K.; SILVA, R. M.; SAKAE, T. M. Infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. V.24, n.4, p.381-385. 2012.

DERELI, N.; et al. Três anos de avaliação das taxas de infecção nosocomial em UTI. **Rev. Bras. Anesthesiol**. v.63, n.1, p. 79-84. 2013.

DETTORI, M.; et al. Outbreak of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in an intensive care unit. **New Microbiologica**. V.37, n.5, p.185-191. 2014.

DUGGAN, J. M.; et al. Inverse correlation between level of professional education and rate of handwashing compliance in a teaching hospital. **Infect control hosp epidemiol**. V.29, n.6, p.534-8. 2008.

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control. **Protocol for point prevalence surveys of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities**. v. 2014. Stockholm: ECDC; 2014.

FERNANDES, H. S.; et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Rev Bras Clin Med**. V.9, n.2, p.129-37. 2011.

FERRAZ, R. R. N.; et al. Não conformidades nas práticas de precaução / isolamento e ocorrência de infecções por *Acinetobacter baumannii* relacionadas à assistência à saúde (IRAS) como elemento de melhoria no processo de gestão. **RASM**. n.1, p. 19-29. 2014.

FERREIRA, A. M.; et al. Condições de limpeza de superfícies próximas ao paciente, em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.34, n. 8, p. 25-34, 2011.

FITZGERALD, G.; MOORE, G.; WILSON, A.P.R. Hand hygiene after touching a patient's surroundings: the opportunities most commonly missed. **Journal of Hospital Infection**. V.84: 27 e 31. 2013.

FONTANA, R. T. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. **Rev. bras. enferm.** V.59, n.5, p. 703-706. 2006.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paul Enferm.** V.20, n.4, p.489-94. 2007.

FREIRE, I. L. S.; et al. Epidemiologia das infecções relacionadas à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V.11, n.35. p. 45-49, 2013.

GACOUIN, A.; et al. Ventilator-Associated Pneumonia in Nontrauma Intensive Care Unit Patients. **Anest. Analg.** V.109, n.5, p.1584-90. 2009.

GALLOTTI, R. M. D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário**: um olhar para a qualidade da atenção. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

GEORGETO, A. A. F. S.; et al. Incidence and risk factors for sepsis in surgical patients: a cohort study. **Critical Care**, v.15, n.2, p.17. 2011.

GIAROLA, L.B.; et al. Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Cogitare Enferm.** V.17, n.1, p.151-7. 2012.

GIOVANINI, T. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GIOVANINI T.;et al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter,. P. 3-60. 2002

GONÇALVES, F. A. F.; et al. Ações de enfermagem na profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Acta Paul Enferm.** V. 25, n. 5, p.101-7. 2012.

GUEDES, M. C. A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a idéia da universidade como espaço masculino. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.15, n.1, p.117-132. 2008.

HARDY, K. J.; et al. A study of the relationship between environmental contamination with Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) and patients' acquisition of MRSA. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol.** V.27, n.2, p.127-32. 2006.

HARINGER, D. M. C. Pneumonia associada à ventilação mecânica. **Pulmão**. V.2, n. 1, p.37-45. 2009.

HENRIQUE, D. M.; et al. Fatores de risco e recomendações atuais para prevenção de infecção associada a cateteres venosos centrais: uma revisão de literatura. **Rev Epidemiol Control Infect.** V.3, n.4, p.134-138. 2013.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.) **As representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, P. 17-44. 2001.

KANAI-PAK, M.; et al. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. **J Clin Nurs.** V.17, n.24, p.3324-9. 2008.

KLEINPELL, R. M.; et al. 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.

KOLLEF, M. H.; et al. Global Prospective Epidemiologic and Surveillance Study of Ventilator-Associated Pneumonia due to *Pseudomonas aeruginosa*. **Critical Care Medicine**, V.42, n.10 - p 2178–2187. 2014.

KOTSANAS, D. "Down the drain": carbapenem-resistant bacteria in intensive care unit patients and handwashing sinks. **Med J Aust**, v.198, n.5, p.267-9. 2013.

LEAL, S.V.B. Infecção hospitalar em Neonatologia: um estudo em uma UTI Neonatal do interior da Bahia. **Repositório Institucional da UFBA**. V.1, n.1, p. 1-62. 2010.

LEE, B. Y.; et al. Economic impact of *Acinetobacter baumannii* infection in the intensive care unit. **Infect Control Hosp Epidemiol.** V.2, n.1, p. 12-14, 2012.

LEITE, V. C. A. U. **Infecções no meio ambiente hospitalar** : representações sociais de profissionais com atuação em unidade de terapia intensiva. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás: Goiânia, 2009.

LIMA, M. R. S.; et al. Intervenção em surto de *Klebsiella pneumoniae* produtora de betalactamase de espectro expandido (ESBL) em unidade de terapia intensiva neonatal em Teresina, PI, 2010-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde.** V.23, n.1, p. 32-34, 2014.

LIN, D. M.; et al. Maintaining and sustaining the On the CUSP: stop BSI model in Hawaii. **Jt Comm J Qual Patient Saf.** V.39, n.2, p.51-60, 2013.

MACHADO, R.M.; CARVALHO, D. V.; OLIVEIRA, A. C. Aspectos epidemiológicos das infecções hospitalares no centro de terapia Intensiva de um hospital universitário. **R. Enferm. Cent. O.** v.1, n.1, p. 9-16. 2011.

MARRA, A. R.; et al. Nosocomial Bloodstream Infections in Brazilian Pediatric Patients: Microbiology, Epidemiology, and Clinical Features. **Br SCOPE.** V.8, n.1, p. 23-24, 2013.

MARTINS, C.; et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de Competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 472-8. 2006.

MASSAROLI, A.; MARTINI, J. G.; MASSAROLI, R. Educação Permanente para o aperfeiçoamento do Controle de Infecção Hospitalar: revisão integrativa. **Sau. e Transf. Soc.** Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 07-15. 2014.

MELO, D.S.; et al. A compreensão dos enfermeiros de precauções padrão em um hospital público de Goiânia – GO, Brasil. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**. Ribeirão Preto: v. 14, n. 5, p. 45-46, 2006.

MICHELS, M. A.; et al. Auditoria em unidade de terapia intensiva: vigilância de procedimentos invasivos. **Rev Epidemiol Control Infect**. V.3, n.1, p.12-16. 2013.

MONCAIO, A. C. S. **Higiene das mãos dos profissionais de saúde**: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da autoeficiência de Albert Bandura. Tese (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto: USP, 152p. 2010.

MOREIRA, A. S. P.(org) **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB. Ed. Universitária, 2005.

MOSCOVICI, S. A relatividade tem 100 anos. In: Moreira ASP, Camargo BV. **Contribuições para a teoria e o método de estudos das Representações Sociais**. João Pessoa (PB): Ed. Universitária, 2007.

_____; **Representações Sociais**: investigações em psicologia social; Pedrinho A. Guareshi trad. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOURA, M.E.B.; et al. Representações sociais das infecções hospitalares elaboradas pelos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.61, n.4, p.418-22. 2008a.

_____; et al. Infecção hospitalar no olhar de enfermeiros portugueses: representações sociais. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.17, n.4, p.743-9. 2008b.

NANGINO, G.O.; et al. Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. **Rev Bras de Ter. Inten**, V.24, n.4, p. 357-361. 2012.

NEPOMUCENO, R. M. ; et al. Fatores de Risco Modificáveis para Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Terapia Intensiva. **Rev Epidemiol Control Infect**. V.4, n.1, p. 23-27. 2014.

NEVES JUNIOR, MA; et al. Infecções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão da literatura. **J. Vasc. Bras**. V. 9, n. 1, p. 11-13, 2010.

NOGUEIRA JUNIOR, C.; et al . Caracterização dos sistemas de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) no mundo e desafios para o Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 56-58, 2014.

OLIVEIRA, D.C. **A Enfermagem e as Necessidades Humanas Básicas: o saber/faz a partir das representações sociais**. Tese de Professor Titular. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2001.

OLIVEIRA,; et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia (Orgs). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária. P.573-603. 2005,

OLIVEIRA, A.C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.2, p. 56-59, 2010.

_____; et al.; Epidemiologic characteristics of resistant microorganisms present in reserves from an intensive care unit. **Am J Infect Control**. V.1, n.3, p. 67-73, 2012a.

_____; Colonização por microrganismo resistente e infecção relacionada ao cuidar em saúde. **Acta Paul Enferm**. V.25, n.2, p.183-9. 2012b.

_____; Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. v.33, n.3, p.89, 2012c.

OLIVEIRA, C.O.P. et al. Caracterização das infecções relacionadas à Assistência à saúde em uma unidade de terapia Intensiva neonatal. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n.1, p.90-4, 2013.

OLIVEIRA, T.F.L. et al. Fatores associados à pneumonia nosocomial em indivíduos hospitalizados. **Rev Assoc Med Bras** v.57, n.6, p. 630-636. 2011.

PADILHA, K.G.; MANCIA, J. R. Iatrogenia em unidade de terapia intensiva: uma abordagem teórica intensiva. **Rev. Paul Enferm**, v.11, n.2, p. 69-72, 1992.

PANUNTO, M. R.; et al. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.21, n.3, p. 98-102, 2013.

PÉREZ-GRANDA, M. J.; et al. Impact of four sequential measures on the prevention of ventilator-associated pneumonia in cardiac surgery patients. **Critical Care**, v18, n.1, 48-52, 2014.

PINA, E.; et al. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Rev Port Saúde Pública**. V. 2, n.10, p. 27-39. 2010.

PORTO, J. P.; et al. Active surveillance to determine the impact of methicillin resistance on mortality in patients with bacteremia and influences of the use of antibiotics on the development of MRSA infection. **Rev Soc Bras Med Trop**. V.46, n.6, p.713-718. 2013.

ROMANELLI, R. M. C. et al. Infecções relacionadas à assistência a saúde baseada em critérios internacionais. **Rev. Bras. Epidemiol**. V.78, n.16, p.77-86. 2013.

SA, C.P. de. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes. 1996.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes. 2002.

SANHUDO, N. F.; MOREIRA, M. C.; CARVALHO, V. Tendências da produção do conhecimento de enfermagem no controle de infecção em oncologia. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.32, n.2, p.402-10. 2011.

SANTOS, A.M.R.; et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. V.61, n.4, p.441-6. 2008.

SANTOS, T. C. R.; et al. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. V.35, n.1, p.70-77, 2014.

SEXTON, T.; et al. Reservoirs of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in isolation rooms: correlation with patient isolates and implications for hospital hygiene. **J. Hosp. Infect**, v.62, n.2, p.187-94. 2006.

SILVA, L.T.R.; et al. Avaliação das medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.6, p. 114-118, 2011.

SILVA, L. D.; et al. Higiene oral ao paciente crítico: revisão de literatura. **Rev Nursing**. V.15, n.170, p.384-388. 2012.

SOUSA, C. M. M.; et al. Representações Sociais das implicações legais da infecção hospitalar e de seu controle. **Rev Bras Enferm**. V.60, n.4, p.428-33. 2007.

_____. Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar. **Rev Bras Enferm**. Brasília. V.61, n.4, p.411-7. 2008.

SOUSA, A. F. L. et al. O ensino da biossegurança em saúde por docentes da graduação em enfermagem. **R. Interd**. v. 7, n. 1, p. 85-92, 2014a.

SOUSA, P.; et al. **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014b.

SOUZA P. R. **Análise microbiológica e genético molecular da biota orotraqueal do paciente crítico**: subsídios na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.

SOUZA, A. C. S.; et al. Contribuição do projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem na formação para prevenção e controle de infecção. In: **XVI Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar**. Journal of Infection Control. V.3, n.4, p. 115. 2014.

TOUFEN JUNIOR, C.; et al. Infection as an independent risk factor for mortality in the surgical intensive care unit. **CLINICS**, v.68, v.8, p.1103-1108. 2013.

TRAESEL, C. A.; et al. Educação em Saúde: fortalecendo a autonomização do usuário. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MM, Panissi M. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; p.111-42. 2004.

TURRINI, R.N.T. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.34, n.2, p. 174-84, 2000.

VALLA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento do cotidiano. In: VALLA, J.; MONTEIRO, M. (eds.) **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, P. 457-502. 2002.

VALLE, A.R.M.C.; et al. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm**, v.12, n.2, p. 304-9. 2008.

_____. A biossegurança sob o olhar de enfermeiros. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.361-7. 2012.

VALINTELIENE, R.; GAILIENE, G.; BERZANSKYTE, A. Prevalence of healthcare-associated infections in Lithuania. **Journal of Hospital Infection**. V. 80, n.25, p. 2012.

VENTURA , S. S. C.; PAULETTI, J. Pneumonia associada à ventilação (PAVM) em UTI pediátrica: uma revisão integrativa. **Rev Bras Cien Med Saúde**. V.1, n.1, p.35-43. 2011.

VERGÉS, P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli, C. (Ed.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne, Délachaux et Niestlé. pp. 233-253. 1994.

VIANNA, M. S.; et al. Ações educativas para prevenção de infecções hospitalares em uma unidade neonatal. **Rev. Min. Enferm**. V.16, n.1, p.69-74, 2012.

VIDAL, F. D. L.; et al. Prática de cuidar/cuidado aos portadores de transtornos mentais: concepção dos enfermeiros. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 99-106. 2012.

VINCENT, J. L. Nosocomial infections in adult intensive-care units. **Lancet**, v.361, p.2068-2077. 2003.

XIE, D.S.; LAI, R.; NIE, S. Ponto de prevalência de infecção associado aos cuidados de saúde em 13 hospitais na província de Hubei, na China, 2007 – 2008. **J. Hosp. Infect.** V.76, p.150-5. 2011.

ZILBERBERG, M.D.; SHORR, A. F. Preventing *clostridium difficile* infection in the intensive care unit. **Crit Care Clin**, v.29, n.1, p.11-8. 2013.

WEEKS, K. R., et al. Prevention of central line associated bloodstream infections: A journey toward eliminating preventable harm. **Curr Infect Dis Rep**.v.13, n.4, p.343–9. 2011.

WHITBY, M.; et a; Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. **J Hosp Infect.** V.65, n.1, p.1-8, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevention of hospital-acquired infections**. Geneva, World Health Organization, 2002.

_____. **Practical Guidelines for Infection Control in Healthcare Facilities**. WHO, Geneva, World Health Organization, 2004.

_____. World Alliance for Patient Safety. **The Global Patient Safety Challenge 2005-2006** “Clean Care is Safer Care”. Geneva, World Health Organization, 2005.

_____. _____. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary**. Geneva, World Health Organization, 2009.

APENDICE A - Instrumento



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



QUESTIONÁRIO

Idade (anos completos): _____
 Gênero: () Feminino () Masculino
 Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo
 Cidade e estado de origem: _____
 Categoria profissional: () Assistente Social () Enfermeiro () Fisioterapeuta () Médico
 () Nutricionista () Psicólogo () Outra (Qual?): _____
 Tempo de formação: _____
 Tempo de especialização: _____
 Tempo de atuação na UTI: _____

Procure responder aos itens, considerando que você é profissional que atua cotidianamente em UTI:

A. Quando você escuta a expressão “Infecção Hospitalar” (IH), quais as primeiras palavras ou expressões que vêm espontaneamente à sua cabeça? (mínimo de três)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. Em sua opinião, quais são os principais fatores de risco para IH que podem ser encontrados em UTI?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

C. Considerando suas duas primeiras respostas do item anterior, explique por que você considera como um importante fator de risco:

APENDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Representações Sociais das Infecções Hospitalares por Profissionais de Saúde que Trabalham em Unidades de Terapia Intensiva de Barreiras – BA”

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GO com o Parecer nº 489.029

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você poderá ler este documento e receberá orientações sobre a realização do mesmo, para a compreensão de todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora secundária deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O(a) Sr (a) é convidado a participar do projeto cujo título é “Representações Sociais Das Infecções Hospitalares Por Profissionais De Saúde Que Trabalham Em Unidades De Terapia Intensiva De Barreiras – BA” que tem como objetivo geral: compreender a representação social das infecções hospitalares por profissionais de nível superior que trabalham nas UTI's de Barreiras – BA, como objetivos específicos: identificar as representações sociais das infecções hospitalares e conhecer a percepção de risco para infecção hospitalar dos profissionais de nível superior que trabalham nas UTI's de Barreiras - BA;

Sua participação é voluntária, não remunerada e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, para tanto, necessitamos que responda ao questionário em anexo. A coleta dos dados será realizada com a utilização de papel e caneta, e posteriormente as informações serão analisadas. Tais dados serão arquivados por cinco anos e após este período serão incinerados.

Este estudo apresenta o risco de abalo emocional para você, que ao retomar algumas lembranças pode apresentar-se emocionalmente fragilizado(a). Não haverá riscos ou prejuízos a sua integridade física e moral. O risco é de abalo emocional, uma vez que o objetivo norteador desta pesquisa é compreender a representação social das infecções hospitalares. A pesquisadora irá interromper a sessão de entrevista imediatamente caso você se manifeste emocionalmente abalado. Nesta situação, serão encaminhados ao serviço de atendimento psicológico da Faculdade São Francisco de Barreiras - FASB, localizado à Avenida Cleriston Andrade s/nº, centro Barreiras - Bahia. Telefone: 77.3613.8800 E-mail: coordpsi@fasb.edu.br.

Em caso de constrangimento dos sujeitos investigados a entrevista será suspensa em caráter definitivo. Caso você considere que esta entrevista lhe gere algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo. Todas as despesas financeiras relativas a realização da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora, não implicando em qualquer custo aos participantes.



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



Sua participação é voluntária e caso queira se retirar em qualquer etapa da pesquisa não haverá nenhum dano ou prejuízo. Conforme previsto pela resolução 466/2012 que regulamenta sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto por conta do mesmo este será ressarcido pela pesquisadora responsável.

A Sr. (a) terá acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador desta pesquisa é Éricka Samanta Dorfey.

Se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida, ou necessidade de falar com os pesquisadores sobre a Ética da Pesquisa, ou quaisquer outras questões entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), pelo telefone (62) 3946 1070, ou com os pesquisadores. Estas ligações para a pesquisadora poderão ser feitas a cobrar, da seguinte maneira: Ligação local - 9090-3613.8800. Ligação interurbana - 90+ 21+ 77+8150.5885. Celular local: 9090 – 8150.5885. Os seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Para deixá-lo mais tranquilo o seu nome será trocado por pseudônimos e não será revelado em hipótese alguma, a fim de resguardar o anonimato.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

DECLARO TER SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES QUE LI OU QUE FORAM LIDAS PARA MIM. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM PARTICIPAR DESTA ESTUDO E PODEREI RETIRAR O MEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO SEM QUALQUER DANO OU PREJUÍZO.

Eu, _____, RG: _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Nome completo: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Éricka Samanta Dorfey
Pesquisadora Responsável

APENDICE C – Dicionário de evocações

| EVOCAÇÕES | PALAVRAS OU EXPRESSÕES |
|-----------------------|---|
| alerta | Alerta -6, atenção-9 |
| antisepsia | antisepsia-20 |
| asepsia | Assepsia -4-11 |
| condições-paciente | Condições clínicas do paciente-32, Imunosupressão -5, Febre-18-26-27-34-36, Insuficiência respiratória-27, imunidade vulnerável -38-44, Choque circulatório-27, Paciente susceptível à infecção -11, Pneumonia-27-37, Prognóstico ruim -39, piora -36-38, Úlcera por pressão-17, Ventilação mecânica-21-22-37 |
| consciência | Consciência -14 |
| contaminação | Contaminação -44-45, Contaminação de acesso venoso central-20, Disseminação -35, Manipulação adequada de equipamentos -12, não contaminar materiais -14, material contaminado -7, Proliferação -10 |
| cultura | Cultura-32 |
| custo | Custo-30, desuso de técnica simples e barata-29 |
| desinformação | Desinformação-25 |
| educação-contínua | Educação continua -8, Orientação -6 |
| esterilização | Esterilização -7 |
| estigma | Estigma-25 |
| falta-asepsia | Falta de asepsia -5, |
| falta-cuidado | falta de cuidados -2-33, descuido-23, falta de cuidado dos profissionais-29, atuação -17, Cuidado -6, cuidado no manejo dos pacientes-24, cuidado ao encostar no leito do paciente -14 |
| gravidade | Gravidade -51 |
| higienização-ambiente | Higienização do ambiente -12, desinfecção terminal -51, Limpeza-6-16-28, higiene -11-28, Lixo -7 |
| higiene-mãos | Higiene adequada das mãos -2, lavagem das mãos -3-5-7-8-9-13-20-21-22-25-28-39-42-46-47-48, lavagem simples das mãos -12-34, higienizar as mãos -14, lavagem incorreta das mãos-18-19, mãos-22, higienização simples das mãos-29, |
| infecção | Sepse -2-3-4-5-15-26-32-41-43-50, infecção cruzada-19-21-23-31-39, foco infeccioso-24-32-49, Infectologista -3, IRAS (Infecção relacionada à assistência a saúde)-37, Doença -38, |
| isolamento | Isolamento -49-51 |
| medicamento | Antibiótico-1-3-4-16-24-26-27-40-43-45-48-50, antibioticoterapia -5-28, antimicrobiano -46 |
| microrganismo | Microrganismo -42-49, Bactérias -1-3-7-15-22-26-31-33-34-41-44-45-47-48, fungos -1-31, vírus -1-,bactérias |

| | |
|-------------------|---|
| | multirresistentes-8-37-50, microrganismos multirresistentes -38-43 |
| Morte | Morte -2-16-17-26-40-41-45, óbito -10-36-38, mortalidade-28-30-35 |
| prevenção | Prevenção -42-47, profilaxia -49, Precaução -35 |
| problema | Problema -40, Complicação -13-17, Iatrogenia-19, |
| protocolos | Protocolos -46 |
| resistência | Resistência -10, resistência bacteriana -12-37 |
| responsabilidade | Responsabilidade da equipe multiprofissional -11 |
| risco | Risco -1-, risco iminente -10, risco de contaminação -15, risco de disseminação -18 |
| secreção | Secreção-22 |
| sofrimento | Sufrimento-17 |
| técnica-empregada | Técnica empregada ao tratamento -11, técnicas incorretas-19, passagem inadequada de sonda vesical de demora -20, realização correta de procedimento asséptico -12 |
| tempo-internação | Tempo de internação – 2, tempo de internamento -13-33 |

ANEXO A – Parecer de aprovação



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE BARREIRAS - BA

Pesquisador: ÉRICKA SAMANTA DORFEY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18496313.8.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 489.029

Data da Relatoria: 11/12/2013

Apresentação do Projeto:

Pesquisa prevê participação de profissionais de nível superior que atuam na UTI de instituição localizada no município da Barreiras.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Compreender a representação social das infecções hospitalares por profissionais de nível superior que trabalham nas UTI's de Barreiras - BA.

Objetivos Secundários:

Identificar as representações sociais das infecções hospitalares por profissionais de nível superior que trabalham nas UTI's de Barreiras - BA;

Conhecer a percepção de risco para infecção hospitalar dos profissionais de nível superior com atuação diária na única UTI de Barreiras - BA;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atendido

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo pertinente, bem redigido, de interesse para profissionais e gestores na área da saúde.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 489.029

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente atendido

Recomendações:

Inexistem após as correções solicitadas em Parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ajustes realizados no Projeto atendem ao solicitado em Parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

GOIANIA, 11 de Dezembro de 2013

Assinador por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br