



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

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

**INFECÇÕES NO MEIO AMBIENTE HOSPITALAR:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS COM
ATUAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - GOIÂNIA GO**

VANUSA CLAUDETE ANASTÁCIO USIER LEITE

GOIÂNIA
2008



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

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

**INFECÇÕES NO MEIO AMBIENTE HOSPITALAR:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS COM
ATUAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – GOIÂNIA GO**

VANUSA CLAUDETE ANASTÁCIO USIER LEITE

Orientador: Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho
Co-orientador: Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

GOIÂNIA
2008

L533i Leite, Vanusa Claudete Anastácio Usier.

Infecções no meio ambiente hospitalar : representações sociais de profissionais com atuação em unidade de terapia intensiva – Goiânia GO / Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite. – 2009.

93 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás, 2009.

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

“Co-orientador: Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos”.

1. Infecção hospitalar – UTI – fatores de risco. 2. Infecção hospitalar – enfermeiro – médico – representação social. I. Título.

CDU: 616-022.36(043.3)

614.4

614.48

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, Adilson Usier Leite, com muito amor, admiração, respeito e gratidão pelo carinho, amizade e apoio incondicional ao longo da trajetória da minha vida profissional. Esta conquista só foi possível porque pude contar com você. És meu grande exemplo de vida.

Obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida.

À minha mãe (Vita Valista) e à minha vó (Maria do Carmo), as quais não estão mais aqui, porém foram responsáveis pela minha educação. Saudades.

A meus irmãos (Cida, Ana, Valdir e Valentim) pela “torcida” e toda minha família.

À família Usier Leite, em especial a minha sogra Alva e meu sogro Atháide, pelo carinho.

Ao Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho, meu orientador, pela confiança, possibilitando meu crescimento. Obrigada pela confiança, sabedoria e incansável paciência durante essa jornada que caminhamos juntos.

Ao Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos, meu co-orientador, pela atenção e sugestões que enriqueceram este trabalho.

Aos professores da banca: Dra Adenícia Custódia Silva e Souza, Dra Ana Clara Ferreira Veiga Tipple, Dr Luc Marcel Adhemar Vandenberghe, pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

À Prof^a. Doutoranda Maria Eliane Liégio Matão, pelas orientações as quais enriqueceram o conteúdo deste trabalho. Obrigada.

Ao meu esposo Adilson Usier Leite, por seu amor, companheirismo e compreensão nos momentos de minha ausência.

À minha secretária, Rosemeire sempre com um sorriso amigo, pronta para ajudar.

A Carlos, Louise, Yvys por sua contribuição. Vocês foram fundamentais.

Aos amigos do SAS-SESMT e do SIATE pelo incentivo.

Aos professores e colegas do mestrado, pelo carinho.

Às instituições que abriram suas portas e me receberam.

Aos amigos, pelo apoio e constante torcida.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

As infecções hospitalares são problemas encontrados em todo o mundo, sendo responsáveis pelo aumento da morbidade e mortalidade. Este estudo tem por objetivo: conhecer a representação social (RS) de infecção hospitalar, para enfermeiros e médicos que trabalham em UTI, buscando identificar os aspectos provavelmente relacionados à adoção ou não de condutas preventivas contra a infecção hospitalar. Trata-se de um estudo transversal realizado em hospitais da cidade de Goiânia no ano de 2007 a 2008. Participaram do estudo 100 (cem) enfermeiros e médicos que trabalham em UTI. O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, foi elaborado um instrumento com três perguntas com abordagens diferentes ao tema: a primeira com questão de evocação ao tema Infecção Hospitalar (IH), especificamente. A segunda para identificar os cinco principais fatores de risco relacionados com infecção hospitalar encontrados em UTI. Com base nas respostas emitidas pelos sujeitos referentes à segunda questão, foi solicitado, na terceira questão, que os sujeitos explicassem por que consideravam as duas primeiras respostas, da questão de número dois, como um importante fator de risco para IH. As respostas ao primeiro questionamento foram processadas no software EVOC, após a construção do banco de dados, cuja preparação foi precedida da organização do dicionário contendo palavras produzidas pelo sujeito. As respostas a segunda e a terceira questão foram categorizadas conforme grupos de semelhança de seu significado de frequência. Após essa etapa, com intuito de verificação da centralidade de elementos identificados na primeira fase do estudo, um segundo instrumento foi construído a partir das falas dos sujeitos acerca dos principais fatores de risco para IH em UTI. Esse instrumento constou de duas questões: a primeira na forma de Escala de likert, a segunda foi feita com nove itens e três alternativas. Ao término dessa etapa foi construída uma tabela contendo as frequências das variáveis, após a criação de um banco de dados utilizando o programa de software Excel, onde os dados foram transferidos para o programa do software SPSS Versão 16, para a primeira questão e criação de “gráfico de linha”, para a questão de caracterização. **Resultados:** na questão de evocação aparecem as palavras lavagem das mãos (46%), gravidade / imunossupressão (43%), bactérias multiresistentes (29%) e procedimentos invasivos (18%), as quais são centrais na representação. A maioria dos profissionais que participaram do estudo apontou a lavagem das mãos (42%), imunodepressão / gravidade do caso (41%) e a existência de microrganismos multiresistentes (39%) como os principais fatores relacionados ao fator de risco para IH. **Conclusão:** Nesse contexto, o estudo estrutural das RS de IH nos permite formular a hipótese que, apesar dos sujeitos adotarem a crença da higienização das mãos como fator determinante de prevenção, os sujeitos elaboram um raciocínio do tipo avaliativo que apontam alguns fatores de risco que não se anulam completamente pela lavagem das mãos.

Palavras-Chaves: Infecção Hospitalar; Representação Social; Fatores de Risco; Enfermeiro; Médico.

ABSTRACT

Nosocomial infection is a problem found all over the world, being responsible for the increase of morbidity and mortality worldwide. The objective of this study is: to know the social representation (SR) of the nosocomial infection (NI) for nurses and physician who work in the intensive care unit (ICU), aiming to discover the aspects that are probably related to the adoption or not of preventive conducts against nosocomial infection. This is a transversal study carried out in hospitals of Goiania city in the years of 2007 and 2008. A hundred nurses and physicians that worked in ICU participated in the study. It was executed in two stages. In the first one, an instrument with three questions that had different approaches to the theme was elaborated: the first question evokes specifically the theme of nosocomial infection; the second is to identify the five main risk factors related to nosocomial infection found in ICU; based on the answers emitted by the concerning subjects of the second question, it was solicited in the third question that the subjects explained why they considered the two first answers, of question number two, as an important risk factor for NI. The answers to the first questioning were processed in the EVOC software, after the construction of a data base, preparation of which was preceded by the organization of the dictionary containing words brought forward by the subjects. The answers to the second and the third questions were categorized according to groups in which the significance of frequency resembled. After this stage, with the intent of verifying the centrality of the elements identified in the first stage of the study, a second instrument was built from the subjects' speech regarding the main risks of NI in ICU. This instrument consists of two questions: the first is in the form of the Likert School; and the second made with nine items and three alternatives. A table was built at the end of this stage containing the frequency of the variables. After the creation of a data bank using the Excel software, for the first question the data were transferred to the SPSS Version 16 software and for the second question a "graphic of lines" was created. **Results:** the words hand washing (46%), gravity / immunosuppression (43%), multiresistente bacteria (29%) and invasive procedures (18%) appeared in the evoking question, which are central in the representation. The majority of the professionals that participated in the study pointed out the hand washing (42%), immunodepression / gravity of the case (41%) and the existence of a multiresistente microorganism (39%) as the main risk factors for NI. **Conclusion:** In this context, the structural study of the social representation of nosocomial infection allows us to formulate a hypothesis where the subjects elaborated a evaluative type of thinking that show some risk factors that don't annul themselves completely by washing the hands, in spite of the fact that the subjects adopted the belief in which the hygienic cleaning of the hands is a determining factor of prevention.

Key Words: Nosocomial infection; Social Representation; Risk Factors; Nurse; Physician

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xi
1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Conceito e Aspectos Históricos das Infecções Hospitalares	12
1.2. Epidemiologia das infecções hospitalares.....	17
1.3. As infecções hospitalares no Brasil.....	22
1.4. Teoria das representações sociais.....	26
1.4.1. Relação entre representação social e práticas sociais.....	30
1.5. Adesão às medidas de controle de infecção: dificuldades e desafios.....	34
2. OBJETIVO.....	38
2.1. Objetivo Geral	38
2.2. Objetivos Específicos	38
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
3.1. Instrumento	46
3.2. Sujeitos.....	48

4. RESULTADOS	50
4.1. I Etapa	50
4.2. II Etapa	58
5. DISCUSSÃO	72
6. CONCLUSÃO	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	94

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1.** Árvore máxima da representação social da IH elaborada por Enfermeiros e Médicos que atuam em unidades de terapia intensiva em Goiânia, 2007 66
- FIGURA 2.** Distribuição das opiniões de enfermeiros e médicos que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o risco de adquirir IH, encontrando-se hospitalizado em UTI, com imunodepressão. Goiânia, 2008 68
- FIGURA 3.** Distribuição das opiniões de enfermeiros e médicos que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o risco de adquirir IH encontrando-se hospitalizado por tempo prolongado. Goiânia, 2008 69
- FIGURA 4.** Distribuição das opiniões de enfermeiros e médicos que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o risco de adquirir IH, encontrando-se o paciente internado em UTI, e os membros da equipe não higienizarem corretamente as mãos. Goiânia, 2008 70
- FIGURA 5.** Distribuição das opiniões de enfermeiros e médicos que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o risco de adquirir IH, encontrando-se o paciente internado em UTI, e os membros da equipe não fazem assepsia correta. Goiânia, 2008 71

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Fatores de risco para IH referidos por Enfermeiros e Médicos que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (N=100). Goiânia, 2º semestre de 2007	52
TABELA 2. Opinião dos enfermeiros e médicos que atuam em Unidade de Terapia Intensiva de Hospitais de Goiânia sobre fatores relacionados com infecção hospitalar. Goiânia, 2008	61

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Esquema do quadro de quatro casas para análise de evocações livres.....	41
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA – American Hospital Association

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

IH – Infecção Hospitalar

MCAS – Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

NNISS – National Nosocomial Infections Surveillance And System

RS – Representação Social

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

TNC – Teoria do Núcleo Central

UCG – Universidade Católica de Goiás

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

1.1. Conceito e Aspectos Históricos das Infecções Hospitalares

Entendendo a Infecção Hospitalar (IH) como aquela que ocorre no meio ambiente hospitalar, a mesma pode ter seu início no período medieval, época em que foram criadas instituições para alojar todo tipo de pessoa que tivesse alguma enfermidade, peregrinos, mendigos que se constituía um local de separação e exclusão (Foucault, 1998). O confinamento dessas pessoas, em um único ambiente, criou condições próprias para que houvesse a transmissão de microrganismo.

A transmissão de microrganismos, nesses ambientes, reproduzia a mesma forma de transmissão ocorrida na comunidade, ou seja, pelas vias aéreas, água e alimentos. Portanto as doenças encontradas no ambiente hospitalar eram as mesmas que assolavam a Idade Média como a cólera e a peste. A preocupação com as infecções e a adoção de medidas para prevenir a sua ocorrência não são um fato recente, mas remontam a Hipócrates (460-370 a.C), o qual já diferenciava a cicatrização primária da secundária e recomendava a limpeza das mãos e da unhas antes da cirurgia e também o uso de água fervida e do vinho no cuidado das feridas (Ferraz, 1982; Doyle, 1986).

Na primeira metade do século XIX, quando se torna conhecida às práticas estabelecidas por Semmelweis, o qual preconizava a lavagem das mãos com água clorada para todo examinador antes da realização do parto, um gesto simples que contribuiu para reduzir a mortalidade materna por febre puerperal, tornou-se um marco na história do controle das IH. Em apenas 7 meses, após a

adoção desta medida, a taxa de mortalidade materna diminuiu de 12,2% para 3% (Fernandes, 2000; Martins, 2001). Outros procedimentos de igual importância, também foram estabelecidos por uma enfermeira inglesa, Florence Nightingale (1820-1910), ocorridos no início da segunda metade do século XIX. O seu trabalho apresentava uma abordagem epidemiológica das doenças infecciosas e das IH cujos fundamentos repercutem até hoje. O seu trabalho destaca-se no cenário dos hospitais por ter proposto a padronização dos procedimentos de Enfermagem dando ênfase à humanização da assistência, à higienização e à limpeza do ambiente hospitalar. A individualização dos cuidados, a dieta controlada, a redução do número de leitos por enfermaria, a redução do número de pessoas circulando pelas enfermarias e a separação dos doentes de acordo com o tipo de doença evitavam, mesmo no espaço fechado do hospital, que as infecções se transmitissem do meio para o indivíduo e de um indivíduo a outro. Adoção de tais medidas contribuiu para a redução das IH entre os soldados ingleses feridos durante a guerra da Criméia (Carvalho *et al.*, 1988; Gill & Gill, 2005).

James Young Simpson (1860) observou que a maior taxa de letalidade pós-amputação foi identificada em pacientes internados e por isto introduziu o termo hospitalismo, referindo-se aos riscos relacionados com assistência hospitalar. Ainda no mesmo século entre 1876 e 1882, Joseph Lister publicou trabalhos sobre anti-sepsia e assepsia, quando introduziu o conceito de cirurgia asséptica; como resultado observou-se a redução da incidência de I.H (Martins, 2001).

Foi criada, em 1950, a primeira comissão de controle de infecção hospitalar na Inglaterra e, em 1958, a American Hospital Association (AHA). Na década de

1960, são relatados os primeiros casos de *Pseudomonas* spp. e enterobactérias resistentes aos antibióticos de largo espectro em consequência do uso indiscriminado de antimicrobianos (Martins *et al.*, 1997).

Ainda na década de 1960, nos Estados Unidos da América, o problema das infecções hospitalares estendeu-se além da área hospitalar. Pela primeira vez, um hospital foi obrigado a pagar indenização a um cliente pelos danos sofridos em consequências de uma infecção adquirida no ambiente hospitalar. Nesse período foram criados os Committees of Infections, já anteriormente recomendados pela AHA, e intensificam-se os estudos americanos sobre as IH na tentativa de testarem métodos mais efetivos de vigilância nos hospitais e, baseado nesses estudos, os Centers for Disease Control and prevention (CDC) recomendam a prática da vigilância epidemiológica das IH de forma rotineira e sistemática em todos os hospitais, a fim de obter evidências epidemiológicas para as medidas de controle. Os CDC (1969) propõem a criação de um estudo multicêntrico, denominado de National Nosocomial Infections Surveillance and System (NNISS), para avaliar a magnitude do problema nos Estados Unidos, por meio da análise dos dados obtidos dos hospitais que fariam parte desse estudo. Na década seguinte, dá-se a implantação do NNISS, a realização 1ª Conferência Internacional sobre Infecções Hospitalares (1970) e a recomendação do CDC para a criação da função do epidemiologista hospitalar (Allen *et al.*, 1990).

Após a implantação do Sistema NNISS, os CDC (1974) iniciam um dos mais importantes estudos já realizados, Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC), com a finalidade de avaliar a efetividade dos programas de controle de infecção. Na mesma época (1976), a Joint Commission

on Accreditation of Hospitals (JCAH) estabelece como critério para licenciamento dos hospitais a implantação de programas de controle de IH.

No ano de 1980, os CDC recomendam a participação de enfermeiros nas comissões de controle de infecção hospitalar em tempo integral. Em 1987, houve a publicação pelos CDC sobre as Precauções Universais (PU), as quais indicavam o uso de equipamento de proteção para o profissional como as luvas, óculos, avental, enfatizando também a importância da higienização das mãos e os cuidados com o material pérfuro cortante (Garner, 1996).

Ainda na mesma década, o sistema NNISS (1986), baseado nos resultados do estudo SENIC, propõe a metodologia National Nosocomial Infections Surveillance and System (NNISS), que consiste em um sistema de vigilância epidemiológica das IH a partir de quatro componentes: componentes globais, componentes da unidade de tratamento intensivo (UTI), componente cirúrgico e componente do berçário de alto risco (BAR). Até então, desde que foi criado, em 1970, o sistema NNISS trabalhava apenas com o método de vigilância global das IH. Atualmente, vários hospitais dos Estados Unidos e do Brasil utilizam um ou mais componentes da metodologia NNISS na vigilância epidemiológica das IH (Allen *et al.*, 1990).

Na década de 1990, através dos CDC, foram reformuladas as PU, denominadas de Precauções Padrão (PP), que implicam o uso de equipamentos de proteção individual, os quais são fundamentais para uma prática segura nos serviços de saúde, durante a assistência a todo e qualquer paciente, independente do seu estado infeccioso. Em adição a essas precauções, a imunização contra hepatite B também foi recomendada (Gazner, 1996). Neste mesmo ano, o CDC publica recomendações para prevenir a disseminação das

cepas de enterococos resistentes à vancomicina no ambiente hospitalar (CDC,1995).

Na década de 2000, apesar dos avanços significativos na prevenção e controle das IH como a melhoria dos métodos de vigilância epidemiológica, das técnicas de assepsia, desinfecção, esterilização e modernização da arquitetura hospitalar, observa-se o aumento na prevalência das IH, sobretudo aquelas causadas por bactérias multirresistentes (Tenover, 1991; Al-Tawfiq, 2006).

Ainda nesta década, foi publicada, no Brasil, a NR-32, em 16\11\2005 Portaria Nº 37, 06 de Dezembro de 2002. Essa norma regulamentadora- NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Essa norma é importante para o Brasil, porque inexistia outra legislação específica que trate das questões de segurança e saúde no trabalho, no setor da saúde. Padroniza até mesmo os colchões e o ato de lavar as mãos antes dos procedimentos hospitalares. A Federação da Saúde que ajudou a aprovar a norma comemora e acredita na redução de acidente de trabalho, cujo número atualmente é recorde: mais de 12 mil por ano só na região Sudeste (Saúde, 2005).

Ainda nesta década, o cdc publica orientações para o Isolamento e Precauções com a finalidade de evitar a transmissão de agentes infecciosos. Recomenda o uso em todas as situações de atendimento a pacientes, independente de suspeita de doença transmissível, para prevenir a transmissão de microrganismos, inclusive, quando a fonte é desconhecida, pois protegem o

profissional e também previnem a transmissão cruzada entre pacientes (Siegel *et al.*, 2007).

1.2. Epidemiologia das infecções hospitalares

As infecções adquiridas no meio ambiente hospitalar são apontadas como uma das complicações mais freqüentes relacionadas com assistência nosocomial. Elas acometem crianças e adultos, sobretudo aqueles em tratamento nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A alta prevalência das Infecções Hospitalares nessas unidades deve-se ao uso de terapia empírica, com grandes quantidades de antibióticos de largo espectro, os quais exercem pressão seletiva no meio ambiente hospitalar que promove a emergência de linhagens de bactérias resistentes a diferentes classes de antimicrobianos. Os pacientes criticamente doentes tendem a ser menos resistentes à colonização por organismos exógenos e pelo crescimento de linhagens endógenas, particularmente *Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp e por bacilos Gram-negativos aeróbicos. Outros fatores também contribuem para disseminação de microrganismos nas UTI como: a alta densidade de pacientes e o contato próximo dos enfermeiros, técnicos e médicos durante condições de urgência sob as quais a lavagem das mãos e assepsia podem não ser realizada e promover a transmissão horizontal de linhagens resistentes (Johanson *et al.*, 1972).

Estima-se que, nos Estados Unidos, dos 35 milhões de pacientes admitidos nos hospitais a cada ano, cerca de 5,0% a 10,0% dos pacientes internados em hospitais contrairão algum tipo de infecção hospitalar (IH) e que até 30% dessas infecções são diretamente associadas à assistência prestada (Pittet & Wenzel, 1995; Vergara, 1997).

No Brasil, desconhece-se a magnitude real do problema. Um único estudo nacional sobre a magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários foi conduzido pela Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, em 99 hospitais terciários situados nas capitais estaduais e Distrito Federal. Por este estudo, identificou-se que a prevalência das IH foi de 15,5% (IC 95%: 14,6 - 16,3) e estimou-se que entre 6,5% e 15% dos pacientes internados contraíram um ou mais episódios de infecção, e que entre 50.000 e 100.000 óbitos anuais estavam associados à IH (Prade *et al.*, 1995). Na mesma década e começo da seguinte, vários estudos europeus, também, de prevalência observaram taxas de prevalência sempre inferiores, tendo variado entre 3,5% na Alemanha; 5,5, 5,9 e 6,8% na Grécia; 7,6, 7,4, 8,0 e 8,9% na Espanha; 9,0% na Itália e 11,6% na Suíça (Vaquer *et al.*, 1996; Gastemeir *et al.*, 1998; Harbarth *et al.*, 1999; Gikas *et al.*, 1999; Pienranony *et al.*, 2004). Atualmente o conhecimento que se tem sobre a prevalência das infecções hospitalares no Brasil, deve-se a estudos isolados desenvolvidos principalmente nas regiões sudeste e sul do país (Carrilho 1999; Carmo Filho, 2003; Medeiros *et al.*, 2003; Teixeira *et al.*, 2004; Zavascki *et al.*, 2006).

As conseqüências dessas infecções, quando são causadas por microrganismos multirresistentes, determinam a crescente dificuldade no tratamento destas. A resistência aos antimicrobianos favorece o estabelecimento de terapia empírica inapropriada e menos efetiva, retarda o começo do tratamento adequado e determina o uso de drogas mais tóxicas e mais caras. A conseqüência é o aumento dos custos do tratamento, aumento da morbimortalidade e o prolongamento do tempo de hospitalização (Pittet & Wenzel, 1995; Vergara, 1997; Pittet & Harbarth, 1998; Rubin *et al.*, 1999; Travers & Barza,

2002; Teixeira *et al.*, 2004). As taxas de mortalidade associadas ou atribuídas às IH podem mudar de acordo com a especialidade de atendimento feito pela instituição hospitalar, o sítio corpóreo onde ocorreu a IH e se a infecção foi causada por microrganismos portadores de um ou vários mecanismos de resistência. A prevalência da mortalidade conseqüente às infecções hospitalares é elevada e varia entre hospitais como o estudo desenvolvido no hospital da Universidade de Granada, Espanha, o qual demonstrou que as taxas de mortalidade foram significativamente maiores entre os pacientes com infecção (27,96%) do que entre os pacientes sem infecção (11,29%) (Bueno-Cavanilhas *et al.*, 1994; Jarvis, 1996; Rubin *et al.*, 1999).

A taxa de mortalidade, resultante da infecção hospitalar, varia de acordo com o sítio em que ocorreu essa infecção. Nos Estados Unidos, um estudo realizado em 1996, envolvendo vários hospitais, identificou que a mortalidade total estimada associada às infecções da corrente sanguínea e pneumonia foi de 23.8% a 50% e 14.8% a 71% (respectivamente), ou 16.3% a 35% e 6.8% para 30% a mortalidade atribuída à infecção hospitalar (respectivamente) (Jarvis, 1996; Wenzel & Edmond, 2001).

Um estudo multicêntrico, realizado em unidades pediátricas, desenvolvido na Europa, demonstrou que a taxa de mortalidade devida às IH foi de 10% nas unidades de terapia intensiva pediátrica enquanto que, nas unidades neonatais, foi de 17% (Raymound & Aujard, 2000).

Essas infecções resultam no aumento do tempo de hospitalização e foi estimado ser de 1 a 4 dias para infecções do trato urinário, 7 a 8,2 dias para infecções do sítio cirúrgico, 7 a 21 dias para infecções da corrente sanguínea e 6,8 a 30 dias para pneumonias (Jarvis, 1996). O custo médio estimado dessas

infecções é elevado, pois são de \$ 558 a \$ 593 para cada infecção do trato urinário, \$2,734 para cada infecção do sítio cirúrgico e em outro estudo este custo foi de \$7,531, \$ 3,061 a \$40,000 para cada infecção da corrente sanguínea, e \$4,947 para cada pneumonia (Jarvis, 1996; Kirkland *et al.*, 1999).

No Brasil, estudo desenvolvido no Hospital São Paulo - UNIFESP (HSP-UNIFESP) propôs avaliar a mortalidade ao *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina e identificou que a prevalência da letalidade atribuída à IH da corrente sangüínea foi de 45,07% (Moreira *et al.*, 1998). Outro estudo, realizado no HSP/UNIFESP, demonstrou que a taxa de mortalidade relacionada com infecções da corrente sangüínea causada por *Klebsiella pneumoniae* produtora de Beta-lactamase de espectro ampliado foi de 69,2% enquanto que, entre pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo sem a produção dessa enzima, a taxa de mortalidade foi de 24,1% (Marra, 2002).

A evolução e a velocidade com que as bactérias são isoladas no meio ambiente hospitalar se tornou algo preocupante desde que a penicilina foi usada para o tratamento das doenças infecciosas nos anos de 1950. Dessa época até os dias de hoje, o que se observa é o aumento da prevalência de infecções causadas por microrganismos cada vez mais resistentes aos antimicrobianos comercialmente disponíveis e a redução das opções terapêuticas.

A evolução da resistência dos microrganismos tanto ocorre no ambiente hospitalar como fora. A ocorrência da evolução da resistência pode ser observada em diferentes gêneros. O estudo do padrão de resistência e da tendência da resistência em isolados de *Escherichia coli*, obtidas de pacientes internados em hospitais da Arábia Saudita e em pacientes com infecção comunitária, revelou que a resistência às múltiplas drogas foi detectada em 2,0%-28,1% dos isolados

obtidos de pacientes com infecção comunitária e 7.4%-39.6% dos pacientes com IH (Lautenbach *et al.*, 2004).

A emergência e a dispersão do gonococo resistente ao grupo das quinolonas são dramáticas, principalmente nos países da região oeste do pacífico. Observa-se, nesta região, o crescimento exponencial de *Neisseria gonorrhoeae* resistente à ciprofloxacina, cuja taxa de resistência excede a 50% em muitos países da região e em outros pode exceder a 90%, o mesmo aplica-se às penicilinas e tetraciclina. Em face de tal realidade, deixa-se de usar uma droga barata e de fácil administração (Tanaka *et al.*, 1998; Neeling *et al.*, 2000; Su & Lind, 2001).

Como ocorre em outras espécies, a taxa de resistência entre isolados de *Pseudomonas aeruginosa* também tem aumentado em relação à ceftazidima, à ciprofloxacina, à tobramicina e à imipenem. A taxa de resistência desse microrganismo cresceu de 4% em 1993 para 14% em 2002 (Karlowsky *et al.*, 2003). Em amostras de *Acinetobacter β -aumannii*, isoladas de pacientes em tratamento na UTI, a resistência aos antimicrobianos cresceu de 11,6% para 24,2% (Obritsch *et al.*, 2004). Outro estudo, também, envolvendo *Acinetobacter spp*, realizado entre 1991 a 1996, demonstrou altos níveis de resistência a diferentes classes de antimicrobianos, merecendo destaque a evolução da resistência para ciprofloxacina, 54.4% e 90.4%; ampicilina/sulbactam, 65.7% e 84.1%; ceftazidima, 57.4% e 86.8%; imipenem, 1.3% e 80%. A Concentração Inibitória Mínima, capaz de inibir 90% do crescimento de *Acinetobacter* em relação aos carbapenens e cefalosporinas de quarta geração, foi > 256 mg/L (Ruiz *et al.*, 1999). As diferenças nos padrões de resistência, encontradas em diferentes regiões do mundo, enfatizam a importância da vigilância local em

determinar a terapia mais adequada para as infecções causadas por microrganismos multirresistentes e possível disseminação clonal ou a possível ocorrência de uma epidemia.

1.3. As infecções hospitalares no Brasil

O início das preocupações com as IH, no Brasil, acompanhou o processo de industrialização acelerado que teve início no governo de Juscelino Kubitschek e também pela ocorrência de surtos por estafilococo resistentes à penicilina, mas foi a partir de 1968 e principalmente durante os anos 70, que surgiram as primeiras comissões de controle de infecção hospitalar do país (Fernandes, 2000).

A década de oitenta foi a mais importante até o momento para a adoção de medidas de controle de IH no Brasil. O programa de Controle de Infecção Hospitalar começou a ser regulamentado em 1983, com a Portaria MS n° 196/83, que foi revogada e substituída pela Portaria MS n° 930/92. Atualmente, está em vigor a Portaria n° 2616, de 12 de maio de 1998, que revogou a Portaria n° 930/92. Em 1997, foi publicada, no diário oficial da União, a lei n° 9431/ 97, que em seu artigo 1° fala da obrigatoriedade dos hospitais manterem um Programa de Infecções Hospitalares (PCIH) e no artigo 2° preconiza a criação de Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) para execução desse controle (Brasil, 1983; Martins, 2001; Lacerda, 2003).

Ainda na década de 80, foi notório o drama vivido pelo presidente eleito, Tancredo Neves, vítima de infecção hospitalar; contribuiu para que os projetos que estavam em andamento ganhassem um novo impulso, e o Ministério da Saúde pode desencadear uma atividade que iria mudar definitivamente os rumos

do controle de infecção no Brasil. Neste momento, uma das ações efetivas do Ministério da Saúde foi a de desenvolver uma política de capacitação de recursos humanos em controle de infecção em vez de adotar postura fiscalizadora. Em 1985 realizou um levantamento das instituições brasileiras que já tivessem CCIH em funcionamento e elaboraram cursos macrorregionais para capacitar multiplicadores por meio da criação de 41 centros de treinamentos. Organizou um curso de especialização em farmácia hospitalar e editou o “Manual de procedimentos básicos em microbiologia clínica” (Fernandes, 2000).

Esse programa facilitou a implantação de muitas CCIH, normatizou suas ações, divulgou o controle de infecção entre as autoridades sanitárias, profissionais de saúde e administradores hospitalares. Contribuiu para o surgimento de lideranças nacionais sobre o tema, difundiu normas que aprimoraram o nível de assistência fornecida à população e facilitou a troca de experiência entre os profissionais de saúde, inclusive, apoiando a realização de eventos específicos. Vários projetos estavam em andamento, quando, nos anos 90, viu-se o progressivo esvaziamento do programa. Sua coordenação em 1993 acreditava que cerca de 10% dos hospitais brasileiros tinha Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), número bem maior do que os 2,3% estimados em 1980 pelo Colégio Brasileiro dos Cirurgiões, mas evidentemente, bem aquém das expectativas (Fernandes, 2000).

Com o objetivo de conhecer a magnitude das IH e a qualidade das ações de controle, o Ministério da Saúde em 1994 propôs fazer um estudo de prevalência das IH em 99 hospitais terciários, localizados nas capitais brasileiras, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). As maiores taxas foram

identificadas nas unidades de terapia intensiva e de queimados. Das demais clínicas o destaque foi para neonatologia e clínica cirúrgica (Brasil, 1983).

Seguido as medidas já adotadas, leis e portarias foram editadas como medidas para que se efetivassem a instituição de CCIHs nas instituições de saúde brasileira. A Lei Federal 9.431 de 06/01/1997 instituiu a obrigatoriedade da existência de CCIH com o objetivo de reduzir ao máximo a incidência e a gravidade das infecções nosocomiais. Para complementar as ações previstas na Lei 9.431, em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, que estabelece as diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação. Essas ações fundamentam-se, essencialmente, na vigilância epidemiológica, que possibilita a definição de diretrizes de prevenção e controle de infecções hospitalares. Completando essas ações, agora vinculados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, foi reeditado e atualizado o curso básico para o controle de infecção hospitalar, para apoiar os hospitais a implantarem e implementarem as ações de controle de infecção hospitalar (Brasil, 2000).

Nessa ocasião, o Ministério da Saúde optou por treinar os profissionais de saúde nos Centros de Treinamento (CTs), credenciados, para ministrar o Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar (Brasil, 1998).

Atualmente, as diretrizes gerais para o Controle das Infecções em Serviços de Saúde são delineadas pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), na Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, por meio da Unidade de Controle de Infecções em Serviços de Saúde (UCISA), e novo impulso tem sido dado no sentido de enfrentar a problemática das infecções relacionadas à assistência (Neto *et al.*, 2000).

Em Goiás, há diversos estudos relacionados à temática das infecções hospitalares, entretanto não existem estudos publicados que demonstrem a natureza dessas infecções, sua epidemiologia e os agentes etiológicos relacionados, bem como o seu perfil de susceptibilidade e mecanismos de resistência envolvidos. Os resultados dos estudos relacionados com infecção hospitalar, produzidos em Goiás e publicados em periódicos, relacionam-se com a função das instituições de ensino na prevenção das doenças, os desafios para o controle das infecções, a saúde ocupacional, o papel do enfermeiro no controle de infecção como elemento da equipe de saúde (Pereira *et al.*, 1999; Souza, 2001; Pereira *et al.*, 2002; Florêncio *et al.*, 2003; Lopes *et al.*, 2004; Santos *et al.*, 2004). Publicado, existe apenas um estudo que se propôs realizar a fenotipagem de bactérias isoladas em hemoculturas de pacientes críticos. Os resultados desse estudo revelam que a maior prevalência de patógenos isolados da corrente sanguínea, entre as bactérias gram-negativas não fermentadoras foi *Pseudomonas stutzeri* (18,2%) e, entre os bastonetes gram-negativos fermentadores, *Klebsiella pneumoniae* foi a espécie predominante (60%), seguida do *Proteus mirabilis* (30%). Entre os cocos gram-positivos, a espécie mais comum foi o *Staphylococcus aureus* (13,6%), sendo que destes 66,7% foram resistentes à oxacilina (Leão *et al.*, 2007). Isso demonstra o quanto pouco se conhece sobre a natureza epidemiológica dessas infecções e apontam para a necessidade de estudos regionais a fim de que possa se estabelecer estratégias e mecanismos de ação para prevenir a emergência e a disseminação de infecções relacionadas com assistência. Por outro lado, estudos dessa natureza poderão contribuir, também, no estabelecimento de terapia empírica, uso racional de antimicrobianos, de modo que possa causar impacto na redução da morbidade e mortalidade

associada e atribuída às infecções hospitalares causadas, sobretudo, por bactérias multirresistentes.

1.4. Teoria das representações sociais

A matriz da TRS foi produzida em 1961, na França, por Serge Moscovici, com a elaboração do estudo *La Psychanalyse, son image, son public*, o qual propõe a análise e compreensão da realidade pela via do pensamento social (Sá, 1996; Sá, 2002; Farr, 2002). Sua difusão, nos diferentes continentes, é uma realidade; no Brasil, acontece a partir do final da década de 70 e, desde então, de modo crescente, os fatos e fenômenos sociais passam também a ser considerados e estudados sob outro paradigma, no qual assume importância o senso comum (Spink, 1996; Jodelet, 2001).

A maneira como indivíduos pensam e compreendem o mundo em que vivem é resultado da interação de um conjunto de conceitos, explicações valores e crenças compartilhadas socialmente acerca de um objeto coletivo. Conforme Jodelet (1998) configura-se como representações sociais – RS, o conhecimento compartilhado no grupo que pertença a uma categoria socialmente elaborada, a qual permite aos sujeitos orientação na sua vida prática quando diante de um objeto socialmente relevante. Dito de outro modo, as RS demonstram o que se constitui como “verdade” em um determinado grupo social e movem indivíduos e coletividades (Jodelet, 2001; Moscovici, 2003; Rouquett, 2003; Campos, 2005).

Conforme Moscovici (*apud* Sá, 2002, p. 31), RS são

(...) um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na sua vida cotidiano no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vista como a versão contemporânea do senso comum.

Então, as RS permitem aos indivíduos compreender e explicar a realidade, e o estudo destas pressupõe investigar o que pensam indivíduos integrantes do mesmo grupo acerca de um determinado objeto, procurando compreender a natureza ou o próprio conteúdo de uma representação, permitindo a identificação de conteúdo e função que a representação assume no universo cognitivo e social daqueles indivíduos (Almeida, 2001). Assim, conforme Jodelet (2001, p. 22),

reconhece-se que as representações sociais orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais.

É importante destacar que uma representação social pode não ser compartilhada por todos os grupos ou categorias sociais, visto que o mesmo objeto ou fenômeno pode não se constituir como “algo” a ser representado por um ou outro, permanecendo apenas como mobilizador de percepções, opiniões ou imagens desconexas, as quais, nesse caso, não se traduzem como representação (Sá, 1998). Portanto há que existir um saber prático entre sujeitos e objeto ou fenômeno para a existência de uma representação (Jodelet, 2001; Moscovici, 1978).

Na gênese de uma representação social, são fundamentais dois processos: a ancoragem e a objetivação, respectivamente, assimilação cognitiva de um novo objeto, fato, informação ou fenômeno (passar a uma categoria familiar algo que era estranho, desconhecido) e passagem desse conhecimento da esfera abstrata a uma condição de algo tangível pela pessoa, dito de outro modo, torna concreto o que é abstrato (Doise, 2001; Sá, 2002; Moscovici, 2003; Campos, 2003).

A TRS é denominada por Doise (*apud* Sá, 1996, Sá, 2002) como a “grande teoria”, possibilitou estudos complementares, o que resultou em três diferentes abordagens tidas como complementares, dentre as quais destacamos a teoria do núcleo central ou abordagem estrutural, proposta por Jean-Claude Abric em 1976 (Sá, 1996; Abric, 2000; Campos, 2000; Sá, 2002; Campos, 2003), para o qual toda representação é composta por um duplo sistema, sendo eles denominados por sistema central e periférico, cada qual com funções essenciais, mas específicas e complementares um ao outro. Pode-se dizer que o sistema central está vinculado às condições históricas, sociológicas e ideológicas, e o sistema periférico ligado ao contexto imediato e à história pessoal do indivíduo (Abric, 2000).

No detalhamento das estruturas, a parte central é responsável por determinar a organização de todo o sistema representacional, ou seja, dá significado à representação, portanto é aqui que estão os elementos mais importantes, estáveis e resistentes a mudanças numa representação. O sistema periférico estrutura-se em torno do núcleo central e constitui-se como mais flexível que o anterior; é elemento essencial nos mecanismos de defesa que visam proteger a significação central da representação, porém possibilita ajustamento no

contexto imediato (Sá, 1996; Abric, 2000; Campos, 2000; Sá, 2002; Abric, 2003a; Campos, 2003). Assim, no que se refere a uma representação, em razão de suas funções, o sistema central assume as dimensões funcional e normativa, enquanto o sistema periférico responde pelas funções de concretização, regulação e defesa (Abric, 2000; Abric, 2001).

De acordo com a idéia de hierarquização e centralidade, o essencial é a organização do conteúdo de uma representação, pois mesmo com conteúdos semelhantes são radicalmente diferentes se a organização desse conteúdo for diferente e, portanto, a centralidade de certos elementos (Abric, 1994 *apud* Sá, 1996; Abric, 2003; Flament, 2001).

Para Abric (2000, 2003a), o núcleo central é ativado de maneira diferenciada: segundo a natureza do objeto social visado, a natureza das relações do grupo social com esse mesmo objeto e a finalidade da situação. De acordo com a dinâmica desses fatores, diferentes elementos centrais são privilegiados: as situações com forte finalidade operatória ativam prioritariamente os elementos fortemente funcionais; as situações com forte carga ideológica ou sócio-afetiva ativam privilegiadamente os elementos marcadamente normativos. O núcleo central agrupa elementos mais freqüentes e mais importantes, podendo ser acompanhados de elementos com menor valor significativo, de sinônimos e de protótipos associados ao objeto.

Sá (2002) propõe considerar os elementos periféricos como esquemas organizados em torno do núcleo, que, por sua vez, é responsável pela estruturação e estabilidade, gerando o significado que atravessa a representação inteira.

No campo de estudo das RS, a técnica de evocação livre consiste em pedir ao indivíduo que produza todas as palavras ou expressões que possa imaginar a partir de um ou mais termos indutores, ou ainda em solicitar um número específico de palavras, seguindo-se de um trabalho de hierarquização dos termos produzidos, do mais importante para o menos (Sá, 1996; Verges, 2001; Sá, 2002).

A palavra evocação tem 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. A adoção desse referencial para o presente estudo aproxima conteúdos do senso comum para o grupo, uma vez que é resultado da interação e comunicação entre indivíduos que confraternizam da mesma realidade, formando um produto e processo de atividade mental que atribui significado específico a um determinado objeto (Campos, 2004).

1.4.1. Relação entre representação social e práticas sociais

A grande questão, no estudo das representações sociais, refere-se às práticas sociais desenvolvidas por determinado grupo social e seus pensamentos coletivos. Esta relação implica a assimilação de dados de natureza cognitiva e comportamental (Campos, 2003). Esse modelo teórico resultou em questionamentos sobre a pertinência das Teorias da Dissonância Cognitiva e da Atribuição sobre a explicação causal das condutas pela falta do seu valor preditivo em termos de “efeitos comportamentais” (Joule, 1989). A crítica a esses modelos teóricos obteve maior ressonância a partir de estudos da “cognição social” que demonstrou como a modificação da conduta ou comportamento pode

ter um impacto sobre uma cognição ou sobre um componente ideológico. Assim, a idéia de que a causalidade influencia a conduta, proposta pela Teoria da Dissonância Cognitiva e pelas chamadas “teorias da atribuição, validou a idéia da causalidade (influência das condutas). A validação da causalidade em um único sentido (atos influenciando as cognições) acabou por esconder a necessidade de demonstrar o inverso (Ibañes, 1989).

Para se estudar as situações sociais reais e definir as práticas sociais é preciso concebê-las como “sistemas complexos de ações” ou “conjunto de condutas finalizadas pelos e para os grupos (Moliner, 1992; Abric, 1994). Portanto, a idéia de prática teria como referência o agir dos grupos, e este comporta necessariamente dois componentes, o vivido e cognitivo (Campos, 2003).

Cabe questionar se são as práticas que determinam as representações ou é o inverso? As respostas hipotéticas podem ser assim enunciadas: não existe ação recíproca de influência, o que corresponde ao fato de um determinado objeto não se constituir como objeto de representação para um determinado grupo social, portanto não seria objeto de interesse. As outras respostas apontam para a relação de causalidade das práticas sobre as representações, a relação das representações sobre as práticas e a influência recíproca (Campos, 2003). Segundo Rouquette (1998) não há exatidão na afirmação de que existe influência recíproca entre representação social e práticas, mas que as representações são consideradas como condição das práticas, e as práticas como agente das representações.

A concepção das representações inseridas em processos de reapropriação da realidade produz uma visão das representações como verdadeiras ações sobre a realidade.

Concebidas como sistemas complexos de ação, as práticas dificilmente se constituem objetos claramente diferenciados das representações: tanto uma prática pode ser objeto representado, como uma representação pode conter elementos referentes aos aspectos práticos (Campos, 2003).

A modificação massiva das circunstâncias externas a uma dada representação conduz, em alguns casos, os indivíduos para desenvolverem práticas em desacordo com a representação do objeto social em questão (Campos, 2003). Portanto o modo como os sujeitos percebem essa modificação externa tem um papel importante na dinâmica entre prática e representação (Flament, 1989; Flament, 1994).

Já foram estudados três tipos de processos de transformação da representação, quando ocorre modificação das circunstâncias externas: transformação progressiva, onde as práticas novas não são completamente contraditórias com o núcleo central; transformação resistente, na qual a formulação e funcionamento de mecanismos de defesa impedem, por algum tempo, o esfalecimento do núcleo, mas não em longo prazo e a transformação brutal, na qual a modificação das circunstâncias ataca diretamente o significado central da representação sem possibilidade de fazer uso de recursos defensivos. Quando o processo de transformação é gradual, sem resistência, chama-se transformação sem ruptura (Abric, 1994).

Os estudos sobre a determinação das práticas pelas representações e desta sobre as práticas podem ser classificados de três modos: estudos nos

quais as práticas são determinantes na transformação das representações e consideram que estas têm um papel determinante na produção de práticas e comportamentos; e os estudos que consideram a complexidade das situações sociais reais, e das representações, as quais contribuem para a compreensão da situação, sem permitir a formulação de hipóteses explicativas e unidirecionais (Campos, 2003).

Alguns aspectos deverão ser observados nos estudos de campo, sobre práticas e representações sociais (Campos, 2003):

A - As situações em que as circunstâncias externas se modificam radicalmente, a nova realidade pode ser observada sob três aspectos:

1) Quando a nova realidade é observada como reversível, os indivíduos desenvolverão esquemas de raciocínio, que evitem a necessidade de realização de novas práticas.

2) Quando a nova realidade é observada como irreversível, e as modificações exigem novas práticas que estão em completo desacordo com a representação anterior do objeto social, as novas práticas vão determinar uma transformação brutal da representação.

3) A nova realidade é percebida como irreversível, mas as novas práticas não estão em completo desacordo com a representação anterior do objeto social, as novas práticas vão determinar uma transformação sem ruptura da representação.

B - As situações em que não ocorrem transformações radicais da realidade objetiva, quanto maior o grau de autonomia dos sujeitos na situação e quanto

maior a intensidade das cargas afetivas, maior é o grau de determinação das práticas pelas representações.

1.5. Adesão às medidas de controle de infecção: dificuldades e desafios

A não adesão com as medidas de controle de infecção hospitalar está em evidência, talvez porque os patógenos resistentes a múltiplos antimicrobianos continuam a proliferar e a disseminar de forma descontrolada. Muito embora, Semmelweis tenha demonstrado, há mais de 150 anos, que a mortalidade, relacionada com a infecção adquirida no meio ambiente hospitalar, possa ser reduzida, quando os profissionais da assistência lavam suas mãos com solução antisséptica entre contato com pacientes. Entretanto a adesão entre os trabalhadores da área da saúde é baixa. (Albert & Condie, 1981; Larson, 1983; Meengs *et al.*, 1994; Slaughter *et al.*, 1996).

Essas infecções têm origem em diferentes fontes, como a microbiota do próprio paciente, uso de medicamentos e ou instrumentos contaminados e principalmente pela transmissão de microrganismos via mãos contaminadas dos profissionais da saúde que não lavam suas mãos antes e após o atendimento a um paciente infectado ou colonizado (Casewell & Phillips, 1977; Larson, 1988).

Diversos estudos demonstraram e propuseram medidas efetivas para controlar tanto a emergência de resistência entre os microrganismos quanto a adoção de procedimentos para prevenir sua disseminação (Mangram *et al.*, 1999; Nichols, 2001; Boyce & Pittet, 2002; Muto *et al.*, 2003; Tablan *et al.*, 2004; Kollef & Micek, 2005; Safdar *et al.*, 2006). Entretanto o que se observa é a baixa adesão a essas medidas por parte dos profissionais da área da saúde. A aceitação da adoção dessas medidas parece ser uma questão de gênero, pois as mulheres

concordam mais do que os homens. Entre os profissionais a aceitação e adesão são maiores entre enfermeiros do que entre médicos e outros profissionais e que pode variar conforme a unidade de internação hospitalar. Estudo realizado com acadêmicos de Enfermagem demonstra que estes não conhecem a finalidade de uso dos equipamentos de proteção individual, ainda que os mesmos tenham estudo sobre o tema previamente (Albert & Condie, 1981; Larson, 1983; Meengs *et al.*, 1994; Souza *et al.*, 2008).

Mesmo em face à grave realidade que envolve as infecções que ocorrem no meio ambiente hospitalar e a dispersão de patógenos multirresistentes não compelem os profissionais da área da saúde a adotar as medidas para controle destas de modo adequado, como, por exemplo, lavar as mãos tão frequentemente como desejado (Slaughter *et al.*, 1996; Souza *et al.*, 2008). Portanto é fundamental que se conheça qual a percepção que esses profissionais têm a respeito das infecções hospitalares e suas conseqüências, para que estratégias possam ser elaboradas, a partir dessas concepções, e melhorar a adesão destes às medidas de controle.

Tal conhecimento é de domínio dos profissionais da área da saúde, entretanto não os mobilizam como desejado e necessário, para as práticas profiláticas de prevenção, como já demonstrado em outros estudos (Slaughter *et al.*, 1996; Larson *et al.*, 1997; Pittet, 2000). Dito de outro modo, nota-se uma grande disparidade entre o discurso dos profissionais de saúde acerca da IH e o comportamento destes frente às medidas de controle que são prerrogativas destes. Então por que a maioria dos profissionais não é influenciada favoravelmente à prática de tais recomendações ou diretrizes? Ao que parece, os profissionais passam a exibir “alguma” inobservância no rigor das normas

adequadas, porque com o tempo passam a sentirem-se menos temerosos por tais riscos, conseqüentemente, mais confiantes. Pode-se pensar que o tempo de atuação profissional influencia, em razão da habitualidade, na pouca sensibilização para o controle da IH a partir da atuação cotidiana.

O que move esses profissionais a enfrentar uma situação de inobservância dessas recomendações técnicas? Quais os pilares que sustentam esse comportamento? Para os profissionais de saúde, quais os verdadeiros fatores determinantes da ocorrência de IH? Será que há um componente oculto de desprezo, que se fortalece à medida que vai se estabelecendo o fenômeno da habituação?

Alguns fatores tentam justificar a inobservância das medidas profiláticas, dentre as quais estão incluídas a categoria profissional, ala de hospital, tempo, período do dia, dia da semana, tipo e intensidade de cuidado prestado ao paciente. Dentre as propostas para aumentar e manter elevada a participação dos profissionais da saúde no cumprimento das metas de prevenção e controle das IH, diferentes estratégias foram propostas como educação continuada, avaliação dos resultados obtidos e comparação destes com a meta proposta. Intervenções administrativas como incentivos financeiros e penalidades já foram propostas e estudadas sem, contudo, apresentar resultados efetivos (Slaughter *et al.*, 1996; Larson *et al.*, 1997; Pittet, 2000). Esses estudos demonstram que o controle das IH vai além das condições materiais necessárias para a sua prevenção, envolvendo, inclusive, a mudança e manutenção do comportamento humano, para a qual nenhum tipo particular de intervenção é inerentemente efetivo.

Para avançar no estudo do paradoxo existente entre o saber e o fazer, a questão teórica que norteia o estudo aqui proposto é de cunho psico-social e

pode ser colocada na seguinte pergunta: existe um fio condutor entre as representações sociais acerca das IH, os riscos e suas medidas de controle por parte desses profissionais que podem ser relacionadas às atitudes destes?

Desvelar o processo argumentativo apresentado sobre as IH e as medidas efetivas a serem adotadas para o seu controle poderá contribuir para o avanço dos estudos sobre a temática, a formulação de políticas de formação de pessoal de saúde que incluam abordagens multi e interdisciplinares, bem como propor ações de saúde que possibilitem a re-significação das medidas preventivas.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Conhecer a Representação Social de Infecção Hospitalar para enfermeiros e médicos que trabalhem em UTI, buscando identificar os aspectos provavelmente relacionados à adoção ou não de condutas preventivas contra a Infecção Hospitalar.

2.2. Objetivos Específicos

- Conhecer a Representação Social para enfermeiros e médicos acerca das infecções hospitalares.
- Conhecer a Representação Social para enfermeiros e médicos que trabalhem em UTI acerca dos fatores de risco associados à Infecção Hospitalar.
- Identificar os elementos cognitivos presentes na Representação Social de Infecção Hospitalar, associados à prevenção, fatores de risco e Infecção Hospitalar.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado na cidade de Goiânia no período de Julho de 2007 a Maio de 2008.

Na primeira etapa, um primeiro método utilizado é o chamado método da "análise das evocações" que pode ser entendido como uma técnica de coleta de dados e um conseqüente processo de análise, introduzidos no Brasil através da publicação "O Núcleo das Representações Sociais", de Celso Pereira de Sá (1996). Visa criar uma aproximação da estrutura, isto é, conduzir aos primeiros levantamentos, às primeiras hipóteses, com avaliação do que se constitui em central ou periférico. Seu estudo se fundamenta no princípio de questionar a partir de associação livre, utilizando uma palavra ou expressão indutora, perfazendo caminhos correspondentes às pesquisas do tipo *top of mind* ou *top of list*: lembrando que o que é imediatamente lembrado ou evocado pode sugerir maior importância ao elemento considerado.

Na evolução dos estudos sobre representações sociais, o princípio da associação livre a partir de palavra indutora obedece a dois fundamentos. O primeiro se relaciona ao objeto de representação a ser pesquisado: a palavra indutora deve corresponder àquela usada de forma habitual pelos sujeitos do grupo considerado; o segundo fundamento vai relacionar-se ao estudo da estrutura das representações, naquilo que o organiza como um sistema de núcleo central e um sistema periférico. Moscovici (2003) considerou a questão de entender onde se inicia e como evolui uma representação, assim como a ação que trata do modo pelo qual cada sujeito, em particular, pode acrescentar novos

conhecimentos pessoais à representação, transformando-a em uma rede sem fim e, portanto, sem limites.

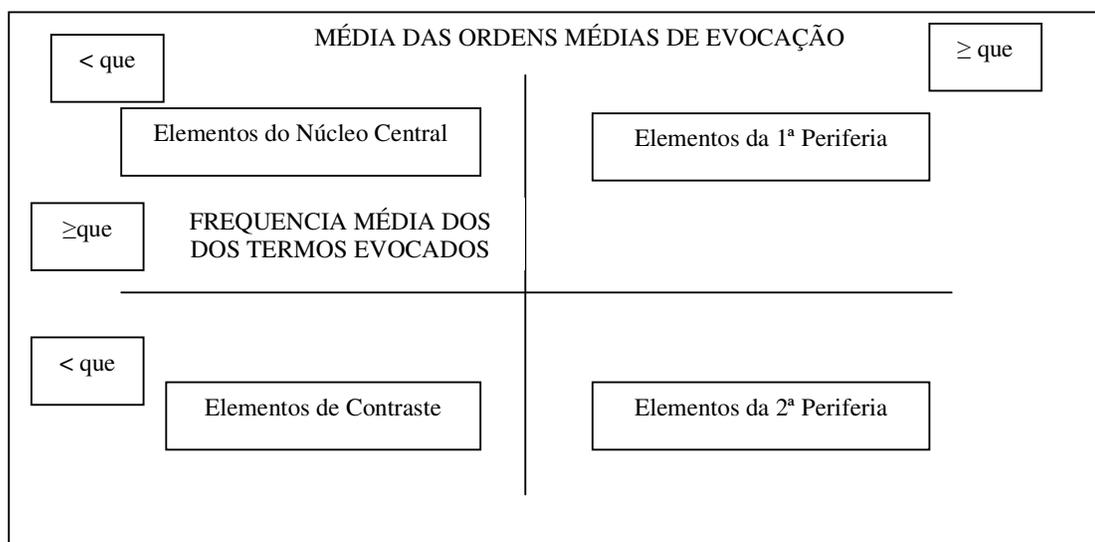
O método das evocações permite, em suas primeiras etapas, a identificação do conteúdo e levantamento de hipóteses estruturais. Assim, o estudo das evocações não permite conclusões definitivas acerca da estrutura, não demonstra o que é central ou não. O método solicita análises e conclusões parciais e relativas além de se constituir um ótimo instrumento para o estudo introdutório ou exploratório da representação de um dado objeto para um dado grupo social. Do mesmo modo, ele é apropriado para o pesquisador que quer obter indicadores relacionados ao conteúdo e à estrutura.

O questionário básico a ser utilizado se construiu a partir de concepções encontradas em trabalhos de (Vergés, 1992; Vergés, 1994; Sá, 1996; Campos, 1998), e inicia-se com uma questão do tipo de associação livre, com a expressão indutora enfermeiros e médicos que atuam em Unidade de terapia Intensiva e foi aplicada à questão como o exemplo: quando você escuta a expressão “infecção hospitalar”, quais as primeiras palavras ou expressões que vêm espontaneamente à sua cabeça?

Essa questão é seguida de várias linhas numeradas onde o sujeito fornecerá suas respostas. Diferente do modelo clássico (Vergés, 1992), que oferece oito ou dez linhas, possibilitando oito ou dez respostas, Abric (2003b), utiliza-se de cinco linhas e antecede uma questão de hierarquização, na qual se solicita dos sujeitos a classificação de suas produções em ordem de importância, indo do mais importante para o menos importante.

Como no presente estudo, consideram-se dois critérios para qualificar e analisar as palavras ou expressões: a frequência das respostas e a sua ordem

média de aparecimento (*rang* médio). A frequência de uma palavra aparece como um indicador bruto relacionado a quantas vezes os sujeitos do mesmo grupo fazem menção a ela. O segundo critério, a "ordem média de aparecimento", refere-se à posição que ocupam na relação de hierarquia do seu aparecimento. Para compreensão da importância desses dois elementos, é ideal que se apresente a "tabela das quatro casas" ou a tabela de quatro quadrantes. Ali são apresentados os resultados em termos das palavras ou expressões.



Fonte: Oliveira (2001 apud Costa 2007)

Quadro 1. Esquema do quadro de quatro casas para análise de evocações livres.

No quadro superior e à esquerda, localiza-se o que Abric chama atualmente de *zona do núcleo central*, ambiente de locação das evocações mais frequentes e que aparecem, em média, nas primeiras posições, um quadrante onde aparecem os supostos elementos centrais, também denominadas de *palavras salientes*, em função de seu destaque; o quadrante superior direito mostra sua primeira periferia, onde aparecem os elementos que apresentam alta

freqüência, mas há uma ordem média de aparecimento considerada baixa; no quadrante inferior esquerdo, aparece a zona dos *elementos contrastantes* (Abric, 2003a), relacionados à baixa freqüência e a uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições, o que pode ser indicativo de existência de um subgrupo ou pode ser composto de palavras associadas, semanticamente, a elementos da zona central. Finalmente, no quadrante inferior direito, aparece a *segunda periferia*, espaço constituído dos elementos caracteristicamente periféricos, ou seja, de baixa freqüência e sempre evocados nas últimas posições.

Com o auxílio do programa EVOC, três características metodológicas devem ser avaliadas pelo pesquisador: a fixação da freqüência mínima; consideração da freqüência intermediária; critérios de definição da "ordem média de evocação", ou *rang* médio e a retenção de palavras supostamente centrais ou salientes. Quanto à primeira característica, a técnica sugere a adoção de um parâmetro de 5% do total de sujeitos tidos como base, podendo ser elevado ou reduzido conforme a magnitude do grupo considerado e conforme o objetivo de explorar ao máximo as facetas do conteúdo (nesse caso pode-se abaixar a freqüência mínima) ou o objetivo de colocar em evidência a parte consensual (aumento da freqüência mínima).

Já a definição da freqüência intermediária deve levar, em consideração, dois critérios: a distribuição total (relação entre número de ocorrências e quantidade de evocações) e a quantidade de palavras muito freqüentes, o que é relativo ao fato de um grupo ser muito ou pouco homogêneo em relação ao objeto, ou seja, existência ou não de elementos (palavras) consensuais. A adoção de uma freqüência intermediária muito baixa produzirá um número ilusório de palavras na zona central, e inversamente a adoção de um número elevado vai

isolar poucas hipóteses de centralidade; a primeira estratégia constitui um erro que alterará as tentativas de testagem da centralidade, enquanto a segunda é uma opção quando estudos anteriores já indicam um grupo coeso em relação ao objeto social em questão.

Outra característica metodológica trata da definição do *rang* médio. Já mencionado a avaliação da "ordem média de evocação" é a média das "ordens médias" individuais das palavras freqüentes. Assim, uma vez definida a freqüência mínima, todas as palavras acima ou iguais a essa freqüência terão uma média de suas posições (ordens) calculadas e uma média geral também será obtida e fornecida pelo software EVOC, como um importante indicador. Mas ainda resta uma questão que se relaciona às palavras, nos dois quadrantes superiores, uma vez que, eventualmente, por diferenças de décimos ou centésimos, uma palavra pode distanciar-se da zona central.

Evidentemente, o que está sendo considerado não é a utilização de um método matemático ou a adulteração de um indicador: mas que a centralidade é uma propriedade qualitativa que, normalmente, observa indicadores quantitativos. Em algumas situações, um elemento central pode ser excêntrico ou ainda, no caso específico de questões de evocação, considerando o caráter polissêmico dos objetos de representação social e a reatividade das representações às mudanças conjunturais, pode-se deparar com elementos centrais que não são tão prontamente evocados, assim um *rang* médio, relativo ou intermediário. Desse modo uma palavra da qual se observa forte freqüência e ordem média proximamente superior da "ordem média geral" não deve ser automaticamente descartada como hipótese de centralidade.

Como solução possível, a manutenção do indicador da ordem média geral, acerca das palavras de primeira periferia que, qualitativamente, estão próximas da zona central e devem ser testadas como "hipoteticamente centrais". Opcionalmente modificar a apresentação da ordem média com aproximação dos centésimos ou mesmo decimais, desde que não se altere substancialmente o indicador, nesse caso, a alternativa usada deve ser mencionada em nota de rodapé.

Em estudos de Verges (1992, 1994), aparecia a defesa de que o *rang* podia ser entendido como um indicador de importância da palavra, no entanto o seu uso permitiu identificar que nem sempre o que vem primeiro à cabeça pode ser considerado mais importante. Conforme aponta De Rosa: "Às vezes, encontramos na literatura, uma tendência em confundir a prioridade de aparecimento das palavras com um critério de importância" (2003, p.87). A fim de procurar-se corrigir tais discrepâncias, duas estratégias foram avaliadas para melhor situar a desconfiança postada na relação entre o *rang* e a importância das palavras.

Para análise software SIMI, permite averiguar que tipo de relação os elementos constituintes da R. S. de desenvolvimento mantém entre si.

A análise de similitude é fruto de um trabalho que vem sendo realizado desde 1962 por Flament, Degenne e Vergés. Esses autores adotam a seguinte "idéia":

- a) Uma R. S. corresponde a um conjunto de cognomes organizados por múltiplas relações;

- b) Essas relações podem ser orientadas (implicação, causalidade hierarquia etc.) ou simétricas (equivalência, semelhança, antagonismo etc.), mas todas se “degradam” em uma relação simétrica, traduzindo a idéia vaga “de ir junto”;
- c) Essas relações, em geral, não são transitivas: se A vai com B por certas razões e B com C por outras, pode ser que A e C não tenham alguma razão de se associarem (Flament, 1986).

Essa análise (SIMI) dos dados corresponde, portanto, à idéia de que os elementos constituintes da R. S. mantém entre si uma relação simétrica não transitiva, denominada por Flament (1986), pelo termo relação da similitude. Essa relação por sua vez designa o fato de dois cognomes associarem-se no interior de uma dada R. S.

O procedimento idealizado por Claude Flament nos anos 1960 desenvolveu-se na década seguinte com as colaborações de Alain Degenne e Pierre Verges, oferecendo uma formalização matemática como um método geral ou complementar das clássicas análises fatoriais ou de classificação (Bouriche, 2003), mas principalmente, própria para o uso em análises de representações sociais. Conforme Campos (2003b), utilizam-se subsídios resultantes da análise de evocações, que permitem tratar dos elementos em termos de categorias, de maneira a reunir as palavras que tenham por referência um mesmo significado social, pertencentes a uma mesma dimensão da representação. Dessa forma, uma vez reunidos os elementos, alteram-se os resultados obtidos a partir de um instrumento de coleta de dados, nesse caso, um questionário de associação livre

com resultados do tipo escolha. Depois de reorganizados, os novos elementos podem ser submetidos a uma Análise de Similitude (Flament, 1986).

Por conseguinte, as matrizes de similitude, que são consideradas a partir de índices de distância ou proximidade, permitem a construção de uma representação gráfica da organização da representação (Vergés, 1985; Flament, 1986; Vergés, 1989; Flament, 1993). O método pode permitir gráficos denominados "árvore máxima", com diferentes limiares a partir de uma mesma matriz. Em se considerando, as análises aqui pretendidas visam como índice de similitude à co-ocorrência.

3.1. Instrumento

O primeiro instrumento (Anexo II) foi elaborado com três perguntas com abordagens diferentes do tema: a primeira com questão de evocação ao termo IH especificamente. A segunda para identificar os cinco principais fatores de risco relacionados com IH encontradas em UTI. Com base nas respostas emitidas pelos sujeitos, referentes à segunda questão, foi solicitado, na terceira questão, que os sujeitos explicassem por que consideravam as duas primeiras respostas, da questão de número dois, como um importante fator de risco. As respostas a segunda e terceira questão foram categorizadas conforme grupos de semelhança de seu significado de frequência.

Terminada essa etapa de coleta e análise dos dados, com intuito de verificação da centralidade de elementos identificados na primeira fase do estudo, um segundo instrumento foi construído a partir das falas dos sujeitos acerca dos principais fatores de risco para IH em UTI. Esse instrumento constou de duas questões: a primeira na forma de uma Escala de Likert que refere-se a uma série

de afirmações ou assertivas relacionadas ao objeto de estudo apresentadas aos depoentes, acerca das quais estes devem apontar se concordam ou não, bem como o grau de concordância ou discordância. São atribuídos escores a cada posicionamento dos sujeitos, podendo ser, de um modo geral, de 1 (para discordância total) a 5 (para concordância total) ou -2, -1, 0, +1, +2, com a correspondência de -2 para discordância total até +2 para concordância total. Essa possibilidade da apreensão da intensidade do posicionamento dos participantes da pesquisa consiste numa das importantes vantagens dessa escala sobre outras com estruturação semelhante (Oliveira, 2001). Idealizado por Flament, como mais uma possibilidade para identificação dos elementos de uma dada representação social, bem como sua organização, conforme os pressupostos dos estudos da abordagem estrutural. (Abric, 2003b) (Anexo III). A segunda questão do questionário II, foi feita com nove itens e três alternativas em cada, cujo escore atribuído variou de 1 a 3 (Anexo IV). Após validação desse segundo instrumento o mesmo foi aplicado no mesmo grupo de sujeitos.

Ao término dessa etapa foi construída uma tabela, contendo as freqüências das variáveis. A “Questão de Caracterização” teve valor de “Teste de Centralidade”. Assim, procede-se uma análise de estrutural, buscando conhecer os itens validados consensualmente pelo grupo como sendo significativamente “Características” do Objeto. Assim, obtém-se as curvas em (J), sendo outra possibilidade, definida pelo mesmo autor como mais interessante, é a utilização da distribuição das respostas da população para cada um dos itens em termos de freqüência absoluta e relativa, após a conversão para um “gráfico de linha”, em que se considerou o perfil: Curva em “J”, caracterizada por elementos centrais, pois são massivamente selecionados como mais característicos (Abric, 2003).

Os aspectos éticos do projeto foram aprovados pelo comitê de ética em pesquisa, envolvendo seres humanos da Universidade Católica de Goiás (anexo V) e foi garantida, também, a manutenção do sigilo, anonimato, privacidade e possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento ou penalidade foram preservados em todas as oportunidades. Todos os sujeitos abordados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) para conhecimento dos detalhes da pesquisa; aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito (TCPPS), ambos redigidos de modo compreensível, conforme preconiza a Resolução 196/96 (Brasil, 1996).

3.2. Sujeitos

O estudo foi realizado junto a enfermeiros e médicos que atuam em UTI de hospitais na cidade de Goiânia, Independente do sexo, idade, titulação, tempo de experiência profissional e de trabalho, (no período de julho de 2007 a maio de 2008). Aqueles com atuação em mais de uma instituição envolvida no estudo, foram abordados apenas uma vez.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas; sendo a primeira aplicado instrumento de Evocação do termo IH e a segunda aplicação da escala de Likert, com 100 profissionais enfermeiros e médicos os quais atuam em UTI de 15 hospitais, de médio e grande porte diferentes. Não foi considerado o regime jurídico de constituição destas, ou seja, independentemente se privadas, públicas ou filantrópicas. Para essa etapa foram considerados os seguintes critérios de inclusão: voluntariedade, ser enfermeiro ou médico, trabalhar em UTI, e como critério de exclusão, estar em gozo de férias ou de licença médica.

O contato da pesquisadora com os sujeitos do estudo foi feito mediante agendamento do dia, hora e local. Nos casos em que o sujeito estivesse em atendimento dos pacientes, esperou-se até que o mesmo encontrasse disponível. Em situações de impossibilidade deste ser abordado ou não encontrado no dia e hora previamente marcados, foi estabelecido outro agendamento.

Foram feitos contatos com os administradores das instituições para que a abordagem aos sujeitos fosse viabilizada. Obtida a anuência dos gestores, as visitas à UTI foram realizadas, observando-se sempre a não interferência nas atividades dos profissionais. Com vistas ao aperfeiçoamento do instrumento, um teste piloto foi realizado no mês de maio de 2007. Após validação deste, o instrumento foi aplicado no período de agosto a dezembro de 2007. Para o segundo instrumento, foi aplicado novamente um teste piloto no mês de maio de 2008 e aplicado após validação deste aos mesmos sujeitos.

O processo de coleta de dados foi prorrogado em 30 dias devido a obstáculos operacionais como não cumprimento do agendamento, falta de disponibilidade destes para receber o pesquisador no horário agendado por estarem realizando atendimento aos pacientes.

4. RESULTADOS

4.1. I Etapa

- Resultados Questão nº 1

Participaram 100 sujeitos, todos profissionais de saúde, especificamente enfermeiros e médicos.

No Quadro 1, estão apresentadas as evocações emitidas à expressão indutora: Infecção Hospitalar. Na construção deste, definiu-se para as evocações frequência mínima ≥ 6 , e a média das médias individuais de ordem de aparecimento é calculada pelo programa de evocação.

Aparecem as palavras <<lavagem das mãos>> (f: 46 e r: 2,06); <<gravidade - Imunodepressão>> (f:43 r: 2,26) <<bactérias multiresistentes>> (f: 29 e r: 1,92); <<procedimentos invasivos>> (f: 18 e r: 2,43) as quais provavelmente são centrais na representação, porque se localizam no quadrante superior esquerdo.

Nos quadrantes localizados na parte superior direita e inferior esquerda, os quais formam, no conjunto, a primeira periferia, os termos que aparecem são: <<tempo permanência>> (f: 29 e r: 2,76); <<antimicrobiano>> (f: 27 e r: 2,70); <<asepsia dos equipamentos e materiais>> (f: 25 e r: 2,84); <<falta treinamento>> (f: 21 e r: 2,57); <<infecção>> (f: 17 e r: 2,52); <<contaminação>> (f: 11 e r: 2,00); <<descuido>> (f: 9 e r: 2,33); <<risco>> (f: 7 e r: 2,29).

No quadrante inferior direito, <<espaço físico>> (f: 13 e r: 3,00); <<falta prevenção>> (f: 11 e r: 2,46); <<comissão-controle>> (f: 10 e r: 3,00); <<morte>> (f: 9 e r: 2,78).

116

		2,44	
Lavagem das Mãos	46 (2,06)	Tempo de Permanência	29 (2,76)
Gravidade / Imunodepressão	43 (2,26)	Antimicrobiano	27 (2,70)
Bactérias Multiresistentes	29 (1,92)	Assepsia dos Equipamentos e Materiais	25 (2,84)
Procedimento Invasivo	18 (2,43)	Falta Treinamento	21 (2,57)
		Infecção	17 (2,52)
<hr/>			
Contaminação	11 (2,00)	Espaço Físico	13 (3,00)
Descuido	9 (2,33)	Falta Prevenção	11 (2,46)
Risco	7 (2,29)	Comissão Controle	10 (3,00)
		Morte	9 (2,78)

Estrutura da representação social da Infecção Hospitalar no grupo de enfermeiros e médicos que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Goiânia, 2º semestre de 2007.

Nº total de palavras diferentes: 93.

Nº total de evocações: 328.

Média de respostas por sujeito: 3,7.

Média geral dos *rangs*: 2,44.

N = 100

- Resultados Questão nº 2

Em seguida, os sujeitos foram solicitados a mencionar cinco dos principais fatores de risco para IH, que podem ser encontrados em UTI. Os fatores de risco mencionados estão apresentados na Tabela 1 por ordem decrescente de frequência.

A maioria dos profissionais enfermeiros e médicos que participaram do estudo apontou a não lavagem das mãos (42), imunodepressão/gravidade do caso (41) e a existência de microrganismos multirresistentes (39) como os principais fatores relacionados ao fator de risco para IH (Tabela 1).

TABELA 1. Fatores de risco para IH referidos por Enfermeiros e Médicos que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (N=100). Goiânia, 2º semestre de 2007.

Fatores de Risco	Frequência (%)
Não lavagem das mãos	42 (16,9)
Imunodepressão/gravidade do caso	41 (16,5)
Microrganismos multirresistentes	39 (15,7)
Procedimentos invasivos	32 (12,9)
Falha no treinamento das equipes	22 (8,9)
Espaço físico inadequado	19 (7,5)
Mal uso dos antimicrobianos	19 (7,5)
Tempo de internação (permanência)	18 (7,3)
Infecção cruzada	05 (2,0)
Multiprofissional	03 (1,2)
Outros	09 (3,6)
Total	249 (100)

- Resultados Questão nº 3

As falas semelhantes e recorrentes, apresentadas pelos sujeitos como explicações aos dois principais fatores de risco referidos para IH, foram agrupadas conforme a seguir. Foram utilizadas 155 respostas. Alguns sujeitos emitiram somente 1 resposta ou apresentavam 2 respostas sobre o mesmo tema.

Assim, predominam temas relacionados:

- à Higienização das mãos - 58 sujeitos selecionaram este fator e apresentaram como justificativas:

... a higiene das mãos contribui consideravelmente na redução das infecções, reduzindo em 70% a 80% às infecções. S-06

A lavagem das mãos diminui e muito a infecção hospitalar, é de extrema importância realizar a lavagem das mãos para impedir que leve infecção (microrganismo ao paciente) e também que ocorra a infecção cruzada. S-85

É imprescindível a adequada e freqüente lavagem das mãos para prevenção de infecções, pois são meios de propagação. S-88

Porque a cada procedimento tem que lavar as mãos dentro da técnica porque senão pode tornar um veículo potente de contaminação. S-97

- à Desinfecção dos Equipamentos - 37 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Se houver uma limpeza e desinfecção eficaz de materiais e equipamentos bem como técnica asséptica nos procedimentos. S-13

Materiais mal esterilizados e com limpeza inadequada podem perpetuar e disseminar patógenos (infecção cruzada), principalmente aqueles que estão em contato com o meio interno (instrumentos usados para ventilação; materiais cirúrgicos, etc). S-17

Procedimentos com assepsia correta evitam infecção. S-20

- à Condição do Paciente / Imunodepressão - 13 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Porque os pacientes em UTI normalmente percorreram um caminho no qual suas reservas foram consumidas. S-49

Pior resposta imunológica e de reserva orgânica. S-26

Essas doenças geram um organismo incompetente para auxiliar impacto medicamentoso. S-28

A gravidade dos doentes por si só já é um fator de risco para infecções. S-53

O paciente crítico está instável e imunocomprometido, mais susceptível à infecção. S-24.

- aos Microrganismos Multiresistentes – 9 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Empobrecem o prognóstico do paciente. S-23

Gera germe multirresistente. S-29

Infecções graves geralmente são causadas por bactérias resistentes e o contato dos profissionais, sem precauções adequadas podem favorecer infecções em outros pacientes. S-48

Bactérias muito resistentes. S-81

- ao Tempo de internação - 8 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Devido à longa internação, paciente fica mais exposto a fatores de infecção devido ao ambiente da própria UTI. S-42

A baixa imunidade associada à internação prolongada proporciona uma mudança na flora bacteriana do paciente, bem como a invasão dos patógenos com conseqüente infecção. S-61

A internação prolongada aumenta o contato do paciente com microorganismos invasivos mais resistentes. S-67

A internação de longo período leva o paciente a estar em predisponência vulnerável à infecção. S-91

- a Muitas Pessoas Manuseando Paciente - 8 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Quanto maior o número de pessoas, maior risco de infecção. Muitas pessoas manipulando o paciente sem sabermos se lavaram as mãos corretamente ou mesmo se só lavam. S-3

Às vezes vejo a manipulação de um paciente e posteriormente de outro, sem a devida assepsia. S-30

Infecções graves geralmente são causadas por bactérias resistentes e o contato dos profissionais, sem precauções adequadas podem favorecer infecções em outros pacientes. S-48

Infecção cruzada é um importante fator de risco porque os germes são levados de um paciente para outro devido ao não cuidado das pessoas que manipulam os pacientes. S-54

- às Más Condições do Espaço Físico - 7 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Não há circulação de “ar novo”, vários pacientes no mesmo lugar facilita infecção cruzada. S-3

A falta de espaço físico e pessoal realmente compromete com funções. S-55

Pela proximidade dos leitos e número grande de profissionais em contato com paciente aumenta o risco de infecção. S-22

Leitos muito próximos podem facilitar a contaminação entre os pacientes; respingos; funcionários encostam em um leito e sem intenção encostam no outro, entre outros. S-101

- à Sobrecarga (excesso de população) - 6 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Quanto maior o número de pessoas estranhas maior será a diversidade de microrganismos. S-4

Superpopulação está ligada a um maior número de pessoas manipulando um determinado paciente. Envolve a questão da conscientização também. S-6

A falta de espaço físico e pessoal realmente comprometida com sua função. S-55

Funcionários cansados, com cargas horárias ultrapassadas do sugerido induzem a diminuição da atenção e ao aumento do risco de contaminação. S-8

- à Falta de Treinamento/Comissão Controle – 5 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Quando não existe controle de infecções hospitalares não segue as normas preconizadas pela CCIH, o risco é iminente. S-05

Não respeito às normas de EPI gera a disseminação. S-02:

A educação continuada dos profissionais de saúde é essencial para a atualização dos protocolos de assepsia. S-39

Se a equipe não tiver uma educação continuada, não pode estar apta. S-47

O não conhecimento do funcionário como de qualquer pessoa, até mesmo o paciente prejudica o entendimento e cumprimento das normas, rotinas e procedimentos adequados. S-77

- à Não Prevenção / Não Observância dos Protocolos – 4 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

Quando não existe controle de infecções hospitalares não segue as normas preconizadas pela CCIH, o risco é iminente. S-5

Protocolos de higienização. É essencial pela criação dos protocolos de assepsia. S-29

Excesso de trabalho, sobrecarga e stress prejudica o funcionamento e seguimento adequado das normas e rotinas. S-77

A não utilização adequada dos componentes de seguranças deixa exposto o profissional. S-100

- à Desatenção / Descuido - 4 sujeitos selecionaram esse fator e apresentaram como justificativas:

A falta de cuidado (não lavar as mãos, sujidades) leva a infecção cruzada e dissemina infecções. S-19

Infecção cruzada é um importante fator de risco porque os germes são levados de um paciente para outro devido ao não cuidado das pessoas que manipulam os pacientes. S-54

As intervenções invasivas (colocação de tubos, sondas...), envolve a prática de técnicas corretas por introdução e manutenção / cuidados diários possíveis de falhas. S-24

Procedimento invasivo, mais falta de cuidados adequados na higienização do paciente, aumentando assim o risco de infecção; por ser também um procedimento invasivo, muitas vezes o curativo é feito de forma inadequada (sem técnica asséptica). S-96

4.2. II Etapa

Resultados Questão nº 1, II Instrumento

No segundo instrumento, as questões foram introduzidas a fim de avaliar os diferentes fatores de risco para IH (Tabela 2). Para avaliação dos sujeitos à crença expressa em cada item, somaram-se os resultados do “concordo parcialmente” e “concordo plenamente” e de “discordo parcialmente” e “discordo plenamente”. Deve-se notar que, no instrumento, alguns itens aparecem com a polaridade invertida para evitar o efeito do halo. Esse procedimento foi corrigido na tabulação de dados.

Quando questionados sobre a introdução de sondas e cateteres, a maioria dos sujeitos, 59, (59%) concordam parcialmente e concordam plenamente que quase sempre provoca infecção hospitalar.

A maioria dos sujeitos, 72, (72%) aderem à idéia de que os pacientes com baixa resistência não adquirem nenhuma infecção hospitalar, na grande maioria dos casos, se os profissionais lavarem as mãos.

Enquanto 47 (47%) dos sujeitos discordam que a Infecção Hospitalar aparece quase sempre quando há falta de espaço no ambiente hospitalar, outros 51 (51%) concordam que esse evento ocorra.

Maioria dos sujeitos, 69, (69%) concordam que a ventilação mecânica pode carrear bactérias quase sempre e vai provocar infecção hospitalar.

Maioria dos sujeitos, 78, (78%) concordam que mesmo os leitos estando próximos, a higienização adequada das mãos praticamente elimina o risco de infecção hospitalar.

A maioria dos sujeitos, 93, (93%) concordam que o risco de o paciente de adquirir infecção hospitalar quando ele está em UTI, quase sempre é diminuído pelo uso dos procedimentos de assepsia.

Grande parte dos sujeitos, 69, (69%) discordam que Independentemente da existência de outros fatores a escolha inadequada de antibiótico favorece ocorrência de infecção hospitalar.

Os sujeitos do estudo, em sua maioria, 66, (66%) concordam que a permanência do paciente internado por vários dias, independentemente de outros fatores, provoca infecção hospitalar com frequência.

Os profissionais de UTI 69 (69%) discordam que na realização de procedimentos invasivos mesmo usando uma assepsia correta provoca com muita frequência, IH.

Os profissionais que atuam em UTI 77 (77%) tendem a considerar que a arquitetura hospitalar inadequada é fator que contribui muito frequentemente para IH.

Acerca da imunossupressão como principal fator de risco para IH, independente de procedimentos de assepsia, não há posição definida entre profissionais que atuam em UTI, pois 52 (52%) discordam e 43 (43%) concordam.

A maioria dos sujeitos, 74, (74%) que trabalham em UTI concordam que independente de outros fatores, a existência de bactérias multi-resistentes no ambiente hospitalar provoca muito freqüentemente IH.

A higienização das mãos, como medida de controle de IH, tem a concordância de 85 (85%) dos sujeitos do estudo de que a mesma, na maioria das vezes, evita que o paciente com baixa resistência venha contrair infecção hospitalar.

Parcela dos sujeitos, 69, (69%) concordam que a disposição de leitos muito próximos um do outro facilita a ocorrência de infecção hospitalar, independente dos procedimentos de assepsia.

Parte dos sujeitos, 76, (76%) concordam que o uso correto de assepsia praticamente elimina qualquer risco de infecção hospitalar, quando da colocação de cateteres.

A grande dos sujeitos, 90, (90%) concordam que o uso correto de assepsia (principalmente lavar corretamente as mãos) na prática tem um papel de controle de infecção hospitalar, no caso de pacientes com hospitalização prolongada.

Parte dos sujeitos, 44, (44%) discordam que quando aparece IH, quase sempre há má ventilação do ambiente.

O espaço físico como fator da existência de microrganismos resistentes no ambiente hospitalar não é aceito pela maioria dos profissionais que atuam em UTI 73 (73%).

Tabela 2. Opinião dos enfermeiros e médicos que atuam em Unidade de Terapia Intensiva de Hospitais de Goiânia sobre fatores relacionados com infecção hospitalar. Goiânia 2008. n=100

Questões	Variáveis		
	Discordo plenamente Discordo em parte N (%)	Não sei dizer N (%)	Concordo em parte Concordo plenamente N (%)
Na UTI, a introdução de sondas e cateteres quase sempre provoca infecção hospitalar	41 (41)	-	59 (59)
Paciente com baixa resistência não adquire nenhuma infecção hospitalar, na grande maioria dos casos, se os profissionais lavarem as mãos	28 (28)	-	72 (72)
Quando aparece uma infecção hospitalar, quase sempre, há falta de espaço no ambiente de internação	47 (47)	2 (2)	51 (51)
Ventilação mecânica pode “carregar bactérias” quase sempre vai provocar infecção hospitalar	29 (29)	2 (2)	69 (69)

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Mesmo quando os leitos estão próximos, a higienização adequada das mãos praticamente elimina o risco de infecção hospitalar	21 (21)	1 (1)	78 (78)
Risco do paciente de adquirir infecção hospitalar quando ele está em UTI, quase sempre é diminuído quando se faz assepsia	6 (6)	1 (1)	93 (93)
Independentemente da existência de outros fatores a escolha inadequada de antibiótico favorece ocorrência de infecção hospitalar	69 (69)	3 (3)	28 (28)
Permanência do paciente internado por vários dias, independentemente de outros fatores, provoca infecção hospitalar com freqüência	33 (33)	1 (1)	66 (66)
Realização de procedimentos invasivos mesmo usados com a assepsia correta provoca com muita freqüência infecção hospitalar	69 (69)	-	31 (31)

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Arquitetura hospitalar inadequada é fator que contribui muito freqüentemente para infecção hospitalar	22 (22)	1 (1)	77 (77)
A imunossupressão é um fator de risco que favorece a infecção hospitalar independente dos procedimentos de assepsia	52 (52)	5 (5)	43 (43)
A existência de bactérias multi-resistentes no ambiente, independentemente de outros fatores, provoca muito freqüentemente a infecção hospitalar	23 (23)	3 (3)	74 (74)
A higienização das mãos, na maioria das vezes, evita que o paciente com baixa resistência venha contrair infecção hospitalar	4 (4)	1 (1)	85 (85)
Disposição de leitos muito próximos um do outro, provoca (facilita a ocorrência) de infecção hospitalar, independente dos procedimentos de assepsia	28 (28)	2 (2)	69 (69)

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Uso correto de assepsia praticamente elimina qualquer risco de infecção hospitalar, quando da colocação de cateteres	21 (21)	3 (3)	76 (76)
Uso correto de assepsia (principalmente lavar corretamente as mãos) na prática tem um papel de controle de infecção hospitalar, no caso de pacientes com hospitalização prolongada	10 (10)	-	90 (90)
Quando aparece uma infecção hospitalar, quase sempre há má ventilação	49 (49)	7 (7)	44 (44)
Existência de microrganismos resistentes no ambiente hospitalar é anulada, na grande maioria dos casos, quando há espaço adequado entre os leitos, evitando infecção hospitalar	73 (73)	2 (2)	25 (25)

Segundo os critérios de conexão (intensidade e quantidade das amostras), pode-se destacar 04 elementos como hipótese de centralidade:

- Bactéria – IH – a existência de bactérias multiresistentes, independente de outros fatores, produz IH;
- Permanência – IH – a permanência por vários dias, independente de outros fatos, provoca IH;
- Procedimentos Invasivos – IH;
- Arquitetura – IH.

Esses resultados indicam que esses 04 elementos participam significativamente da organização estrutural do campo representacional (Moliner, 1992).

Nº 6 – Assepsia – IH – A assepsia reduz o risco de IH em pacientes internados em UTI.

Nº 13 – Mãos – Resistência – A assepsia evita, na maior parte dos casos, que o paciente com baixa resistência seja contaminado.

Nº 15 – Assepsia – Sondas – O uso correto da assepsia elimina o risco de IH, na colocação de sondas e cateteres.

Nº 16 – Assepsia – Permanência – A higienização controla o aparecimento de IH em pacientes de longa permanência na UTI.

Nº 18 – Microrganismo – IH – A existência de microrganismos resistentes é anulada pela disposição adequada dos leitos.

B - Itens que apontam fatores desencadeantes de IH, independente da higienização ou assepsia corretas:

Nº 1 – Sondas – IH – O uso de sondas quase sempre provoca IH.

Nº 4 – Ventilação – IH – A ventilação mecânica (um procedimento invasivo) quase sempre provoca IH

Nº 7 – Antibiótico – IH – Mal-uso dos antimicrobianos quase sempre provoca IH.

Nº 8 – Permanência – IH – Longo tempo de permanência quase sempre provoca IH.

Nº 9 – Invasivos – IH – Realização de procedimentos invasivos quase sempre provoca IH.

Nº 11 – Imuno – IH – Paciente imunodeprimido quase sempre provoca IH.

Nº 12 – Bactérias – IH – A existência de bactérias multiresistentes no ambiente produz IH.

Nº 14 – Leitos – IH – A proximidade dos leitos provoca IH.

C - Itens que apontam fatores sobre as más-condições do espaço físico ou “arquitetura das unidades e a ocorrência de IH:

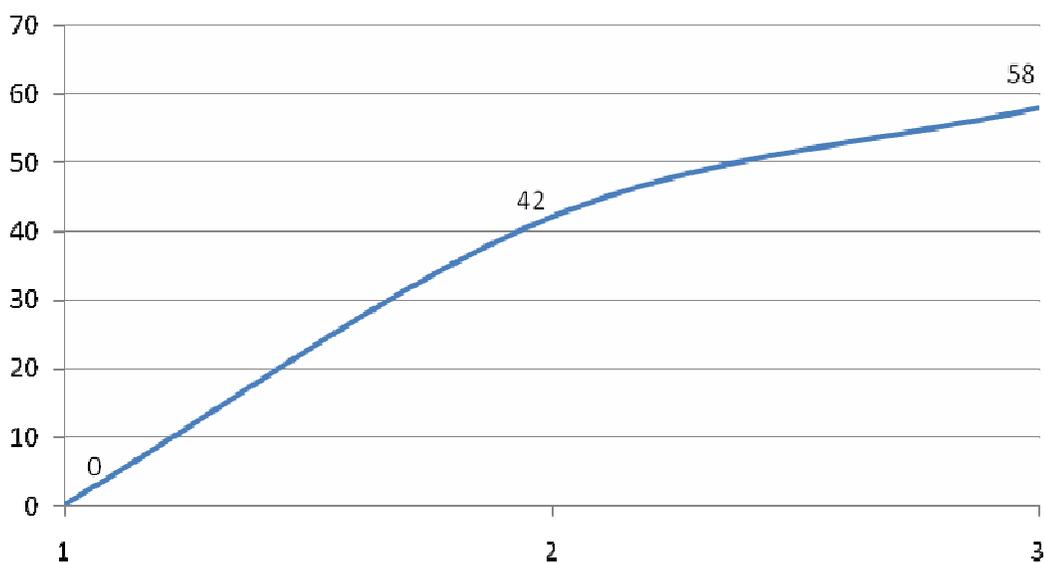
Nº 3 – Espaço – IH – Inadequação do espaço físico.

Nº 10 – Arquitetura – IH – Inadequação da arquitetura das UTI.

Nº 17 – Ar – IH – A IH aparece quando a circulação de ar não é boa, há má-ventilação.

Resultados Questão nº 2

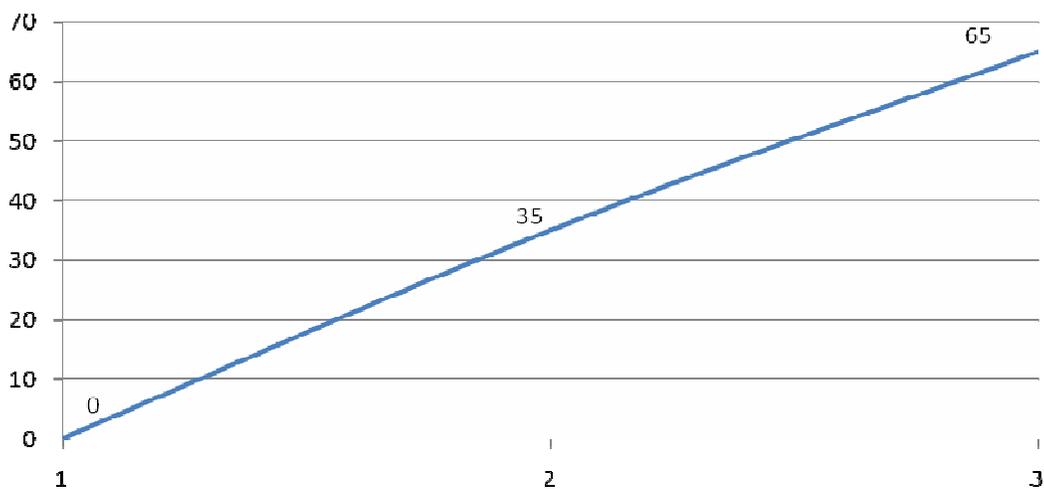
Dos itens questionados, foram construídos gráficos que foram escolhidos por mais de 50% dos sujeitos, o que caracteriza o elemento como muito característico de IH. Os gráficos de números 2,3,4 e 5 demonstram a centralidade das representações sociais pelos sujeitos acerca do risco de adquirir IH, estando imunossuprimido, longo período de hospitalização, a não higienização das mãos e quando os membros da equipe não fazem assepsia correta, respectivamente.



LEGENDA

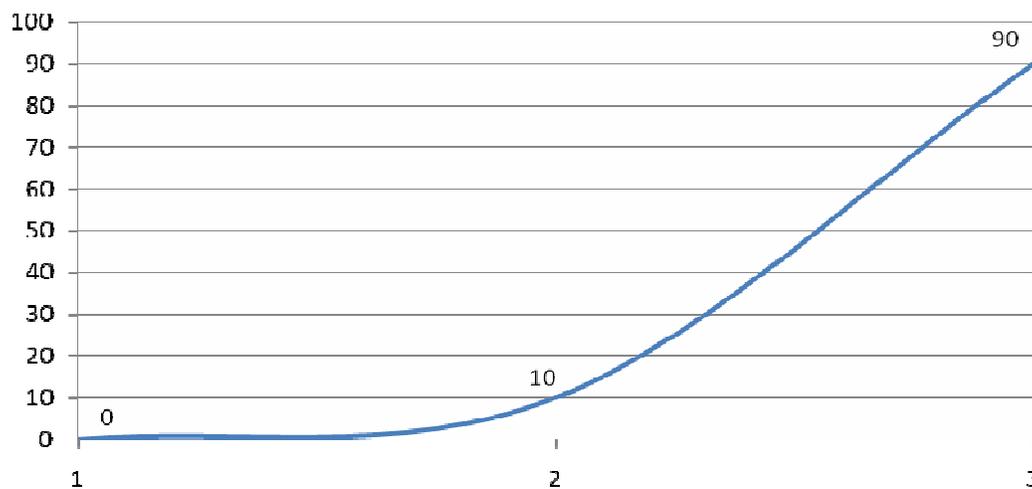
- 1 - Dificilmente ele contrairá uma IH
- 2 - Ele pode ou não contrair uma IH
- 3 - Quase sempre ele terá uma IH

FIGURA 2. Distribuição das opiniões de enfermeiros e médicos que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o risco de adquirir IH encontrando-se hospitalizado em UTI, com imunodepressão. Goiânia, 2008.

**LEGENDA**

- 1 - Difícilmente ele contrairá uma IH
- 2 - Ele pode ou não contrair uma IH
- 3 - Quase sempre ele terá uma IH

FIGURA 3. Distribuição das opiniões de enfermeiros e médicos que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o risco de adquirir IH, encontrando-se hospitalizado por tempo prolongado. Goiânia, 2008.

**LEGENDA**

- 1 - Dificilmente ele contrairá uma IH
- 2 - Ele pode ou não contrair uma IH
- 3 - Quase sempre ele terá uma IH

FIGURA 4. Distribuição das opiniões de enfermeiros e médicos que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o risco de adquirir IH, encontrando-se o paciente internado em UTI e os membros da equipe não higienizarem corretamente as mãos. Goiânia, 2008.

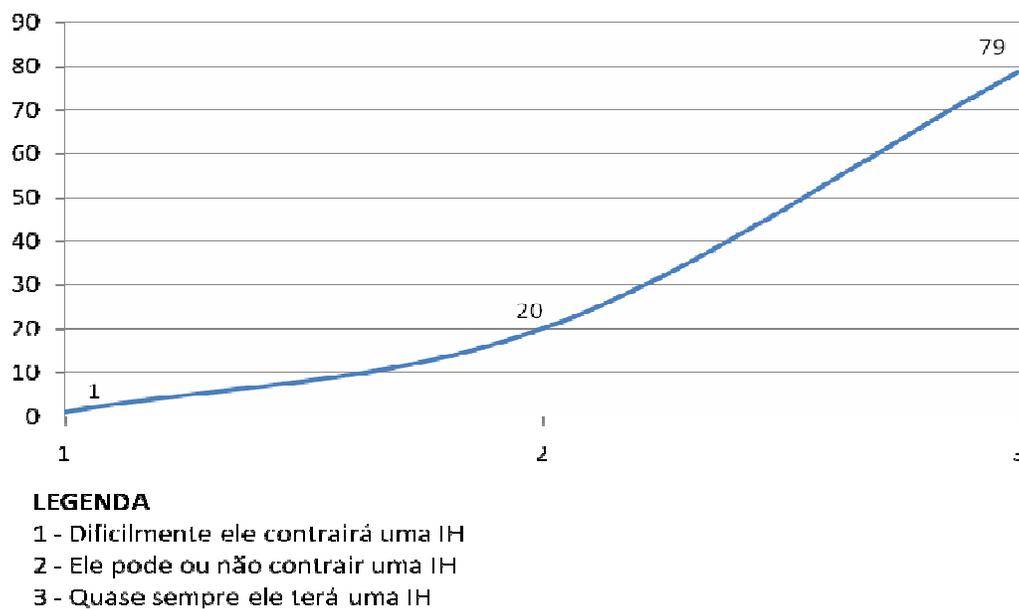


FIGURA 5. Distribuição das opiniões de enfermeiros e médicos que trabalham em unidade de terapia intensiva sobre o risco de adquirir IH, encontrando-se o paciente internado em UTI e os membros da equipe não fazerem assepsia correta. Goiânia, 2008.

5. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados na primeira fase confirmam achados anteriores relativos à crença na eficiência de higienização. De um lado, a literatura epidemiológica aponta a existência de microrganismos multiresistentes, associada ao uso de antimicrobianos de amplo espectro em larga escala (Pittet & Wenzel, 1995; Vergara, 1997; Pittet & Harbarth, 1998; Rubin *et al.*, 1999; Travers & Barza, 2002; Teixeira *et al.*, 2004). Encontra-se ainda indicada a densidade inadequada de profissionais, atuando simultaneamente em UTI's e situações de urgência que favorecem a não-higienização das mãos e a não-asepsia dos equipamentos (Johanson *et al.*, 1972).

Descartadas essas situações críticas (densidade elevada e urgências), o problema que se ressalta é a baixa adesão às condutas de prevenção, ou mais exatamente, a inconsistência na observação dos protocolos (Albert & Connie, 1981; Larson, 1983; Meengs *et al.*, 1994; Slaughter *et al.*, 1996). Devemos ainda destacar que alguns estudos sobre a adesão não distinguem claramente o que é “adesão à crença”, no caso aqui estudado, crença no papel da higienização das mãos e da assepsia e “adesão comportamental” (Mangram *et al.*, 1999; Nichols, 2001; Pittet, 2000; Boyce & Pittet, 2002; Muto *et al.*, 2003; Tablan *et al.*, 2004; Kollef & Micek, 2005; Safdar *et al.*, 2006). Do ponto de vista psicológico, trata-se de dois eventos bem distintos, operando diferentes efeitos. Apesar de estudos isolados (Albert & Connie, 1981; Larson, 1983; Meengs *et al.*, 1994; Souza *et al.*, 2008) que apontam para o desconhecimento, por parte de alguns profissionais acerca dos protocolos de prevenção, o fenômeno mais corrente é a disparidade entre discursos e práticas (Slaughter *et al.*, 1996; Larson *et al.*, 1997; Pittet, 2000). Essa posição é reforçada

por um conjunto de intervenções, apoiadas em estratégias educativas, medidas administrativas (incluindo o uso de reforçamento positivo e aversivo), implantação de condições ideais ou atrativas (novas torneiras, novos tipos de desinfetantes, sabões etc) e até implantação de dispositivos multidimensionais; sem, contudo, alcançarem o sucesso na consistência da adesão comportamental aos protocolos a médio e longo prazo (Slaughter *et al.*, 1996; Larson *et al.*, 1997; Pittet, 2000; NR-32, 2005). A maior parte das intervenções obtém um aumento significativo das práticas preventivas, porém elas retornam às suas respectivas linhas de base anteriores, ou seja, à inconsistência (Conly *et al.*, 1989; Dubbert *et al.*, 1990; Larson, 1997).

Pode-se afirmar que o conjunto dos resultados da primeira fase confirma a existência de uma *Representação Social* de Infecção Hospitalar (IH) consistente com os estudos anteriores, apontam a percepção de fatores de risco congruentes com os fatores identificados epidemiologicamente e convergentes com os fatores percebidos encontrados em outros estudos.

Desse modo, os resultados encontrados permitem afirmar a adesão à crença na função preventiva da higienização e da assepsia. Também se pode constatar que alguns fatores de risco são apontados significativamente (a gravidade do caso; a condição de imunodepressão do paciente; a existência de bactérias resistentes no ambiente da UTI e a realização de procedimentos invasivos). Esses fatores, assim como outros mencionados na periferia confirmam achados anteriores acerca dos fatores de risco de IH (Larson *et al.*, 1997; Dubbert, 1990; Pittet, 2000; Barry, 2000).

O que distingue os resultados desse estudo daqueles anteriores é que esses inserem uma hierarquia de valor no julgamento dos fatores de risco. Nos termos da Teoria do Núcleo Central, imunodepressão, bactérias multiresistentes e

procedimentos invasivos são provavelmente centrais, portanto inegociáveis, ou mais determinantes no risco de IH. Ao conjunto dos três fatores acrescente a própria higienização das mãos, como conjunto de elementos provavelmente constituindo o núcleo dessa apresentação.

Também, aparecem, em primeira periferia e com elevada frequência, o “tempo de permanência do paciente na UTI”, o “mal uso de antimicrobianos”, a “falta de assepsia” ou assepsia incorreta de equipamentos e materiais, bem como a falta de treinamento das equipes para aplicação correta dos procedimentos e protocolos de prevenção.

As más-condições do espaço físico, de sua limpeza ou de sua manutenção também são referenciadas nos estudos anteriores e são apontados de modo bastante secundário.

Os resultados da segunda questão, ainda na primeira etapa, confirmam as respostas dadas à primeira questão, uma vez que a “não lavagem das mãos” aparece como fator de risco mais freqüente e exprime de modo significativo a adesão à crença (cognitiva) na eficácia da higienização. Por outro lado, os fatores apontados correspondem aos principais fatores elencados por Kretzer & Larson (1998), e na revisão da literatura acerca dos estudos que coletaram a percepção de agentes de saúde em hospitais ou UTI's.

As justificativas, apresentadas pelos sujeitos na terceira questão dessa etapa, confirmam partes dos resultados precedentes: a) higienização foi escolhida pela maioria dos sujeitos (58) e o conteúdo das respostas é um indicador significativo da elevada adesão à crença da higienização das mãos como principal instrumento da prevenção das IH; b) também são identificados como freqüentes fatores de risco:

procedimento invasivo; imunodepressão; existência de microrganismos resistentes e tempo de permanência na UTI; c) em relação aos resultados anteriores, alguns fatores perdem seu destaque: falta de treinamento, comissão de controle, mal uso de antimicrobianos, descuido e falta de prevenção; d) e, finalmente, são explicitados dois novos fatores: o excesso de pacientes na UTI, com suas respectivas sobrecargas e stress; e o fato do paciente ser manipulado por muitos (diferentes) profissionais. De modo global, os resultados convergem com as críticas de Kretzer & Larson (1998); Barry (2000) e, indicando que apenas o aspecto disposicional não explica o fenômeno da não-adesão.

A segunda etapa da pesquisa realizou dois objetivos complementares: verificar a estrutura da representação social de IH e avaliar a participação dos fatores de risco na sua organização interna, de tal modo a conhecer em profundidade as crenças internas sobre a prevenção das IH.

O conjunto dos resultados da questão 1 (do segundo instrumento) mostra que a crença na eficácia da higienização é adotada, porém ela é condicional. Alguns fatores aparecem como susceptíveis de provocarem a IH, independente da higienização e da assepsia: procedimentos invasivos (sondas e cateteres; ventilação mecânica); tempo de permanência; existência de bactérias resistentes e proximidade dos leitos. Nos itens referentes ao espaço físico, os sujeitos parecem não ter posição definida quanto à eficácia da prevenção. Pode-se destacar um padrão ambivalente de respostas quanto a três fatores: procedimentos invasivos, baixa resistência e tempo de permanência.

Esses resultados, em seu conjunto, permitem afirmar que, embora os sujeitos expressem claramente a crença nos procedimentos de prevenção no controle das

IH, existe um raciocínio avaliativo, provavelmente fundado na prática cotidiana, que indica alguns fatores, para os quais a prevenção não é completamente eficaz: o uso de procedimentos invasivos, a gravidade do caso ou baixa resistência e o tempo de permanência. Também os resultados indicam que aspecto do ambiente (espaço físico inadequado, má-ventilação, proximidade dos leitos, etc.), mal uso de antimicrobianos e a existência de bactérias multiresistentes no ambiente não são fatores uniformes no controle das IH. Quanto à estrutura da representação social de IH, um primeiro indicador é obtido pelo tratamento de “análise de similitude”, aplicado aos resultados da primeira questão do segundo instrumento. Segundo os critérios apontados anteriormente, na secção de método, os elementos que observam uma maior conexão pertencem à lista dos itens nos quais os fatores provocam as IH, independente do uso correto de higienização e da assepsia. São eles: Permanência – IH; Invasivos – IH e Bactérias –IH.

Esses elementos constituem um eixo em torno do qual se reagrupam os outros elementos da RS. Pode-se também observar que os itens indicando IH, apesar da higienização e assepsia, ocupam as posições mais centrais no gráfico. Nesse sentido, os dados indicam: a) a hipótese de existência de outros fatores (permanência; procedimentos invasivos; bactérias multirresistentes) no núcleo central da RS de IH; b) que o campo representacional se organiza em torno dos fatores de risco, enquanto prevenção apresenta posições secundárias.

Os resultados da segunda questão, nesse último instrumento, confirmam as hipóteses anteriores quanto à estrutura da RS, ou seja, podemos supor que, muito provavelmente, o núcleo central da RS da IH é composto de quatro elementos: higienização das mãos, assepsia correta, tempo de permanência e imunodepressão.

Esse resultado indica que o aparecimento das IH não é completamente controlado pela higienização e assepsia, ou seja, apesar da observância dos procedimentos preventivos, o risco de IH é determinado por fatores que não dependem a conduta individual.

O campo das ciências preventivas é caracterizado por um variado conjunto de modelos teóricos e paradigmas metodológicos. No caso da prevenção das IH, Barry (2000) aponta que os principais modelos, baseados na noção de “disposição interna”, não obtiveram até o momento o sucesso em produzir a mudança de conduta e a estabilização da adesão aos protocolos de prevenção. Um princípio adotado com grande sucesso em outros domínios é o do comportamento por seleção das conseqüências (Kellam, 1999). Contudo Biglan (2003) reconhece que os estudos ou resultados obtidos no caso das “práticas culturais” são ainda insipientes, conclamando os pesquisadores a se dedicarem a tal investimento.

No presente estudo, a questão que se coloca é saber se o aparecimento de uma IH ou o aumento de sua prevalência em um dado serviço é vinculado ao comportamento do indivíduo, ou seja, é avaliado pelo sujeito como conseqüência direta de seu comportamento individual.

O que os resultados demonstram é que, apesar da disposição interna à higienização (resultados da Etapa I), outros estímulos são susceptíveis de produzir a conseqüência (IH) em igual ou maior magnitude que a conduta individual.

Outra linha de raciocínio explicativo se refere a identificar se a conseqüência (IH) é percebida nas *teorias implícitas* partilhadas socialmente (aqui adotado o modelo das Representações Sociais como estruturas sócio-cognitivas), susceptível de ser controlada pelo comportamento do indivíduo ou do grupo (equipe de

assistência). Os resultados aqui apresentados mostram que a intercorrência de uma IH é explicada por outros fatores, apontando baixo vínculo entre o comportamento e a IH. Ainda nesse sentido, o risco percebido será mais passivamente aceito, uma vez que pode estar sendo percebido como resultante de escolhas/decisões organizacionais ou institucionais (Wilde, 2005).

6. CONCLUSÃO

Neste contexto, o estudo estrutural das RS de IH nos permite formular a hipótese que, apesar dos sujeitos adotarem a crença da higienização das mãos como fator determinante de prevenção, os sujeitos elaboram um raciocínio do tipo avaliativo que apontam alguns fatores de risco que não se anulam completamente pela lavagem das mãos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. C. (1994). (Ed). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Abric, J. C. (2000). 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; Pp. 27 – 38.
- Abric, J. C. (2001). O estudo experimental das representações sociais. *In: Jodelet, D. (Org). As representações sociais*. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ; Pp. 155 – 171.
- Abric, J. C. (2003a). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. *In: CAMPOS, P. H. F.; da Silva Loureiro, M. C. (Org). Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: Ed. UCG. Pp. 37 – 57.
- Abric, J. C. (2003b). La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. *In: Méthodes d'études des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne; p. 60-80.
- Al- Tawfiq J. A. (2006). Antibiotic resistance of pediatric isolates of streptococcus pneumoniae in a Saudi Arabian hospital from 1999 to 2004.
- Albert R. K.; Connie, F. (1981). Hand-washing patterns in medical intensive-care units. *N Engl J Med*. 24:1465-1466.
- Allen, J. R.; Hightower, A. W.; Martin, S. M. *et al.* (1990). Secular trends in nosocomial infections: 1970-1979. *Am J Med*. 18(3): 176-93.
- Almeida, A. M. O. (2001). A pesquisa em representações sociais: fundamentos teóricos metodológicos. *Rev. Ser social*. v.1, n.1. Pp.129-58, jul/dez.

- Barry, M. F. (2000). Reasons for noncompliance with infection control guidelines. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 21: 411-416.
- Biglan, A. (2003). Selection by consequences: one unifying principle for a transdisciplinary science of prevention. *Prevention Science*, 4 (4), 213-231.
- Boyce, J. M.; Pittet, D. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 23(12 Suppl): S3-40.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1983). Portaria 196 de 24 de junho de 1983. *Diário Oficial.* Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei 78/1996. Regulamentação do aeronauta. Gabinete da Presidência da República. *Gráfica Nacional.* Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1998). Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial.* Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2000a). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno A – Epidemiologia para o Controle de Infecção Hospitalar. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). Portaria 37 de 06 de Dezembro de 2002. Diário oficial. Brasília.
- Bueno Cavanillas, A.; Delgado-Rodríguez, M.; López-Luque, A.; Schaffino-Cano, S.; Gálvez-Vargas, R. (1994). Influence of nosocomial infection on mortality rate in na intensive care unit. *Critical Care Medicine.* 22(1):55-60.

- Campos, P. H. F. (1998a). Pratiques, représentations et exclusion: le cas des éducateurs des enfants de rue au Brésil. Thèse (Doctorat em Psychologie). Université de Provence, Aix-en-Provence.
- Campos, P. H. F. (2000). Nexus et Representations Sociales. In: V Conference Internationale Sur Lês Representations Sociales. Montreal. Actes de La Cinquieme Conference. Université du Québec. v. 1. p 158.
- Campos, P. H. F. (2003). O estudo das relações entre práticas sociais e representações. *Rev Estudos*. v. 28, nº 4. pag 51-60.
- Campos, P. H. F. (2005). As representações sociais como forma de resistência ao conhecimento científico. In: Oliveira, D. C.; Campos, P. H. F. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro. P. 85-98. (Coleção Memória Social).
- Campos, P. H. F.; Torres, A. R. R.; Guimarães, S. P. (2004). Sistemas de representação e mediação simbólica da violência na escola. *Educação e Cultura Contemporânea*. 1(2), 109-132.
- Carmo Filho, J. R. (2003). Correlação epidemiológica, microbiológica e clínica das infecções hospitalares em unidades de terapia intensiva causadas por *Klebsiella pneumoniae*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.
- Carrilho, C. M. D. de M. (1999). Fatores associados ao risco de desenvolvimento de pneumonia hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Londrina, PR. *Rev Soc Brás Méd Trop*. Vol. 32, n. 4, jul/ago.
- Carvalho, M. de et al. Padrão de lavagem de mãos em uma UTI neonatal. *Jornal de Pediatria*, Rio de janeiro, v. 64, p.46-470.

- Casewel, M.; Phillips, I. (1977). Hands as route of transmission for *Klebsiella* species. *Br Med J*. 2: 1315-1317.
- Centers for Disease Control and Prevention.(1995). NNIS. Semianual Report. *Am J Infect Control*. 23: 377-85.
- Conly, J. M.; Hill, S.; Ross, J.; Leitzman, L.; Louise, T. J. (1989). Handwashing practices in an intensive care unit: the efforts of an educational program and its relationship to infection rates. *AJIC Am J infect Control* .17:330-9.
- Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. In: Jodelet, D. (Org). As representações sociais. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ. Pp. 187–203.
- Doyle, R. J.; Lee, N. C. (1986). Microbs Warfare, religion and human institutions. *Con. J. Microbiol*. 32:193-200.
- Dubbert, P. M.; Dolce, J.; Richter, W.; Miller, M.; Chapman, S. W. (1990) . Increasing intensive care unit staff handwashing: effects of education and group feedback. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 11:191-4.
- Farr, R. M. (2002). Representações sociais: a teoria e sua história. In: Guareschi, P.; Jovechelovitch, S. *Textos em representações sociais*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes. Pp. 31 -59.
- Fernandes, A. T.; Ribeiro Filho, N.; Barros, E. A. R. (2000). Conceito Cadeia Epidemiológica das Infecções Hospitalares e Avaliação Custo-Benefício das Medidas de Controle. In: Fernandes, A. T. *et al. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na área de Saúde*. São Paulo: Atheneu. Pp 215-265.
- Ferraz, E. M. (1982). Manual de Controle em cirurgia. Ed. Pedagógica e Universitária. São Paulo.

- Flament, C. (1986). L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. *In: Doise, W. & Palmonari, A. (Eds.) Les représentations sociales*. Lausanne: Délachaux et Niestlé. Pp. 139-156.
- Flament, C. (1989). Estructure et dynamique et transformation des représentations sociales. *In: Jodelet, D. (Ed.) Les représentations sociales*. Paris: PUF, p.204-219.
- Flament, C. (1993). Un livre en discussion. Nota critique. *Revue Internationale de Psychologie*. 1, 121-131.
- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. *In: Abric, JC.(Ed.) Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF, p.37-57.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. *In: Jodelet, D. (Org). As representações sociais*. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ. Pp.173 – 186.
- Florêncio, V. B.; Rodrigues, C. A.; Pereira, M. S.; Souza, A. C. S. (2003). Adesão às Precauções Padrão Entre os Profissionais da Equipe de Resgate Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros de Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, nº 1.
- Foucault, M. (1998). *Microfísica do poder*. 5. ed. Graal. Rio de Janeiro.
- Garner, J. S. (1996). Guideline For Inovation Precautions in Hospital. *Infect Control. Hosp. Epidemiol.* 17: 53 – 80.j
- Gastemeir. *et al.* (1998). Prevalence of nosocomial infections in representative german hospitals. *J Hosp Infec.* 38 (1): 37-49.

- Gikas, A. *et al.* (1999). Repeated multi-centre prevalence surveys of hospital-acquired infection in Greek hospitals. CICNet. Cretan Infection Control Network. *J Hosp Infect.* 41(1): 11-8.
- Gill & Gill. (2005). Nightingale in Scutari: Her Legacy Reexamined. *Clin Infect Dis.* 40:1799–80.
- Harbarth, S.; Sudre, P.; Dharan, S.; Cadena, M.; Pittet, D. (1999). Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding, and poor hygiene practices. *Infection Control and Hospital Epidemiology.* 20: 598-603.
- Ibañes, T.; Faire, *et croire.* (1989). Perspectives cognitives et conduites sociales. *In:* Beauvois, J. L.; Joule, R. V.; Monteil, J. M. (Eds.), *Cousset*, v.2,p27-46.
- Jarvis, W. R. (1996). Selected aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: morbidity, mortality, cost, and prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 17:552-7.
- Jodelet, D. (1998). Representações do contágio e a aids. *In:* Jordelet, D.; Madeira, M. (Org.) *Aids e representações sociais a busca de sentidos.* Natal: EDUFRN. Pp.17-45.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. *In:* Jodelet, D. (Org). *As representações sociais.* Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ. Pp. 17 – 44.
- Johanson, W. G. Jr.; Pierce, A. K.; Sanford, J. P. & Thomas, G. D. (1972). Nosocomial respiratory infections with Gram-negative bacilli. The significance of colonization of the respiratory tract. *Ann Intern Med.* 77, 701-706.

- Joule, R. V. (1989). Quand les conduites résistent aux approches cognitives. In: Beauvois, JL; Jouve RV; Monteil JM. (Eds.). Perspectives cognitives et conduites sociales, Cousset, V.2, p.19-26.
- Karlowsky, J. A.; Draghi, D. C.; Jones, M. E.; Thornsherry, C. Friedland, I. R.; Shaham, D. F. (2003). Surveillance for antimicrobial susceptibility among clinical isolates of *P. aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii* from hospitalized patients in the United States, 1998-2001. *Antimicrob Agents Chemother.* 47: 1681-1688.
- Kellam, S.G. (1999). *Integrating prevention sciences strategies*. Seventh Annual Society for Prevention Research Conference, June 24-26, New Orleans.
- Kirkland, K. B.; Briggs, J. P.; Trivette, S. L.; Wilkinson, W. E.; Sexton, D. J. (1999). The Impact of Surgical-Site Infections in the 1990s: Attributable Mortality, Excess Length of Hospitalization, and Extra Costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 20: 725-730.
- Kollef, M. H.; Micek, S. T. (2005). *Staphylococcus aureus* Pneumonia: A "Superbug" Infection in Community and Hospital Settings. *Chest.* 128: 1093-1097.
- Kretzer, E. K.; Larson, E. L. (1998) .Behavioral interventions to improve infection control practices. *AJ/C Am. J Infect Control.* 26:245-53.
- Lacerda, R. A. (2003). Controle de Infecção em Centro Cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias, São Paulo: Atheneu.
- Larson, E. (1983). Compliance with isolation technique. *Am J Infect Control.* 11:221-225.
- Larson, E. (1988) Apic guidelines for use of topical antimicrobial agents. *Am J Infect Control.* v.16, p.253-266.

- Larson, S. F.; Butler, W. R.; Currie, W. B. (1997). Reduced fertility associated with low progesterone postbreeding and increased milk urea nitrogen in lactating cows. *J Dairy Sci.* 80:1288-95.
- Lautenbach, E.; Strom, B. L.; Nachamkin, I.; Bilker, W. B.; Marr, A. M.; Larosa, L. A.; Fishman, N. O. (2004). Longitudinal Trends in Fluoroquinolone Resistance among Enterobacteriaceae Isolates from Inpatients and Outpatients, 1989-2000. *Diferences the Emergence and Epidemiology of Resistance across Organisms Clinical Infectious Diseases.* 38:655-62.
- Leão, L. S. N. O.; Passos, X. S.; Reis, C.; Valadão, L. M. A.; Silva, M. R. R.; Pimenta, F. C. (2007). Fenotipagem de bactérias isoladas em hemoculturas de pacientes críticos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* 40(5):537-540.
- Lopes, L. K. O.; Tipple, A. F. V.; Damando, S. N.; Gomes, I. V. (2004). Atendimento aos profissionais vítimas de acidente com material biológico em Hospital de Doenças Infectocontagiosas. *Rev. Eletrônica de Enfermagem.* Vol. 06, n. 0, p. 324-329.
- Mangram, A. J. Horan, T. C.; Pearson, M. L.; Silver, L. C.; Jarvis, W. R. (1999). The hospital infections control practices advisory comite. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol.* v.20, p.247-278.
- Marra, A. R. (2002). Análise dos fatores de risco relacionados à letalidade das infecções da corrente sanguínea hospitalar por *Klebsiella pneumoniae*. [Dissertação] de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.
- Martins, M. A. (1997). Aspectos históricos das infecções hospitalares. *In: Oliveira, A. C.; Albuquerque, C. P.; Rocha, L. C. M. Infecções Hospitalares - Abordagem, Prevenção e Controle.* Rio de Janeiro: NEDSI:1-7.

- Martins, M. A. (2001). Aspectos históricos das infecções hospitalares. *In: Oliveira, A. C.; Albuquerque, C. P.; Rocha, L. C. M. Infecções Hospitalares - Abordagem, Prevenção e Controle.* Rio de Janeiro: NEDSI.
- Medeiros, E. A. et al. (2003). Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de um Hospital Universitário. *Revista Acta Cirúrgica Brasileira.* v.18, supl 1, p.15-8.
- Meengs. *et al.* (1994). Handwashing frequency in na emergency department. *Annals of Emergency Medicine.* 23(6)1307-12.
- Moliner, P. (1992). La représentation sociale comme grille de lecture. Aix-en-Provence, Presses de l'Université de Provence.
- Moreira, M.; Medeiros, E. A. S.; Pignatari, A. C. C. et al. (1998). Efeito da infecção hospitalar da corrente sanguínea pr *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina sobre a letalidade e o tempo de hospitalização. *Rev Assoc Med Bras.* 44(4): 263-268.
- Moscovici, S. (1978). Representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar editores. 291p.
- Moscovici, S. (2003). Representação social: Investigações em Psicologia Social. Petrópolis, Rj: Vozes.
- Muto, C. A.; Jernigan, J. A.; Ostrowsky, B. E.; Richet, H. M.; Jarvis, W. R.; Boyce, J. M. (2003). Gideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant straisns of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 24:362-86.
- Neeling, A. J. A.; Overbeekb, B. P.; Horrevortsc, A. M.; Ligtvoetd, E. E. J.; Goettscha, W. G. (2000). Antibiotic use and resistance of *Streptococcus pneumoniae* in The Netherlands druing the period 1994-1999. 8-22.

- Neto, D. J. A. *et al.* (2000). Infecção Urinária Comunitária: etiologia e sensibilidade bacteriana. *Revista ROL. ENF.* Espanha, V. 23, n° 7-8, Pp.531-535.
- Nichols, B. (2001). Introduction do documentary. Bloomington: Indiana University Press.
- Obritsch, M. D.; Fish, D. N.; MacLren, R.; Jung, R. (2004). National surveillance of antimicrobial resistance in *Pseudomonas aeruginosa* isolates obtained from intensive care unit patients from 1993 to 2002. *Antimicrob Agentes Chemother.* 48: 4606-4610.
- Oliveira, D. C. (2001). A Enfermagem e as Necessidades Humanas Básicas: o saber/faze a partir das representações sociais. Tese de Professor Titular. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Pereira, M. S.; Prado, M. A.; Leão, A. L. M.; Souza, P. N. (1999). Avaliação de Serviços de Apoio na Perspectiva do Controle de Infecção Hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem (on line)*. Goiânia, v. 1, n° 1 out – dez.
- Pereira, A. S.; Carmo Filho, J. R.; Tognim, M. C. B.; Sader, H. S. (2002). Avaliação da acurácia de testes laboratoriais para detecção de amostras de *Klebsiella pneumoniae* produtora de betalactamase de espectro estendido (ESBL). Manuscrito submetido para publicação no *Jornal Brasileiro de Patologia Clínica* 2002.
- Pienranony, C. *et al.* (2004). Multicenter study of the prevalence of nosocomial infections in Italian hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 25(1): 85-7.
- Pittet ,D.; Wenzel, R. P. (1995). Nosocomial bloodstream infections. Secular trends in rates, mortality, and contribution to total deaths. *Arch Intern Med.* 155: 1177-84.

- Pittet, D.; Harbarth, S. J. (1998). The intensive care unit *In*: Bennett, J. V.; Brachman, P. S. Hospital Infection 4 Ed. Philadelphia:Lippincott. p.381-402.
- Pittet D. (2000). Improving Compliance With Hand Hygiene in Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 21:381-386.
- Prade, S. S.; Oliveira, S. T.; Rodriguez, R.; Nunes, F. A.; Netto, E. M.; Felix, J. Q.; Pereira, M.; Wagner, M.; Gadelha, M. Z. Borba, E. A.; Mendes, A. (1995). Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. *Revista do Controle de Infecção Hospitalar.* 2: 11-24.
- Raymond, J.; Aujard, Y.; The European Study Group. (2000). Nosocomial infections in pediatric patients: a European, multicenter prospective study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 21: 260-263.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. *In*: Moreira, A. S. P.; Oliveira, D. C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social.* Goiânia: AB, p.39-46.
- Rouquett, M. L. (2003). Paradoxos da arepresentação e da ação: conjunções sem coordenação. *In*: Campos, P. H. F.; da Silva Loureiro, M. C. (Org). *Representações sociais e práticas educativas.* Goiânia: Ed. UCG. Pp. 81-88.
- Rubin, R. J.; Harrington, C. A.; Poon, A.; Dietrich, K.; Greene, J. A.; Ventanas, J. (1999). Dry-cured Iberian ham non-volatile components as affected by the length of the curing process. *Food Research International.* 32: 643-651.
- Sá, C. P. (1996). Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.* Rio de Janeiro: EDUER. 110 p.

- Sá, C. P. (2002). Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes. 189 p.
- Safdar, N.; Marx, J.; Meyer, N. *et al.* (2006). Effectiveness of preemptive barrier precautions in controlling nosocomial colonization and infection by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a burn unit. *Am J Infect Control*. 34(8): 476-483.
- Santos, I. *et al.* (2004). Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu.
- Siegel, J. D, *et al.* (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.
- Slaughter, S.; Hayden, M. K.; Nathan, C.; Hu, T. C.; Rice, T.; Van Voorhis, J. A. (1996). Comparison of the effect of universal use of gloves and gowns with that of glove use alone on acquisition of vancomycin-resistant enterococci in a medical intensive care unit. *Ann Intern Med*. 125:448-456.
- Souza, A. C. S. (2001). Risco Biológico e Biossegurança no Cotidiano de Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP.
- Souza, A. C. S.; Neves, H. C. C.; Tipple, A. F. V.; Santos, S. L. V.; Silva, C. F.; Barreto, R. A. S. (2008). Conhecimento dos graduandos de Enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. *Ver Eletro Enf*. 2008;10(2):428-437. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n1a14.htm>

- Su, X.; Lind, I. (2001). Molecular basis of high-level ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* strains isolated in Denmark from 1995 to 1998. *Antimicrob Agents Chemother.* 45: 117-123.
- Tablan, O. C.; Anderson, L. J.; Besser, R.; Bridges, C.; hajjeh, R. (2004). Guidelines for preventing healthcare-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR.* 53(RR-3): 1-36.
- Tanaka, M., Takahashi, K.; Saika, T.; Kobayashi, I.; Ueno, T. & Kumazawa, J. (1998). Development of fluoroquinolone resistance and mutations involving GyrA and ParC proteins among *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Japan. *J Urol.* 159: 2215-2219.
- Teixeira, P. J. Z.; Hertz, F. T.; Cruz, D. B. *et al.* (2004). Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade. *J. Bras. Pneumol.* 30(6): 540-548.
- Tenover, F. C. (1991). Molecular methods for the clinical microbiology laboratory. *In:* Balows, A. editor. Manual of clinical microbiology. 5th ed. Washington (DC). ASM. p. 119-27
- Vaque, J. *et al.* (1996). Nosocomial infections in Spain: results of live nationwide serial prevalence surveys (EPINE Project, 1990 to 1994). Nosocomial Infections Prevalence Study in Spain. *Inf Control Hosp Epidemiol.* 17(5): 293-7.
- Vergara, N. P. F. (1997). Epidemiologia da colonização ou infecção por leveduras no trato urinário de pacientes submetidos à cateterização vesical internados em unidade de terapia intensiva. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. São Paulo.
- Vergés, P. (1985). Interprétation au premier degree l'analyse au plus près des propriétés mathématiques. *Informatique et Sciences Humaines.* Pp 27-40.

- Vergés, P. (1989). Représentations sociales de l'économie: une forme de connaissance. *In: Jodelet, D. (Ed.). Les représentations sociales.* Paris: PUF. pp. 387-405.
- Vergés, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau centra d'une représentation. *Bulletin de Psychologie, XLV, Vol. 45,* Lausanne: Délachaux et Niestlé. p. 2003-209.
- Vergés, P. (1994). 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.
- Vergés, P. (2001). Representações sociais da economia: uma forma de conhecimento. *In: Jodelet, D. (Org). As representações sociais.* Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ. Pp. 343 – 362.
- Wenzel, R. P.; Edmond, M. B. (2001) The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerging Infectious Diseases. 7:* 174-177.
- Wilde, G. J. S. (2005). *O limite aceitável de risco. Uma nova psicologia de segurança e de saúde.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zavascki, A. P.; Barth, A. L.; Fernandes, J. F.; Moro, A. L.; Gonçalves, A. L.; Goldani, L. Z. (2006). Reappraisal of *Pseudomonas aeruginosa* hospital-acquired pneumonia mortality in the era of metallo-beta-lactamase-mediated multidrug resistance. *104:* R114.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **INFECÇÕES NO MEIO AMBIENTE HOSPITALAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS COM ATUAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Nome do (a) Pesquisador (a): Msd. Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite.

Nome do Orientador: Drº José Rodrigues do Carmo Filho.

Nome do co-Orientador: Drº Pedro Humberto Faria Campos.

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem com objetivo de Compreender a RS das Infecções Hospitalares (IH) por Enfermeiros e Médicos que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de diferentes hospitais em Goiânia em 2007. A seguir, estão registrados esclarecimentos necessários acerca da pesquisa:

1. Ao participar deste estudo, você permitirá que a pesquisadora analise a Representação Social das Infecções Hospitalares entre os profissionais da saúde (médicos e Enfermeiros), os quais atuam em UTI. Você tem liberdade de se recusar a participar sem que haja qualquer constrangimento; caso concorde agora e queira se desvincular do estudo posteriormente, em qualquer fase da pesquisa, poderá fazê-lo sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto (8433 9795) e se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (3946 1071).
2. A participação nesta pesquisa não trará nenhuma complicação. Os procedimentos adotados na pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua saúde ou dignidade.

3. Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto a realização do presente estudo trará informações importantes que poderão contribuir para a melhoria do conhecimento acerca da infecção hospitalar, o que ajudará no estabelecimento de estratégias para a sua redução.
4. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
5. Sua participação se dará pelo preenchimento de um questionário a ser entregue pela pesquisadora, em local e horário que julgar mais conveniente.
6. A qualquer momento poderá solicitar a sua retirada do estudo sem qualquer prejuízo, como já esclarecido anteriormente.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento para participar desta pesquisa como voluntário. Se concordar, preencha, por favor, os itens abaixo.

Muito Obrigada,

Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite
Pesquisadora Responsável

ANEXO II

QUESTIONÁRIO

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

- 1) 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 _____

- 2) Na sua opinião, quais são os principais fatores de risco para IH que podem ser encontrados em UTI?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

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

1 = _____

2 = _____

ANEXO III

Pensando na UTI que você conhece, freqüente e/ou trabalha, indique o seu grau de acordo ou desacordo com cada uma das proposições relacionadas com **Infecção Hospitalar** listadas a seguir, marcando o item correspondente.

1) Na UTI, a introdução de sondas e cateteres quase sempre provoca **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente .

Concordo
plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em
parte.

Não sei
Dizer.

Concordo
em parte.

2) O paciente com baixa resistência não adquire nenhuma **Infecção Hospitalar**, na grande maioria dos casos, se os profissionais lavarem as mãos.

Discordo totalmente.

Concordo
Plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em
parte.

Não sei
Dizer.

Concordo
em parte.

3) Quando aparece uma **Infecção Hospitalar**, quase sempre, há falta de espaço físico no ambiente de internação.

Discordo totalmente.

Concordo
plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em
parte.

Não sei
Dizer.

Concordo
em parte.

4) A ventilação mecânica pode “carregar bactérias” quase sempre vai provocar **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente. Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Discordo em parte. Não sei dizer. Concordo em parte.

5 - Mesmo quando os leitos estão muito próximos, a higienização adequada das mãos praticamente elimina o risco de **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente. Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Discordo em parte. Não sei dizer. Concordo em parte.

6) O risco de o paciente de adquirir **Infecção Hospitalar** quando ele está em UTI, quase sempre é diminuído pelo uso correto dos procedimentos de assepsia.

Discordo totalmente. Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Discordo em parte. Não sei dizer. Concordo em parte.

7 - Independente de outros fatores, a escolha inadequada de antibióticos provoca quase sempre, ocorrência de **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente. Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Discordo em parte. Não sei dizer. Concordo em parte.

8 - A permanência do paciente internado por vários dias, independentemente de outros fatores, provoca **Infecção Hospitalar** com freqüência.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em
parte.

Não sei
dizer.

Concordo em
parte.

9 - A realização de procedimentos invasivos, mesmo usados com a assepsia correta, provoca com muita freqüência a **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em
parte.

Não sei
dizer.

Concordo em
parte.

10 - Arquitetura hospitalar inadequada é um fator que contribui muito frequentemente para ocorrência de **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em
parte.

Não sei
dizer.

Concordo em
parte.

11 - A baixa resistência (paciente imunodeprimido) é o principal fator que favorece a **Infecção Hospitalar**, independente dos procedimentos de assepsia.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em
parte.

Não sei
dizer.

Concordo em
parte.

12 - A existência de bactérias multi-resistentes no ambiente, independente de outros fatores, provoca muito frequentemente a **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em parte.

Não sei dizer.

Concordo em parte.

13 - A lavagem das mãos, na maioria das vezes, evita que o paciente com baixa resistência venha a ser contaminado por **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

_____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Discordo em parte.

Não sei dizer.

Concordo em parte.

14 - A disposição de leitos muito próximos um do outro provoca (facilita a ocorrência) a **Infecção Hospitalar**, independente dos procedimentos de assepsia.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em parte.

Não sei dizer.

Concordo em parte .

15 - O uso correto da assepsia praticamente elimina qualquer risco de **Infecção Hospitalar**, quando da colocação de sondas e cateteres.

Discordo totalmente

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo em parte.

Não sei dizer.

Concordo em parte.

16 - O uso correto de assepsia (principalmente lavar corretamente as mãos) na prática tem um papel de controle da **Infecção Hospitalar**, no caso de pacientes com hospitalização prolongada.

Discordo totalmente

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo
em parte.

Não sei
dizer.

Concordo
em parte.

17 – Quando aparece uma **Infecção Hospitalar**, quase sempre há má ventilação.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo
em parte.

Não sei
dizer.

Concordo
em parte.

18 - A existência de microrganismos resistentes no ambiente hospitalar é anulada, na grande maioria dos casos, quando há espaço adequado entre os leitos, evitando assim a **Infecção Hospitalar**.

Discordo totalmente.

Concordo plenamente.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Discordo
em parte.

Não sei
dizer.

Concordo
em parte.

ANEXO IV

Para responder aos questionamentos de I a IX, procure pensar em cada fator de modo isolado.

Um paciente com quadro grave foi internado na UTI. Em relação ao risco de adquirir uma **Infecção Hospitalar**:

I) Se o paciente receber ventilação mecânica:



II) Se a UTI está infectada com microrganismos multi-resistentes:



III) Se o paciente se encontra imunodeprimido:



IV) Se os leitos da UTI se encontrar muito próximos uns dos outros:



V) Se o paciente for submetido a procedimentos invasivos (ex: sondas e cateteres):



VI) Se o paciente tem longo tempo de permanência na UTI:



VII) Se os membros da equipe não lavam corretamente as mãos:



VIII) Se houve uso incorreto de antibióticos neste paciente:



IX) Se alguns membros da equipe não fazem a assepsia correta:



Obrigada por sua participação.