Gracilene Ramos de Assis

**Aspectos psicossociais relacionados às práticas de controle
de infecção de profissionais de saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Doenças Infecciosas e
Parasitárias

Orientadora: Profa. Dra. Anna Sara Shafferman
Levin

SÃO PAULO

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Assis, Gracilene Ramos de
Aspectos psicossociais relacionados às práticas
de controle de infecção de profissionais de saúde /
Gracilene Ramos de Assis. -- São Paulo, 2017.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias.
Orientadora: Anna Sara Shafferman Levin.

Descritores: 1.Infecção hospitalar 2.Higiene das
mãos 3.Cateteres venosos centrais 4.Infecções
relacionadas a cateter 5.Qualidade da assistência à
saúde 6.Fidelidade a diretrizes 7.Comportamento e
mecanismos comportamentais 8.Motivação
9.Personalidade 10.Autoimagem

USP/FM/DBD-480/17

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, em especial ao meu marido, meu filho e minha mãe.

Que sempre acreditaram e apoiaram os meus sonhos incondicionalmente e constituíram meu alicerce para que eu pudesse alcançar essa conquista.

Agradecimentos

À Deus, pela capacitação, pelo cuidado, pelo direcionamento, pelas oportunidades, pelas conquistas e pelas pessoas maravilhosas que colocou em meu caminho.

Ao meu marido Gilvan José de Assis e ao meu filho Victor Emanuel Ramos, pelo companheirismo e amor incondicional sempre, eu sei que vocês sonham comigo cada sonho meu e isso fez toda a diferença nessa jornada.

A minha mãe Aparecida e minhas irmãs Marilene e Laudiene, que mesmo estando longe, sempre apoiaram e torceram muito por mim. Enfim a toda minha família, que é maravilhosa e sempre me apoiou muito e sem vocês eu não teria conseguido.

A Prof^a. Dra. Anna Sara Levin, por sua excelente orientação e valiosos ensinamentos que tanto contribuíram para meu crescimento acadêmico e pessoal, sendo para mim um exemplo de profissional e pessoa. Rubem Alves, em Cenas da Vida citou que: “As inteligências dormem. Inúteis são todas as tentativas de acordá-las por meio da força e das ameaças. As inteligências só entendem os argumentos do desejo: elas são ferramentas e brinquedo do desejo.” Obrigada por ter despertado em mim o desejo de realizar este trabalho, por ter desafiando meus medos e inseguranças e ter conduzido com maestria o caminho até aqui.

A Prof^a. Dra. Silvia Figueiredo Costa, pelo incentivo e por ter me dado grandes oportunidades, inclusive ter me apresentado a Dra. Anna Sara.

À equipe de psicólogas que auxiliaram esta pesquisa, em especial a Prof^a. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo que juntamente conosco idealizou este projeto. A Cláudia Gesserame Vidigal, Gláucia Rosana Guerra Benute e as alunas de iniciação científica da psicologia que participaram deste projeto e foram de muita importância para a sua realização.

À equipe de estatística do Instituto de Matemática e Estatística da USP (IME-USP) Julio da Motta Singer, Antonio Carlos Pedroso de Lima e Robert Plant Santos, pela importante participação neste projeto.

A todos os membros do Grupo de Controle de Infecção Hospitalar – GCIH, em especial à Sueli Ferreira Raymundo e ao Luizegne Donato, por serem sempre tão solícitos.

As Enfermeiras Renata Desordi Lobo e Maria Clara Padoveze, pela importante participação.

A Dra. Gladys Prado e a Dra. Maria Beatriz Souza Dias, pela importante ajuda.

A todos do LIM/54 - Laboratório de Bacteriologia, onde tudo começou, onde sempre encontro apoio.

A toda a equipe de profissionais das Unidades de Terapia Intensiva (UTI de Moléstias Infecciosas, UTI do Pronto Socorro, UTI da Clínica Médica/Pneumologia e UTI Cirúrgica) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que contribuíram para a realização de mais um estudo.

A todos os professores das disciplinas do Doutorado que se dedicaram para o meu crescimento.

Aos funcionários da Pós-Graduação que, com paciência e eficiência, sempre me apoiaram.

A meu cunhado Amós Eloisio de Assis, especialista em informática, que me ajudou muito.

Ao CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo suporte financeiro durante toda a pesquisa.

A todos que participaram direta e indiretamente para a realização deste projeto. Muito obrigada!

Normatização adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento de sua publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos e periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

	Lista de abreviaturas	
	Lista de tabelas	
	Lista de figuras	
	Lista de quadros	
	Resumo	
	Abstract	
1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva (UTI).....	4
1.2	Infecção da corrente sanguínea associada a cateteres venosos centrais.....	5
1.3	Higienização das mãos, importância e adesão.....	11
1.4	Estilos de Pensamento.....	14
1.5	Personalidade.....	16
1.5.1	Conceituação.....	17
1.5.2	A Teoria da Personologia de Henry Murray.....	18
1.6	Autoestima.....	20
1.7	Qualidade de vida (QV).....	22
1.8	Estresse.....	24
2.	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo geral.....	29
2.2	Objetivo específico.....	29
3.	MÉTODOS.....	30
3.1	Tipo de estudo.....	31
3.2	Local do estudo.....	31
3.3	Casuística.....	31
3.4	Instrumentos.....	31
3.4.1	Para caracterização da amostra.....	31
3.4.2	Para avaliação da adesão dos PAS às práticas recomendadas de controle de infecção.....	32
3.4.3	As avaliações psicológicas realizadas por profissional psicólogo....	33

3.5	Aspectos éticos.....	38
3.6	Procedimentos.....	38
3.7	Cálculo do tamanho da amostra e metodologia estatística	39
4.	RESULTADOS.....	41
5.	DISCUSSÃO.....	65
6.	CONCLUSÃO.....	50
7.	REFERÊNCIAS.....	78
	Apêndice	

ANVISA –	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
CCIH –	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC –	Center for Disease Control and Prevention
CEST -	Cognitive-Experiential Self-Theory
CFP -	Conselho Federal de Psicologia
CLABSI -	Infecção da Corrente Sanguínea Confirmada Laboratorialmente
CRBSI -	Infecção da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter
CVC -	Cateter Venoso Central
EAR -	Escala de Autoestima de Rosenberg
EPPS -	Edwards Personal Preference Schedule
EUA -	Estados Unidos da América
HM –	Higienização das Mãos
MS -	Ministério da Saúde
NHSN -	National Healthcare Safety Network
IC -	Intervalo de Confiança
ICHC-FMUSP -	Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ICS -	Infecção da Corrente Sanguínea
IME-USP –	Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo
IFP -	Inventário Fatorial de Personalidade
IH -	Infecção Hospitalar
IHI -	Institute for Healthcare Improvement
IRAS –	Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde
IPCS -	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
IPCSC -	Infecção Primária da Corrente Sanguínea firmada apenas por critérios Clínicos
IPCSL -	Infecção da Corrente Sanguínea com confirmação Laboratorial
IPUSP –	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
ISSL -	Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

OMS –	Organização Mundial de Saúde
OPAS –	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS -	Profissionais da Área de Saúde
PICC -	Cateter Venoso Central de Inserção Periférica
WHOQOL -	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-BREF-	World Health Organization Quality of Life – Bref
QV -	Qualidade de Vida
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RVEI-S -	Rational-Experiential Inventory
SATEPSI -	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva

Tabela 1 -	Adesão e frequência de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem de acordo com as etapas previstas e categoria profissional, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	43
Tabela 2 -	Adesão e frequência da equipe de enfermagem de acordo com as etapas previstas e unidade de observação, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - junho de 2012 a dezembro de 2013.....	44
Tabela 3 -	Adesão e frequência da equipe de enfermagem de acordo com as etapas previstas e o turno, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - junho de 2012 a dezembro de 2013.....	45
Tabela 4 -	Adesão e frequência do total de procedimentos realizados pela equipe médica de acordo com a unidade de observação e higiene das mãos nos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	46
Tabela 5 -	Adesão e frequência da higienização das mãos nos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dos profissionais médicos de acordo com o turno. Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - junho de 2012 a dezembro de 2013	47
Tabela 6 -	Características demográficas dos profissionais de assistência à saúde (PAS) que realizaram os testes psicológicos, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade	

	de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013	48
Tabela 7 -	Distribuição dos escores do Estilo de Pensamento de acordo com a categoria profissional, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013	49
Tabela 8 -	Distribuição dos escores do Estilo de Pensamento de acordo com a unidade de observação, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	50
Tabela 9 -	Distribuição da avaliação da Autoestima, categorizada como, baixa, normal e alta, de acordo com a categoria profissional, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013	50
Tabela 10 -	Distribuição da avaliação da Autoestima, categorizada como, baixa, normal e alta, de acordo com a unidade de observação, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	51
Tabela 11 -	Distribuição dos escores da análise da Autoestima de acordo com a categoria profissional, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	51
Tabela 12 -	Distribuição dos escores da análise da Autoestima de acordo com a unidade de observação, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	52
Tabela 13 -	Distribuição das médias das proporções de adesão aos procedimentos de cuidados com o curativo e manipulação do cateter venoso central dos profissionais de enfermagem de acordo com a avaliação da autoestima. Instituto Central do Hospital das Clinicas da	

	Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	53
Tabela 14 -	Distribuição das médias das proporções de adesão à higienização das mãos nos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dos médicos avaliados de acordo com a avaliação da autoestima. Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	53
Tabela 15 -	Distribuição dos escores da avaliação da qualidade de vida de acordo com a categoria profissional, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, (julho de 2012 a dezembro de 2013).....	54
Tabela 16 -	Distribuição dos escores da avaliação da qualidade de vida de acordo com a unidade de observação, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	55
Tabela 17 -	Distribuição do teste psicológico do estresse de acordo com a categoria profissional, presença e sintomatologia mais presente, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	56
Tabela 18 -	Distribuição do teste psicológico do estresse de acordo com a categoria profissional e a fase do estresse em que cada profissional se encontra. Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	56
Tabela 19 -	Distribuição do teste psicológico do estresse de acordo com unidade de observação, presença e sintomatologia mais presente. Instituto Central do Hospital das Clinicas	

	da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	57
Tabela 20 -	Distribuição do teste psicológico do estresse de acordo com a unidade de observação e a fase do estresse em que cada profissional se encontra. Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	57
Tabela 21 -	- Distribuição das médias das proporções de adesão à higienização das mãos nos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dos profissionais médicos de acordo com a presença e a fase do estresse. Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	58
Tabela 22 -	Distribuição dos escores do teste psicológico Inventário fatorial da personalidade de acordo com a categoria profissional, Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	59
Tabela 23	Distribuição dos escores do teste psicológico inventário fatorial da personalidade de acordo com a unidade de observação , Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	60
Tabela 24	Chance de adesão à higiene das mãos estimada por intermédio do modelo de regressão logística com efeitos aleatórios e respectivos intervalos de confiança com coeficiente confiança de 95% para médicos com idade de 30 anos e escore de agressão de 27. Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	61
Tabela 25	Chance de adesão à antissepsia da pele no local do	

	curativo e a desinfecção da conexão do cateter venoso central, estimada por intermédio do modelo de regressão logística com efeitos aleatórios e respectivos intervalos de confiança com coeficiente de confiança de 95% para profissionais de enfermagem com escore de Assistência de 47, escore de Deferência de 47 e escore de Afago de 38. Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013.....	63
Tabela 26	Chance de adesão à higienização das mãos antes da realização do curativo/manipulação do cateter venoso central, estimada por intermédio do modelo de regressão logística com efeitos aleatórios e respectivos intervalos de confiança com coeficiente de confiança de 90% para profissionais de enfermagem com escore de Afiliação de 50. Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013	64

Figura 1 - Vias de acesso para contaminação de um dispositivo vascular.....	09
---	----

Quadro 1 - Correspondência entre indicações e recomendações para higiene das mãos de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

Quadro 2 - Quadro das 20 necessidades referentes à personalidade descritas por Henry Murray ⁶⁶.

Resumo

Assis GR. *Aspectos psicossociais relacionados às práticas de controle de infecção de profissionais de saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) desafiam constantemente a qualidade da assistência prestada no sistema de saúde como um todo. Apesar do conhecimento acerca do conceito de infecção hospitalar, suas origens, fatores relacionados e principalmente as medidas gerais de prevenção e controle das IRAS, o que normalmente se verifica, é a baixa adesão dos PAS às medidas preventivas. Existem várias medidas fortemente embasadas em evidências científicas, porém, a utilização dessas medidas, por profissionais de saúde, permanece um grande desafio. Estudos mencionam que o não cumprimento das diretrizes é um problema universal, e para desenvolver intervenções bem-sucedidas, são necessárias mais pesquisas sobre os determinantes comportamentais. Diante disso este estudo teve como objetivos avaliar a adesão às práticas de prevenção e controle de infecção dos (PAS) que atuam em UTI, tais como: cuidados de manipulação e curativo de cateteres venosos centrais (CVC) e manipulação direta do paciente e de seu ambiente próximo e investigar uma possível correlação entre a adesão dos PAS e o desempenho de seus testes psicológicos que avaliaram seus Estilos de pensamento, Autoestima, Qualidade de vida, Estresse e Personalidade. Realizou-se um estudo observacional, prospectivo, no período de julho de 2012 a dezembro de 2013 em quatro Unidades de Terapia Intensiva em um grande hospital escola. Foram realizadas 7.572 observações distribuídas entre as práticas selecionadas de 248 profissionais que atuaram em quatro UTIs, constituídos por médicos e enfermeiros (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros). Para a equipe de enfermagem a proporção de adesão para o procedimento de cuidados com a manipulação variou entre 13% e 95%, ficando com a menor adesão as etapas que envolveram a higienização das mãos (HM) antes de manipular o cateter e a desinfecção da conexão do CVC. Para o procedimento de cuidados com o curativo do CVC a proporção de adesão variou entre 14% e 99%, ficando com a menor adesão novamente as etapas que envolveram a HM antes de iniciar a troca do curativo do CVC. Para avaliação da equipe médica foi observada a adesão à HM das mãos nos cinco momentos propostos pela OMS. A proporção de adesão variou entre 10% e 98%. Observou-se menor taxa de adesão para os momentos “Antes do contato direto com o

paciente”, “Após contato com ambiente próximo ao paciente” e “Antes de procedimentos assépticos”. Utilizou-se um modelo de regressão logística ajustado para avaliar a associação entre a adesão às práticas de controle de infecção e os testes psicológicos dos profissionais de saúde e apenas a autoestima e aspectos de personalidade (agressão, assistência, deferência, afago e afiliação) obtiveram associação com a adesão às práticas de controle de infecção. Conhecer fatores biopsicossociais (características de personalidade e autoestima) capazes de gerar comportamentos que influenciam o ato de adesão dos PAS às práticas de controle de infecção, pode ser um passo importante para projetar estratégias de intervenção mais eficientes para modificar o comportamento dos profissionais de saúde e aumentar as boas práticas.

Descritores: infecção hospitalar; higiene das mãos; cateteres venosos centrais; infecções relacionadas a cateter; qualidade da assistência à saúde; fidelidade a diretrizes; comportamento e mecanismos comportamentais; motivação; personalidade; autoimagem.

.

Abstract

Assis GR. *Psychosocial aspects related to infection control practices of health professionals* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

Health care-associated infections (HAI) consistently challenge the quality of care provided in the health system as a whole. Despite knowledge about hospital infection, its origins, associated factors and the general measures of prevention and control, usually a low adherence of healthcare professional to preventive measures is observed. There are several scientifically-based preventive measures, however the use of these guidelines by health professionals remains a major challenge. Studies point out that failure to comply with the guidelines is a universal problem and for successful interventions to be developed further research on behavioral determinants is needed. The objective of this study was: -to evaluate the adherence to the prevention and infection control practices by healthcare professionals working in ICUs, during procedures such as handling and dressing of central venous catheters (CVC), and direct manipulation of the patient and the close environment to the patient; and -to investigate a possible correlation between adherence of healthcare professionals and their performance in psychological tests (Styles of Thought, Self Esteem, Quality of Life, Stress and Personality). An observational, prospective study was carried out from July 2012 to December 2013 in four Intensive Care Units in a large teaching hospital. A total of 7,572 observations was made, for 248 healthcare professionals who worked in four ICUs. These were doctors and nurses (nurse assistants, nurse technicians and registered nurses). For the nursing team the proportion of adherence to adequate procedures involving CVC manipulation varied between 13% and 95%. The steps with smaller adhesion were: hand hygiene (HM) before beginning the CVC manipulation and disinfection of the CVC hub. For the CVC dressing, adherence varied between 14% and 99%. Lowest adherence was observed for HM before beginning the dressing. For doctors, hand hygiene was observed during the five moments proposed by the WHO. Compliance varied between 10% and 98%. Lowest compliance was observed for the moments: " Before direct contact with the patient "," After contact with environment close to the patient "and" Before aseptic procedure ". An adjusted regression logistics model was used to evaluate the correlation between adherence to infection control practices by the healthcare professionals and their psychological tests. Self-esteem and aspects of personality (aggression, attendance, affiliation and cuddle) were associated

with compliance. We believe that knowing biopsychosocial factors (personality traits and self-esteem) that may influence adherence of healthcare professionals to infection control practices can be an important step to develop more efficient intervention strategies to modify behavior and increase quality of care for patients.

Descriptors: cross infection; hand hygiene; central venous catheters; catheter-related infections; quality of health care; guideline adherence; behavior and behavior mechanisms; motivation; personality; self concept.

1 Introdução

Segundo definição do Ministério da Saúde (MS), Infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando relacionada com a internação hospitalar ou a realização de procedimentos invasivos ¹. Atualmente a compreensão de que a infecção está relacionada à realização de procedimentos e a assistência em qualquer serviço de saúde, e não exclusivamente ao ambiente hospitalar, tornou o termo infecção hospitalar mais amplo e passou a ser definido como infecção relacionada à assistência em saúde (IRAS)². Assim, a sua prevenção e controle necessitam de medidas técnicas e, sobretudo, comportamentais e refletem a qualidade dos cuidados prestados.

O controle das IRAS é uma temática complexa, com múltiplos fatores causais, havendo inúmeras dificuldades para a implementação de um programa efetivo de prevenção e controle, de modo que, o enfrentamento das IRAS representa um desafio cada vez maior para os profissionais da saúde. Os obstáculos vão desde a adoção de medidas cotidianas simples, como o ato de lavar as mãos, até a dinâmica complexa da estrutura organizacional das instituições padronizadoras, provedoras e executoras. Contudo, o grande desafio, destacado por autores, reside nas relações de trabalho e no pouco envolvimento dos profissionais ^{3, 4, 5, 6, 2}. O conceito de vida na literatura sugere uma luta constante para vencer o abismo entre saber o que fazer e fazê-lo de fato. ⁷

As IRAS representam uma ameaça significativa tanto para os órgãos de saúde competentes como também para ordem ética, social e jurídica devido às implicações na vida dos usuários e o risco a que estes estão submetidos ⁸. Essas infecções ameaçam clientes e profissionais da área de saúde (PAS), trabalhadores dos serviços de apoio, acompanhantes e demais usuários do serviço. O impacto das IRAS implica em prolongamento do período de internação hospitalar, aumento da resistência antimicrobiana, gastos excessivos para o sistema de saúde, pacientes e familiares e elevada mortalidade. Por estas razões, a ocorrência dessas infecções tem mobilizado a atenção de profissionais, pesquisadores, órgãos e associações públicas ou privadas na tentativa de implementar medidas efetivas de prevenção e controle ⁹.

Existe uma relação entre a ocorrência de IRAS, a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. A prevenção e controle das IRAS são possíveis e esforços articulados em um enfoque multiprofissional precisam ocorrer para o

desenvolvimento de novas estratégias e iniciativas, na busca contínua de melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente ².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que mais de 1,4 milhões de pessoas em todo mundo sofrem de infecções adquiridas em hospitais. Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 2 milhões dessas infecções ocorram anualmente, resultando entre 60 e 90 mil mortes e com um custo aproximado de 17 a 29 bilhões de dólares. Calcula-se que 5% a 15% de todos os pacientes internados desenvolvem IRAS. Nos Estados Unidos, as IRAS são responsáveis diretas por aproximadamente 80.000 mortes a cada ano, e na Inglaterra, por 5.000². No México há uma estimativa que ocorram 450.000 casos de IRAS a cada ano ². Calcula-se que, nos países desenvolvidos, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adquira uma infecção e nos países em desenvolvimento a proporção de pacientes atingidos pode passar de 25% chegando a mais de um terço dos pacientes ^{10,2}. No Brasil, não se dispõe de estimativas precisas em razão da ausência de sistematização de informações ⁹, porém uma pesquisa nacional junto a hospitais terciários, totalizando 99 hospitais e 8.624 pacientes com período de internação superior a 24 horas, encontrou taxa de IRAS de 15,5%. Além disso, este estudo considerou um agravante, o fato das instituições de saúde pública possuir a maior taxa de IRAS no país, 18,4% ¹¹.

Aproximadamente 30% das IRAS são consideradas preveníveis por medidas simples, sendo a higienização das mãos (HM) a mais efetiva delas. É a medida individual mais simples e de custo mais baixo para evitar a propagação de patógenos, pois as mãos são consideradas a principal via de transmissão de microrganismo. Os PAS entram em contato direto com pacientes, e por isso esta prática deve ser adotada de forma criteriosa em todos os momentos da assistência ¹². Considera-se que 10% a 70% das IRAS são evitáveis ¹³.

Apesar do conhecimento acerca do conceito de infecção hospitalar, suas origens, fatores relacionados e principalmente as medidas gerais de prevenção e controle das IRAS, o que normalmente se verifica, é a baixa adesão dos PAS às medidas preventivas ¹⁴. Existem várias medidas fortemente embasadas em evidências científicas, porém, a utilização dessas medidas, por profissionais de saúde, permanece um grande desafio ¹⁵.

A educação permanente propõe a reestruturação dos serviços, com modificação do profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizado ¹⁶.

De acordo com as evidências científicas e da apuração de circunstâncias desafiantes, várias interrogações estão presentes no cotidiano do controlador de infecções: Quais motivos levam os profissionais de saúde a não aderirem às recomendações básicas para o controle de infecções? Por que há tanta dificuldade em abandonar práticas que põem em risco o paciente e o próprio profissional de saúde? Haveria uma correlação entre aspectos biopsicossociais tais como: estresse, qualidade de vida, autoestima, personalidade e estilos de pensamentos e o ato dos PAS aderirem ou não às práticas de prevenção e controle das IRAS? Efetivamente o que se verifica é que são muitas as indagações, poucas as respostas e inúmeras as dúvidas.

A maioria das IRAS está relacionada com práticas inadequadas de cuidados ao paciente. Melhorar as práticas frequentemente implica modificar o comportamento dos profissionais de saúde, um desafio-chave atual. Estudos são necessários para avaliar os principais determinantes das práticas de controle de infecção e promoção do comportamento entre as diferentes populações de trabalhadores de saúde¹⁷.

Diante desta conjuntura, este estudo teve como objetivos: avaliar a adesão dos PAS às práticas de controle de infecção tais como cuidados de manipulação e curativo de cateteres venosos centrais (CVC), e manipulação direta do paciente, que exijam a higiene das mãos em oportunidades pré-estabelecidas e também avaliar se há uma associação entre a adesão as práticas de controle de infecção dos PAS que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e o resultado de seus testes psicológicos tais como: estilos de pensamento, autoestima, qualidade de vida, estresse e personalidade.

Acreditamos que compreender os fatores que influenciam a tomada de decisão para a adesão é imprescindível para que se possa refletir sobre a prática dessas medidas, no cotidiano dos PAS, e direcionar estratégias que propiciem a incorporação dessas nos serviços de assistência à saúde.

1.1 Infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva (UTI)

O problema das IRAS é mais sério na UTI, neste ambiente o paciente está mais exposto ao risco de infecção, devido a sua condição clínica e a diversidade de

procedimentos invasivos realizados rotineiramente. É destacado que na UTI os pacientes têm de 5 a 10 vezes mais probabilidade de contrair infecção e que esta pode representar cerca de 20% do total das infecções de um hospital. É importante ressaltar que o risco de infecção é diretamente proporcional à gravidade da doença, às condições nutricionais, à particularidade dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, assim como ao tempo de internação, dentre outros fatores ¹⁸.

Estudos demonstram taxas de IRAS em UTI que variam de 20,2 a 40,2%, com aumento do tempo de permanência na unidade hospitalar entre 10 a 15 dias e os gastos diretos do tratamento com IRAS em UTI são 9 vezes superiores aos gastos de um tratamento em paciente sem infecção ^{19,20,21}.

Em UTI, as infecções comumente encontradas são a infecção urinária associada ao cateter vesical, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecções da corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC), todas com morbimortalidade muito elevada ²².

Os pacientes internados em UTI são mais propensos a adquirir IRAS, por via direta ou indireta, por intermédio dos PAS, visitantes ou equipamentos, ar, alimentos, água e medicações. Os fatores de risco para a aquisição de IRAS neste ambiente são a longa permanência hospitalar, o uso de ventilação mecânica, o uso de sonda vesical de demora, cateterismo venoso central ou em artéria pulmonar, profilaxia de úlcera de estresse e/ou utilização inadequada de antimicrobianos ²³.

A prevenção adequada das IRAS na UTI diminui de modo significativo a necessidade de antimicrobianos, aliviando a pressão seletiva que ocasiona o aparecimento de microrganismos multirresistentes. Porém para que haja êxito no controle das IRAS em UTI, é de suma importância o envolvimento e a conscientização de toda equipe multidisciplinar e dos gestores atualizados em boas práticas assistenciais para o controle de IRAS, em conformidades com as diretrizes da Comissão de Controle Hospitalar (CCIH) operante ²⁴.

1.2 Infecção da corrente sanguínea associada a cateteres venosos centrais

As infecções relacionadas ao uso de dispositivo intravascular, principalmente o CVC representam um problema de grande magnitude. Este é um dos quatro sítios mais

importantes no controle de infecção e com maior custo. Calcula-se que aproximadamente 90% das infecções de corrente sanguínea são provocadas pela utilização de cateter venoso central ²⁵.

São utilizadas com frequência na literatura duas expressões sobre este tema: infecção da corrente sanguínea associada a cateter central (CLABSI, *central line-associated bloodstream infection*) e infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter (CRBSI, *catheter-related bloodstream infection*). A sigla CLABSI é utilizada pela National Healthcare Safety Network (NHSN), do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos (EUA), para fins de vigilância epidemiológica das IRAS ²⁶.

Reconhece-se mundialmente que a maior parte das infecções da corrente sanguínea relacionada a cateteres vasculares pode ser evitada, com tanto que as práticas baseadas em evidências, que consiste no uso criterioso de evidências válidas e relevantes para auxiliar o profissional na tomada de decisões, sejam aplicadas pela equipe assistencial no momento da inserção e a manutenção dos cateteres vasculares ^{27,28}.

No Brasil, CLABSI define uma infecção da corrente sanguínea confirmada em laboratório, em local no qual esteve inserido CVC por mais de dois dias corridos. Para que um processo infeccioso seja estabelecido como tal, é preciso que se cumpra um desses critérios ²⁹:

- O paciente tem um patógeno reconhecido isolado a partir de uma ou mais hemoculturas e o patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio
- O paciente tem pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre ($>38^{\circ}\text{C}$), calafrios ou hipotensão, e o mesmo microrganismo comensal (ex., difteroides, exceto *Corynebacterium diphtheriae*; *Bacillus* spp., exceto *Bacillus anthracis*; *Propionibacterium* spp.; estafilococos coagulase-negativos; estreptococos do grupo *viridans*; *Aerococcus* spp.; e *Micrococcus* spp.) é cultivado a partir de duas ou mais hemoculturas em diferentes ocasiões e não está relacionada com infecção em outro sítio
- O paciente tem menos de um ano de idade e apresenta pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre ($>38^{\circ}\text{C}$), hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$), apneia ou bradicardia, e o mesmo microrganismo comensal (ex., difteroides, exceto *Corynebacterium diphtheriae*; *Bacillus* spp., exceto *Bacillus anthracis*;

Propionibacterium spp.; estafilococos coagulase-negativos; estreptococos do grupo *viridans*; *Aerococcus* spp.; e *Micrococcus* spp.) é cultivado a partir de duas ou mais hemoculturas em diferentes ocasiões e não está relacionada com infecção em outro sítio.

Para calcular a taxa de CLABSI por 1.000 cateteres centrais-dia, realiza-se a divisão do número de CLABSI pelo número de dias de uso de cateteres, caracterizados como cateteres centrais-dia, e multiplica-se o resultado por 1.000 ou equivalente, para simplificar a comparação de dados de diferentes instituições, como na formula abaixo^{28,29}.

$$CLABSI = \frac{\text{Nº de infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres centrais no período}}{\text{Nº de cateteres centrais – dia no período}} \times 1.000$$

No Brasil, as infecções da corrente sanguínea com confirmação laboratorial (IPCSL, equivalente à sigla CLABSI) e as infecções primárias da corrente sanguínea (IPCSC, firmadas apenas por critérios clínicos) em pacientes em uso de CVC são de notificação compulsória em todos os hospitais com algum leito de UTI³⁰.

A CRBSI, no entanto, é uma definição clínica usada no diagnóstico e tratamento de pacientes, exigindo para tal, testes laboratoriais específicos que comprovem que a fonte de infecção da corrente sanguínea é o cateter intravascular. A CRBSI não é utilizada para fins epidemiológicos, por causa das dificuldades de completar os critérios, geralmente devido à indisponibilidade de métodos microbiológicos automatizados ou hemoculturas quantitativas³¹.

Segundo dados do Institute for Healthcare Improvement (IHI), 48% dos pacientes internados em UTI estão em uso de cateteres venosos centrais, o que representa aproximadamente 15 milhões de cateteres centrais/dia por ano. Estima-se que ocorrem 28.000 mortes anualmente em UTI associadas às infecções de corrente sanguínea relacionadas a cateter venoso central, podendo prolongar em até 7 dias a internação, com estimativas de custo entre US\$3.700 a US\$29.000 atribuídos a infecção³².

O que define um cateter como “central” é a topografia de sua ponta, que deve se encontrar dentro do terço proximal da veia cava superior – junção cavoatrial – ou da veia cava inferior (para punções femorais). Os CVC podem ser inseridos de uma veia

periférica (cateteres venosos centrais de inserção periférica ou PICC) ou de uma veia central proximal (veia jugular interna, subclávia ou femoral)^{31, 33,34}.

Os CVC podem ser de curta permanência ou de longa permanência. Cateteres centrais de curta permanência são aqueles que atingem vasos centrais (subclávia, jugular, femoral), o período de permanência varia entre 10 -14 dias, são instalados por venopunção direta, não são tunelizados e não possuem nenhum mecanismo para prevenção de colonização extraluminal. Já os cateteres centrais de longa permanência são aqueles que atingem vasos centrais e são instalados cirurgicamente. Esses dispositivos apresentam algum mecanismo para evitar a colonização bacteriana pela via extraluminal, sendo o período de permanência geralmente superior a 14 dias³⁵.

O uso de cateteres está relacionado a potenciais complicações que podem ser de ordem mecânica, embólica ou infecciosa³³. Ocorre o rompimento da integridade da pele pelo uso do cateter, permitindo a entrada de microrganismos e a ocorrência de infecções locais, como por exemplo, infecção do sítio de inserção, de túnel ou de região de reservatório. Os microrganismos também podem chegar até a corrente sanguínea, provocando bacteremia. A infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter pode acontecer por quatro vias distintas. Migração de microrganismos da pele, a partir do sítio de inserção; contaminação do próprio cateter, conexões e acessórios através do contato direto com as mãos, fluidos ou artefatos contaminados; colonização através da corrente sanguínea, a partir de outro foco de infecção; infusão de soluções contaminadas,^{34,36} (figura 1).

Figura 1- Vias de acesso para contaminação de um dispositivo vascular.

FONTE: Adaptado de Maki, 1992³⁷.

Um estudo estimou que 65 a 70% dos casos de IPCS em pacientes de qualquer faixa etária poderiam ser prevenidos, com diminuição significativa da mortalidade e dos custos hospitalares³⁸.

Práticas baseadas em evidências para inserção de cateteres centrais, tais como: higiene das mãos pelo profissional que insere o cateter; uso de precaução de barreira máxima estéril; preparo adequado da pele antes da inserção, com antisséptico apropriado; e escolha do sítio ideal para inserção, evitando a utilização da veia femoral para acesso em pacientes adultos, à utilização dessas medidas de forma sistemática, em forma de “pacotes” ou *bundles* de inserção, foi associada a uma redução de até 66% na relação de taxas de incidência de IPCS entre fases pré e pós-intervenção³⁹.

Aspectos envolvidos na manutenção do CVC como a fricção dos conectores e conexão dos cateteres centrais a cada manuseio e a limpeza do local de inserção dos dispositivos durante a troca dos curativos são importantes recomendações a serem contempladas no *bundle*. As intervenções baseadas em evidência que estão sendo utilizadas nos *bundles* podem ser aplicadas para qualquer tipo de população ou dispositivo central e, por serem implementadas em conjunto, geram resultado significativo na redução das taxas de infecção de corrente sanguínea⁴⁰.

Outras práticas ou cuidados que podem ser monitorados:

- Documentação de pacientes com CVC com avaliação diária.
- Evitar a inserção no sítio femoral.
- Desinfecção de conectores antes de serem acessados.
- Monitorização de adequação de curativos.
- Troca de sistema de infusão no tempo adequado.
- Identificação da data de troca do sistema de infusão.
- Troca correta de curativo.
- Higiene das mãos antes e após o manuseio do acesso vascular ³⁵.

Os estudos publicados relatam redução das taxas de IPCS aplicando basicamente estratégias de educação fundamentadas nas recomendações do guia dos Centros para Controle de Doenças e Prevenção – CDC ou da instituição. Contudo, mesmo com o resultado satisfatório, a maior parte menciona que a intervenção foi aplicada somente durante o estudo, devido à dificuldade de manter esse programa, e que não asseguram que os índices de IPCS permaneceram baixos, principalmente onde existe alta rotatividade de profissionais e alunos ³⁵.

Embora a educação continuada seja um elemento indiscutivelmente essencial ao aprimoramento dos PAS no exercício das práticas de controle das IRAS em UTIs, talvez o melhor modelo de educação ainda não tenha sido estabelecido. Estudos têm mostrado que a educação e o treinamento dos PAS sobre práticas que incluem cateter venoso central são importantes ferramentas para diminuir e prevenir a ocorrência das IRAS, no entanto, apesar do conhecimento sobre o controle da infecção ser muito difundido entre os PAS, o grande desafio é fazer com que eles se envolvam de fato com as práticas de controle das IRAS, uma vez que os PAS ainda parecem pouco comprometidos com a temática, cometendo muitos erros e/ou não aderindo às orientações e precauções estabelecidas ⁴¹.

Apesar das medidas de prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada ao CVC estarem bem estabelecidas, a realidade indica para uma necessidade de investigação, pois, na prática, as evidências mostram níveis insatisfatórios de desempenho em sua realização pelos PAS ⁴².

1.3 Higienização das mãos, importância e adesão

Em meio ao século XXI, tantos anos após a verificação das hipóteses de Semmelweis, ainda há resistência à técnica e ao hábito da lavagem das mãos. A experiência de Semmelweis comprovou a importância da HM para a prevenção das infecções⁴³.

Várias décadas se passaram e muitos cientistas e filósofos comprovaram e defenderam a causa da assepsia. Porém, mesmo com a constatação do valor e da importância da HM na transmissão das IRAS independentemente da importância ou da posição que ocupam, continua-se a negligenciar essa prática simples⁴³.

A legislação brasileira, por meio da Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC n. 50, de 21 de fevereiro 2002, designa, respectivamente, as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das IRAS e as normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde⁴⁴.

Esses instrumentos normativos reforçam o papel da HM como ação mais importante na prevenção e controle das IRAS. Contudo, apesar das muitas evidências científicas e das disposições legais, nota-se que grande parte dos PAS ainda não segue a recomendação de Semmelweis em suas práticas diárias⁴⁴.

O termo “higienização de mãos” é genérico e se refere à ação de lavar as mãos com água e sabão comum, água e sabão com antisséptico ou fricção com álcool a 70%. O sabão propicia a remoção mecânica da microbiota transitória da pele; quando associado à antisséptico tem ação química letal aos microrganismos. O uso de álcool a 70% permite uma importante redução da carga microbiana transitória e residente, pela ação química e letal aos microrganismos⁴⁵.

Um estudo analisou a eficácia de quatro formulações de solução alcoólica para higienizar as mãos, mesmo na presença de matéria orgânica, houve uma redução da microbiota transitória em mais de 99,9% na contagem microbiana, em todas as formulações testadas, resultado superior à higienização com sabão neutro e similar à com antisséptico degermante⁴⁶.

As mãos são o principal meio de transmissão de infecções nos serviços de saúde. A importância da HM na prevenção da transmissão das IRAS é baseada na sua capacidade abrigar microrganismos e transmiti-los de uma superfície a outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, por meio de objetos. Enfermeiros e Médicos

lavam as mãos menos de metade das vezes que deveriam ⁹. Em situações de cuidados críticos, em que há graves limitações de tempo e a carga de trabalho é maior, a adesão às boas práticas pode ser de apenas 10% ².

Diferentes são os fatores que influenciam a prática de HM em serviços de assistência à saúde, incluindo os estruturais, os relativos ao processo de trabalho e os comportamentais ⁴⁷.

Reconhecendo a relevância de estabelecer estratégias mundiais para a promoção da HM e contribuir para a segurança do paciente e do trabalhador, a OMS lançou, em 2007, o programa Cuidado Limpo é Cuidado Seguro e recomenda, entre outras estratégias, a observação da adesão e das condições estruturais para a HM. O Programa dá ênfase a cinco momentos que representam as oportunidades mais frequentes no contexto assistencial para a HM conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Correspondência entre indicações e recomendações para higiene das mãos de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

Os Cinco Momentos	Recomendações Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde ⁴⁸ .
1. Antes de contato com paciente	Antes e após contato com o paciente (IB ¹)
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico	Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas (IB ¹) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente (IB ¹)
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais	Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas, mucosas, pele não íntegra ou curativo (IA ¹) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente (IB ¹) Após remover luvas esterilizadas (II ¹) ou não esterilizadas (IB ¹)
4. Após contato com paciente	Antes e após contato com o paciente (IB ¹) Após remover luvas esterilizadas (II ¹) ou não esterilizadas (IB ¹)
5. Após contato com as superfícies próximas ao paciente	Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas mediações do paciente (IB ¹) Após remover luvas esterilizadas (II ¹) ou não esterilizadas (IB ¹)

¹ Sistema de Classificação das Recomendações das Diretrizes. Categorias: IA (fortemente recomendada para implementação e fortemente apoiada por estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos bem elaborados) IB (fortemente recomendada para implementação e apoiada por alguns estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos e uma forte fundamentação teórica) IC (necessária para a implementação, conforme estabelecido por regulamento ou norma federal e/ou estadual) II (sugerida para implementação e apoiada por estudo clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou uma fundamentação teórica ou o consenso de um painel de especialistas)⁴⁹.

Uma oportunidade determina a necessidade de higienizar as mãos e, frente a uma oportunidade, **indicação** é a razão pela qual essa prática é necessária e **ação** é o que se faz, ou não, diante da indicação ⁴⁸.

A observação direta das oportunidades de HM tem sido a abordagem mais utilizada e bem aceita pelos pesquisadores para avaliar o comportamento e a adesão dos profissionais de saúde às medidas de controle de infecção, sendo considerada pela OMS padrão-ouro para monitoração dessa prática ⁵⁰. Tal abordagem consiste em introduzir no ambiente de trabalho um observador, para que este analise se o profissional de saúde em questão está realizando a HM, de acordo com o recomendado, pela observação das oportunidades de HM e ação de HM. O cálculo é feito dividindo o número de ação de HM pelo número de oportunidades de HM observadas, como se vê na equação a baixo²:

$$Adesão (\%) = \frac{\text{Ações de higienização das mãos}}{\text{Oportunidades}} * 100$$

No Brasil, uma revisão de literatura buscou caracterizar os relatos científicos sobre a HM e contextualizou as divergências entre a prática e o ideal preconizado. A revisão relatou que as práticas na maior parte são inadequadas em virtude do comportamento humano, reforçando que, embora haja entendimento da magnitude desta prática na redução de infecções, há a necessidade de entender os determinantes da baixa adesão à HM em diferentes cenários de assistência ao paciente. ⁴⁵

Apesar de todos os esforços da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) e das equipes envolvidas observa-se que os índices de IRAS e de não-adesão à HM continuam elevados, levando a crer que os treinamentos não estão conseguindo modificar as práticas em relação à higienização de mãos ⁵¹.

Entretanto, o mais importante ainda é, sem dúvida, que ocorra a mudança de comportamento pelos PAS para que não exista uma distância enorme entre o conhecimento da HM e sua prática assistencial ⁵². Os dados de um estudo sugerem que essa baixa adesão entre os PAS, não está diretamente associada ao conhecimento teórico sobre a HM, mas sim à incorporação desse conhecimento à prática diária e ao hábito do profissional ⁵³. Esforços articulados em um enfoque multiprofissional precisam ocorrer

para o desenvolvimento de novas estratégias e iniciativas, na busca contínua de melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente ². Sendo assim, é pertinente a investigação sobre os determinantes cognitivos da HM, identificados pela OMS como uma questão de pesquisa pendente ⁶.

Exatamente quais variáveis cognitivas (por exemplo, conhecimento, atitudes, crenças, traços de personalidade) influenciam a higiene das mãos permanece desconhecida. Os estilos de pensamento, considerados traços de personalidade, foram alvo de um estudo australiano que investigou a influência dos estilos de pensamentos sobre as taxas de adesão dos PAS à HM. A adesão foi positivamente correlacionada com o pensamento experiencial ⁶.

1.4 Estilos de Pensamento

Os estilos de pensamento são vistos como construções psicológicas intencionais que se relacionam com o que está sendo processado, por que refletem os objetivos e valores de um indivíduo. A mensuração de estilos de pensamento tem demonstrado que eles fazem uma contribuição importante para o desempenho de uma série de tarefas. Embora várias teorias de mudança de comportamento, incluindo a teoria da ação racional e a teoria do comportamento planejado, tenham sido propostas para explicar o comportamento da higiene das mãos, os fatores de personalidade (que incluem estilos de pensamento) não receberam atenção da pesquisa. Entre os médicos, isso reflete uma maior escassez de pesquisa sobre a personalidade e seus efeitos sobre a prática clínica ⁶.

Como os seres humanos pensam e tomam decisões é importante na compreensão do comportamento e, portanto, no contexto atual, a compreensão dos processos cognitivos entre os PAS pode contribuir para uma melhor compreensão do comportamento em relação à implementação de estratégias mais eficientes controle e prevenção de IRAS ⁵⁴.

Se estilos de pensamento contribuem para o comportamento, a obtenção de informações sobre essa relação pode informar estratégias destinadas a melhorar a

conformidade com a HM. Uma teoria que relaciona explicitamente o pensamento com o comportamento pode fornecer um quadro generalizável a partir do qual tais estratégias podem ser compreendidas, desenvolvidas, proferidas e avaliadas ⁶.

Os Estilos de Pensamento fazem parte de uma teoria desenvolvida por Seymour Epstein chamada *Cognitive-Experiential Self-Theory* (CEST). Esta é uma teoria integrativa, que procura explicar os conflitos entre a razão e a emoção, propondo a existência de dois sistemas de processamento de informações: o sistema racional e o sistema experiencial. Esses sistemas cognitivos seriam independentes, porém influenciam-se mutuamente operando em paralelo ⁵⁵.

O pensamento experiencial é associado aos sentimentos e à experiência, sendo caracterizado como concreto e holístico, sendo amplamente influenciado pela emoção. Frequentemente, ele é utilizado em situações interpessoais para ser empático ou intuitivo. O pensamento racional está associado ao intelecto e é caracterizado como mais abstrato e analítico, e de acordo com as regras da lógica e da evidência. Por exemplo, o pensamento racional seria mais utilizado na resolução de problemas matemáticos. O conflito potencial entre os dois sistemas de pensamento pode ser observado em um experimento no qual se solicitava que os indivíduos escolhessem entre retirar uma bala de goma vermelha premiada de um jarro que continha uma em cada dez balas vermelhas e um jarro que continha oito em cada cem balas de goma vermelhas. Pelo fato de saber a proporção de balas de goma vermelhas em ambos os jarros, os sujeitos sabiam que a ação racional a fazer era escolher o jarro com a proporção maior – uma em dez. Ainda assim, apesar dessa consciência, muitos sujeitos sentiam que as suas chances seriam melhores com o jarro que continha mais balas de goma, apesar da proporção ser menor. Esse conflito entre o que eles sentiam e o que sabiam demonstrou o conflito entre os dois sistemas de pensamento experiencial e racional, tornando assim aparente as diferentes qualidades de cada um desses sistemas ⁵⁶.

De acordo com esta teoria, as pessoas diferem no grau e na eficácia quanto ao uso do pensamento racional versus pensamento experiencial. Para a maioria dos indivíduos, ocorre a predominância no uso de um sistema sobre o outro, bem como grandes diferenças quanto à habilidade para utilizar o sistema experiencial na resolução de problemas e adaptação ao estresse ⁵⁷.

As medidas individuais da diferença do processamento da informação são relevantes para as muitas áreas de pesquisa onde a cognição humana está envolvida, por exemplo, resolução de problemas, julgamento e tomada de decisões. A forma como processamos a informação não é simplesmente uma questão de escolha. Os fatores ambientais e fatores pessoais determinam o modo de processamento. O entendimento de até que ponto as pessoas empregam cada modo de processamento da informação, enquanto sentido experiencial versus racional melhora, a compreensão de como os indivíduos tomam decisões e resolvem problemas que enfrentam em suas vidas ⁵⁸.

A avaliação desses estilos de pensamento é feita a partir do Inventário do Pensamento Racional versus Experiencial (RVEI-S). Este Inventário foi desenvolvido por Epstein e seus colaboradores e tem sido usado para medir diferenças individuais nas tendências na disposição para adotar estilos de pensamento racionais e experienciais ⁵⁹.

Estudos com o RVEI-S no Brasil indicam resultados semelhantes àqueles encontrados na amostra americana, em um estudo com 404 estudantes universitários, encontraram indicações de que as dimensões do racional e do experiencial são relativamente independentes entre si. Os índices de racionalidade apresentaram correlações significativas e positivas entre si com os índices de valorização e preferência da razão sobre a emoção. Também apresentaram correlações negativas com a depreciação do racional, enquanto nenhuma relação foi encontrada com o pensamento experiencial ou depreciação do experiencial. A dimensão do raciocínio experiencial apresentou correlações positivas e significativas com todos os índices da razão acima da emoção, correlação direta, mas não significativa com a depreciação do racional e correlação negativa e significativa com a depreciação do experiencial ⁶⁰.

1.5 Personalidade

Na área da saúde enfatiza-se cada vez mais a importância de se observar o sujeito em sua totalidade de processos intelectuais, emocionais, afetivos e culturais para tornar possível maior efetividade nas intervenções e mudanças de condutas ⁶¹.

O estudo da personalidade tem por objetivo a exploração do conhecimento para melhor compreender a natureza humana. Vários estudiosos, ao longo dos dois últimos séculos, procuram esclarecer vários aspectos da personalidade ⁶².

É necessário que a instituição resgate valores que reforcem a importância e a necessidade de entender o comportamento humano, pois cada indivíduo apresenta uma personalidade, uma forma de agir e pensar, oferecendo subjetividades que vem a constituir um melhor desempenho no ambiente organizacional ⁶³.

Há um aumento no interesse nos testes de personalidade para o ambiente de trabalho, devido à crença aumentada nos estudos na área da personalidade de sua relação com o desempenho profissional. Existe um crescente corpo de evidências consolidando que as medidas de personalidade estão lógica, estatística e significativamente relacionadas ao êxito na atuação profissional ⁶².

Tudo o que se faz tem um significado e reflete propósitos e vivências anteriores assimiladas ao psiquismo de cada pessoa. Cada indivíduo é um produto de suas características inatas e experiências vivenciadas. Conhecendo como funcionam esses elementos será possível, com relativa certeza, prever atitudes e condutas de cada um ⁶³.

No modelo de adesão às práticas de prevenção e controle das IRAS, o indivíduo adota tais comportamentos preventivos em função de fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais ⁶⁴. Sendo assim o estudo da personalidade, é fundamental e indispensável para compreensão das subjetividades envolvidas.

1.5.1 Conceituação

O termo personalidade não apresenta uma definição única, variando de acordo com a teoria de personalidade empregada. Existem dezenas de teorias sobre personalidade, decorrentes da multiplicidade de enfoques em que ela pode ser abordada. Elas podem ser de enfoque psicanalítico – Psicanálise, de Sigmund Freud; enfoque neopsicanalítico: Psicologia Analítica, de Carl Jung; Psicologia Individual, de Alfred Adler; Teoria das Necessidades e Tendências Neuróticas, de Karen Horney e a Teoria da Personologia, de Henry Murray. Ela pode ser compreendida pela abordagem dos traços contínuos – Teoria da Identidade, de Erik Erikson; pela abordagem dos traços: A Genética da Personalidade por meio da Teoria, de Gordon Allport; abordagem humanista de Abraham Maslow com a Teoria da Hierarquia das Necessidades e por Carl Rogers com a Teoria da Auto realização; abordagem cognitiva de George Kelly com a Teoria do Constructo Pessoal, a abordagem comportamental com a Teoria do

Reforço de Skinner e, por fim, a abordagem da aprendizagem social com a Teoria da Modelagem, de Albert Bandura^{65, 66}.

Para este estudo adotamos a Teoria da Personologia, de Henry Murray.

Segundo a teoria de Murray, a personalidade refere-se a uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, refletindo elementos duradouros e recorrentes do comportamento, bem como elementos novos e únicos, sendo, portanto, o agente organizador ou governador do indivíduo⁶⁷.

1.5.2 A Teoria da Personologia de Henry Murray

A Teoria da Personologia descrita por Murray se desenrola sob cinco princípios. O primeiro princípio é que a Personalidade está localizada no cérebro. As características da Personalidade são direcionadas pela fisiologia cerebral do indivíduo. O segundo princípio diz a respeito da ideia de redução da tensão^{65, 68}. Murray defendeu a ideia de que o que satisfaz o indivíduo é o processo de agir para reduzir as tensões. Para ele, uma vida sem tensões por si já é uma fonte de angústia. O terceiro princípio é que a Personalidade do indivíduo continua se desenvolvendo e é composta de todos os eventos ao longo da existência. O quarto princípio refere-se à teoria de que a Personalidade se desenvolve e evolui, não é estática. O quinto princípio aborda a singularidade de cada pessoa e, ao mesmo tempo, o reconhecimento das semelhanças entre todas^{65, 68}.

A contribuição mais importante de Murray para a teoria e pesquisa da Personalidade foi a utilização do conceito de necessidades para explicar a motivação e o rumo do comportamento. Para o teórico, grande parte da personalidade é determinada pelas necessidades e pelo ambiente. Ele afirma que uma necessidade envolve uma força psicoquímica no cérebro que organiza e direciona a capacidade intelectual e a perspectiva, tais necessidades podem surgir de processos internos como fome ou sede, ou de eventos no ambiente. Elas elevam o nível de tensão; o organismo tenta reduzir essa tensão agindo para satisfazer as necessidades. Dessa maneira, elas energizam e dirigem o comportamento. As necessidades ativam o comportamento na direção certa para satisfazê-las. Por isso, o autor preparou um elenco de vinte necessidades (Quadro 2) que nem todas as pessoas possuem, mas que ao longo da vida podem ser sentidas ou algumas que nunca se sentirá. Nem todas as pessoas vivem as necessidades do mesmo

modo: há necessidades que podem dominar a vida de uma pessoa e ser só relativamente sentidas por outras. Algumas delas dão sustentação a outras e algumas se opõem umas as outras ^{65,66}.

Quadro 2 - Quadro das 20 necessidades referentes à personalidade descritas por Henry Murray ⁶⁶.

<i>Denegação</i>	Submeter-se passivamente à força externa. Desejar sofrimento, punição, doença, infortúnio.
<i>Persistência</i>	Dirigir, manipular ou organizar objetos físicos, seres humanos ou ideias. Rivalizar com os outros e superá-los. Aumentar a autoestima pelo uso bem sucedido de seus talentos.
<i>Afiliação</i>	Tornar-se íntimo, associar-se a outrem em assuntos comuns.
<i>Agressão</i>	Vencer a oposição pela força. Revidar a injúria. Opor-se pela força ou punir outrem.
<i>Autonomia</i>	Resistir à coerção e à restrição. Ser independente e agir impulsivamente. Romper convenções.
<i>Desempenho</i>	Dominar ou vencer o fracasso pelo esforço. Procurar obstáculos e dificuldades a vencer. Manter a autoestima e o orgulho em alto nível.
<i>Defesa</i>	Defender-se do ataque, crítica, censura. Ocultar ou justificar um mal feito.
<i>Deferência</i>	Admirar e apoiar um superior. Conformar-se com os costumes.
<i>Dominância</i>	Controlar o ambiente. Influenciar ou dirigir o comportamento alheio por meio da sugestão, sedução, persuasão ou ordem. Dissuadir, restringir ou proibir.
<i>Exibição</i>	Deixar uma impressão. Provocar, causar admiração, divertir, impressionar, intrigar, seduzir.
<i>Autodefesa física</i>	Evitar a dor, o dano físico, a doença e a morte. Escapar de uma situação perigosa.
<i>Autodefesa psíquica</i>	Evitar humilhação. Fugir de situações embaraçosas ou depreciativas: escárnio, ridículo, indiferença dos outros. Reprimir a ação pelo medo do fracasso.
<i>Assistência</i>	Promover as necessidades de pessoas desamparadas, como crianças ou pessoas incapazes, ajudar alguém em perigo. Alimentar, ajudar, consolar, proteger, curar, confortar, cuidar.
<i>Ordem</i>	Pôr as coisas em ordem. Promover limpeza, o arranjo, a organização, o equilíbrio, a precisão.
<i>Entretenimento</i>	Agir por brincadeira, sem segundas intenções. Rir, contar anedotas. Procurar relaxar a tensão.
<i>Rejeição</i>	Separar-se de uma influência negativa. Repelir ou desprezar um objeto inferior.
<i>Sensitividade</i>	Procurar impressões sensuais e sentir prazer nelas.
<i>Heterossexualidade</i>	Planejar e manter uma relação sexual.
<i>Afago</i>	Ter suas necessidades satisfeitas pela ajuda simpática da pessoa amiga, ser protegido. Permanecer ao lado de um devotado protetor. Ter um defensor permanente.
<i>Intracepção</i>	Perguntar e responder. Interessar-se por teorias. Especular, formular, analisar, generalizar.

Segundo Murray, as funções gerais da personalidade são: pôr em ação seus processos, se expressar, aprender a produzir e reduzir tensões-necessidades, planejar a consecução de metas distantes e, por fim, reduzir ou solucionar conflitos por intermédio de planos que permitam, de maneira mais fácil, conciliar suas principais necessidades. Teorias da personalidade com base nas necessidades e motivações sugerem que nossas personalidades são um reflexo de comportamentos controlados por necessidades ⁶⁹.

Diante da influência da personalidade no comportamento das pessoas, bem como dos fatores biológicos e ambientais que contribuem para o seu desenvolvimento, pode ser que características de personalidade dos PAS influenciem no ato de aderir às praticas de controles e prevenção das IRAS.

1.6 Autoestima

A qualidade do atendimento em saúde depende, além de outros fatores, do estado físico e mental do profissional assistencial ⁷⁰.

O ambiente hospitalar é um local com forte carga emocional, em que vida e morte se misturam para compor um cenário desgastante e, não raro, frustrante ⁷¹. Alguns fatores interferem nas condições de trabalho, na área da saúde como o desenvolvimento rápido e contínuo da tecnologia; a grande variedade de procedimentos realizados; o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido nessa área; a especialidade do trabalho; a hierarquização, dificuldade de circulação de informação; o clima de trabalho hostil; papéis ambíguos e falta de clareza das tarefas executadas; o ritmo de trabalho, ambiente físico, estresse do contato com o paciente e familiar; a dor e a morte como elementos que potencializam a carga de trabalho ocasionando riscos à saúde física e mental dos PAS ⁷².

A autoestima é considerada um importante indicador da saúde mental por interferir nas condições afetivas, sociais e psicológicas dos indivíduos. Portanto, interfere na saúde, no bem estar e na qualidade de vida do indivíduo. A autoestima está relacionada ao quanto o sujeito está satisfeito ou insatisfeito em relação às situações vividas, influenciando na percepção dos acontecimentos das pessoas e no comportamento do indivíduo. Quando sua manifestação é positiva geralmente o indivíduo se sente confiante, competente e possuidor de valor pessoal ^{73,74}.

Há na literatura várias definições para o construto autoestima, mas não existe um consenso sobre uma definição e todas dizem respeito ao valor e a competência de um indivíduo ⁷⁵.

A Autoestima começou por ser estudado pelos mais conceituados teóricos conhecidos na Psicologia, como William James, Alfred Adler, George Herbert Mead, e Gordon Allport, contudo muitos destes esforços foram considerados infrutíferos por “não serem científicos”. Com o passar do tempo as pesquisas foram sendo mais alargadas, tendo como principal objetivo a medição da autoestima como uma entidade global, que se refere à forma como a pessoa se sente em geral consigo própria ⁷⁶.

Segundo Rosenberg, entende-se por autoestima um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo ⁷⁷.

Um estudo menciona que a autoestima elevada está associada com a escolha, a persistência e o sucesso de comportamentos relacionados à saúde ⁷⁸.

Considera-se também que a autoestima, como característica de personalidade, é a extensão em que o indivíduo se percebe como, competente, capaz e que pode prover a satisfação de suas necessidades ⁷⁹. Outro estudo, avaliando o impacto da autoestima, sugere: Poderíamos prever que pessoas de alta autoestima, quando comparadas com pessoas de baixa autoestima, provavelmente ^{80,81}:

1. Valorizariam mais as tarefas desafiadoras;
2. Achariam mais intenso e duradouro o prazer resultante da realização;
3. Almejariam promoções mais por razões de justiça e desejo de mais responsabilidade, e menos por razões de status;
4. Valorizariam menos o prestígio, a aprovação de reconhecimento verbal como fonte de auto segurança;
5. Seriam menos emocionalmente afetadas pela crítica;
6. Experimentariam menos conflitos e sentimentos de ansiedade no trabalho;
7. Seriam menos defensivos e empregariam menos mecanismos de defesa.

Segundo Coopersmith o ponto fundamental da autoestima é o aspecto valorativo, o que influencia na forma como o indivíduo elege suas metas, aceita a si mesmo, valoriza o outro e projeta suas expectativas para o futuro ^{82,83}.

A autoestima relaciona-se a construtos psicológicos como bem-estar e autoconceito sendo amplamente investigada no campo da psicologia da personalidade ⁷³.

O estudo da autoestima e os aspectos relacionados a ela parecem ser uma das preocupações atuais da ciência contemporânea por várias razões. Uma delas se relaciona com o fato dela ter uma influência determinante no comportamento psicológico dos indivíduos ⁸⁴.

Para avaliar a autoestima dos PAS utilizamos a Escala de Autoestima de Rosenberg– EAR, que tem sido utilizada mundialmente e é considerada pelo autor como um instrumento unidimensional capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto ⁷⁷.

No Brasil, estudos recentes têm demonstrado a confiabilidade desta Escala e apontado a importância de sua utilização em diferentes populações ^{85; 86}.

1.7 Qualidade de vida (QV)

A preocupação com a QV vem ganhando importância nas últimas décadas e a percepção do indivíduo como um ser biopsicossocial tem sido crescente. Nota-se que o desempenho dos trabalhadores está intimamente relacionado com a sua qualidade de vida ⁸⁷.

A QV compreende uma variedade de abordagens e problemáticas, de forma a articulá-las entre si. A análise da QV é fundamentada em três âmbitos:

- Distinção entre os aspectos materiais e imateriais: os aspectos materiais estão diz respeito às necessidades humanas básicas, aspectos de natureza física e de infraestrutura. Já os aspectos imateriais são representados pelo ambiente, patrimônio cultural e bem-estar.

- Discriminação entre os aspectos individuais e coletivos: os aspectos individuais se relacionam à condição econômica, pessoal e familiar. Os aspectos coletivos representam os serviços básicos e públicos.

- Diferença entre aspectos objetivos e subjetivos: os aspectos objetivos são constituídos pelos indicadores de natureza quantitativa e os aspectos subjetivos são manifestos pela percepção subjetiva dos indivíduos com relação à qualidade de vida ⁸⁸.

Ainda que não seja possível definir a qualidade de vida em um único conceito, percebe-se que os autores são unânimes no que diz respeito aos aspectos da subjetividade, multidimensionalidade e a existência de dimensões positivas e negativas da qualidade de vida ⁸⁹.

Atualmente os conceitos mais aceitos de QV buscam dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. O principal exemplo é o conceito preconizado pela OMS que reuniu especialistas sobre saúde e QV de diversas regiões do mundo (multicêntrico) para formar um grupo de estudos sobre QV - o Grupo WHOQOL, World Health Organization Quality of Life Measures - The WHOQOL Group, ⁹⁰ com a meta de aumentar o conhecimento científico da área e de desenvolver instrumentos de avaliação da QV dentro de uma perspectiva transcultural. A definição proposta pela OMS é a que melhor traduz a abrangência do construto qualidade de vida. O grupo WHOQOL definiu QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” ⁹⁰. É considerado um conceito abstrato, subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos da vida humana, tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio ambiente, entre outros. É dinâmico devido a sua característica mutável ao longo do tempo, ou entre as pessoas com diferentes aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais ⁹¹.

Neste estudo o enfoque será limitado a conhecer a percepção de QV em profissionais da saúde tais como: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e relacioná-la com suas práticas de prevenção e controle de IRAS, uma vez que bem-estar e qualidade de vida são fatores que podem influenciar a qualidade final da assistência prestada.

Há poucos trabalhos na literatura nacional e internacional que abordam o conceito de QV entre os PAS, apesar de o senso comum considerar tais trabalhos insalubres e um risco à saúde pelas características inerentes às profissões ⁹².

O desenvolvimento de práticas assistenciais e gerenciais em UTI é extremamente complexo, pois é necessário que os PAS possuam atenção e preparo de modo a propiciar uma assistência especializada; e competência emocional, já que se

encontram frequentemente expostos à dor e ao sofrimento dos pacientes, bem como às possíveis intercorrências que advém da gravidade dos pacientes e da manutenção do posto de trabalho em condições favoráveis. Essas demandas físicas, emocionais e mentais podem contribuir exponencialmente para a redução da QV e da capacidade laboral dos PAS em setores críticos⁹³.

Indiretamente uma diminuição da QV em uma ou mais dimensões dos PAS pode comprometer a dinâmica de atendimento, produzindo prestação de serviços inadequada, com prejuízo institucional e, principalmente, para assistência aos pacientes^{94,95}.

A literatura que trata da mensuração da QV dos profissionais de saúde atuantes em ambientes hospitalares observou que um déficit desta variável, foi relacionado a situações cotidianas de exposição a diversos riscos e desencadeantes de sintomatologia psicofísicas, comprometendo a assistência como um todo⁹⁶.

Os PAS precisam desenvolver um trabalho de qualidade, para que isto ocorra, entende-se que o profissional de saúde precise de QV, já que os fatores que nela interferem podem comprometer sobremaneira a qualidade do cuidado prestado⁹⁷.

As avaliações de QV podem proporcionar uma melhor compreensão sobre as reais necessidades das pessoas, tanto na sociedade, em geral, como na área da saúde⁹⁸.

Neste estudo, optou-se por utilizar o questionário de avaliação subjetiva de QV desenvolvido pela OMS, o WHOQOL-BREF (versão abreviada do WHOQOL-100) por adotar um conceito multidimensional de QV, ser amplamente utilizado no Brasil e em outros países e ter sido construído por meio de um levantamento sobre o que as pessoas consideram importante abordar ao medir QV⁹⁹.

1.8 Estresse

Não há um consenso universal para o conceito estresse, e uma variedade de definições tem sido proposta¹⁰⁰. Observa-se que há coerência sobre seu conceito, uma vez que todas as explicações apontam para a necessidade do corpo se adaptar a certas situações de tensão, e sobre o processo que envolve alterações psicofisiológicas¹⁰¹.

O estresse não pode ser compreendido como uma condição restrita e sim como multifatorial, determinada pela demanda ambiental e características individuais e pelas interações entre o homem e o ambiente. Estressor é considerado algo que quebra a homeostase interna, que exige alguma adaptação que gera desgaste e, em consequência o estresse^{102, 103}.

O excesso de estresse produz consequências psicológicas e emocionais que resultam em cansaço mental, dificuldade de concentração e perda de memória imediata, bem como crises de ansiedade e de humor. O estresse físico pode ocasionar doenças em consequência da baixa do sistema imunológico. Essas reações psicofisiológicas do organismo ocorrem devido a existência de uma ligação dos sistemas neurológico, imunológico e endócrino para a realização das funções regulatórias do organismo e controle perante estímulos internos e externos¹⁰⁴.

O endocrinologista canadense Hans Selye foi um dos principais autores a usar o termo estresse, caracterizando-o como uma “Síndrome Geral de Adaptação”, decorrente de um evento que exige esforço do indivíduo, alterando a capacidade do organismo de manter sua constância. Para definir o processo do estresse, esse autor apresentou um modelo trifásico, constituído por três fases: **fase de alerta** que é quando o organismo prepara-se para reação de luta ou fuga, vital para a preservação da vida. Os sintomas presentes nessa fase, dizem respeito ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida. Com a persistência do estresse, inicia-se então a **fase de resistência** que é caracterizada pela tentativa de adaptação do organismo, para procurar um equilíbrio. São observadas reações opostas às observadas na primeira fase e muitos dos sintomas iniciais desaparecem, dando espaço a uma sensação de desgaste e cansaço. Caso o estressor permaneça contínuo e a pessoa não possua estratégia para contornar tais situações, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e se manifesta a **fase de exaustão**. Nessa fase aparecem as doenças mais sérias, o indivíduo tem suas funcionalidades alteradas e, na maioria das vezes, não consegue trabalhar nem se concentrar¹⁰⁵.

Embora Selye tenha identificado apenas essas três fases, Lipp em seu estudo, identificou uma quarta fase, que tem validade tanto clínica quanto estatística. Essa fase é denominada de “**quase exaustão**”, para explicar o mecanismo de sinais que

antecedem à exaustão total. É caracterizada por um enfraquecimento do indivíduo que não consegue se adaptar ou resistir ao estressor. A partir dessa fase, as doenças começam a aparecer, entretanto não são tão graves quanto na fase de exaustão, a pessoa consegue exercer suas atividades, mas de modo limitado. Lipp definiu o estresse como sendo um processo complexo de reação do organismo diante de qualquer evento ameaçador de sua homeostase interna, o que ocorre em consequência da necessidade de adaptação exigida desse organismo em momentos de mudança ¹⁰⁶.

O estresse é uma constante no cotidiano da maioria dos indivíduos, podendo ou não estar associado à atividade profissional, porém, é no trabalho que a exaustão emocional acaba por se ressaltar, podendo ser considerada o fator central do esgotamento profissional e possuindo relação inversa com o desempenho profissional ¹⁰⁷.

O estresse é um problema amplamente discutido atualmente, uma vez que apresenta riscos para o equilíbrio emocional do ser humano. Além disso, os profissionais de saúde são indivíduos imensamente afetados pelo estresse ocupacional, visto que se expõem a grandes cargas de pressão no ambiente de trabalho. Diante deste fato, os pesquisadores procuram investigar as causas desse estresse e os efeitos negativos que esse problema pode acarretar para a saúde física e mental dos PAS, bem como o comprometimento da qualidade do serviço prestado por estes ¹⁰⁸.

Os profissionais de saúde principalmente, aqueles que se dedicam a trabalhar em UTI podem estar submetidos a um estresse fora de seu controle, promovendo diversos prejuízos que, conseqüentemente, acabam por ser repassados aos pacientes à medida que sua concentração, capacidade de decisão, raciocínio, reflexos, serenidade e sensibilidade, encontram-se comprometidos ¹⁰⁹. O contexto hospitalar contribui para o surgimento do estresse, e muitas vezes o indivíduo demora em perceber seu adoecimento, tornando a qualidade do atendimento ao paciente insatisfatório ¹¹⁰.

Para avaliação do estresse, o Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL) tem sido um instrumento amplamente utilizado em dezenas de pesquisas e trabalhos clínicos na área da saúde ¹¹¹. O ISSL tem por objetivo a identificação das manifestações de *stress*, avaliando a presença dos sintomas, a predominância do tipo de sintoma -

somático ou psicológico - e a fase de *stress* em que o indivíduo se encontra (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão), utilizando-se para a comparação os padrões de validação e padronização de Lipp¹¹².

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar se há uma correlação entre a adesão as práticas de controle de infecção realizada pelos profissionais de assistência à saúde (PAS) que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o desempenho de seus testes psicológicos tais como:

- Estilos de pensamento;
- Autoestima;
- Qualidade de vida;
- Estresse e
- Personalidade.

2.2 Objetivo específico

Avaliar a adesão dos PAS às práticas de controle de infecção tais como:

- Cuidados de manipulação de cateteres venosos centrais (CVC);
- Cuidados com curativo do CVC e
- Manipulação direta do paciente e de seu ambiente próximo.

3. Métodos

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP), que é um hospital universitário que possui seis institutos e dois hospitais auxiliares, que somam cerca de 2.400 leitos. O Instituto Central é o maior instituto e tem aproximadamente 950 leitos, sendo 142 em 12 Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O estudo foi realizado em quatro UTIs do Instituto Central: UTI cirúrgica (16 leitos), UTI de Moléstias Infecciosas (7 leitos), UTI da Clínica Médica/Pneumologia (8 leitos) e UTI do Pronto Socorro Clínico (13 leitos).

3.3 Casuística

Foram recrutados os PAS atuantes nas referidas UTIs.

Os critérios de inclusão: ser profissional da enfermagem (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem) ou médico, e desenvolver atividades práticas relacionadas à prevenção de infecção primária de corrente sanguínea, tais como cuidados de manipulação e curativo de cateteres venosos centrais (CVC), e manipulação direta do paciente e seu ambiente próximo, que necessitam da higiene das mãos em oportunidades pré-estabelecidas.

Os critérios de exclusão: recusa do profissional em participar do estudo.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Para caracterização da amostra

Foi utilizado um questionário sócio demográfico elaborado pela equipe de pesquisadores, que está em anexo (Apêndice A).

3.4.2 Para avaliação da adesão dos PAS às práticas recomendadas de controle de infecção

A observação de práticas de PAS é um procedimento rotineiro realizado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar como auditoria. Neste estudo a observação foi realizada no modelo habitual, porém os dados de cada PAS somente foram utilizados para este estudo após a assinatura do termo de consentimento informado.

Todos os PAS foram, durante um período de 3 meses, observados pelos pesquisadores, no que diz respeito especificamente às práticas descritas a seguir:

a) Profissionais de Enfermagem:

Práticas relacionadas à prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS): cuidados de manipulação e curativo de cateteres venosos centrais (CVC) ⁴¹.

Com relação aos cuidados de Manipulação foram observadas:

- Realização da higiene das mãos antes de iniciar a manipulação.
- Utilização de luvas durante o procedimento.
- Desinfecção da conexão com álcool ou antisséptico alcoólico.
- Realização da higiene das mãos após terminar a manipulação.

Com relação aos Curativos, foram observadas:

- Realização da higiene das mãos antes de iniciar a troca do curativo.
- Utilização de luva estéril ou pinça na realização do curativo.
- Realização de antisepsia no local do curativo com produto alcoólico.
- Realização da higiene das mãos após finalizar a troca do curativo.

b) Profissionais Médicos:

Práticas relacionadas à adesão à higiene das mãos em oportunidades pré-estabelecidas ¹¹³.

- Antes de contato direto com o paciente.
- Após o contato direto com o paciente.
- Após contato com o ambiente próximo ao paciente (superfícies e objetos que entram em contato direto com o paciente: cama, aparelhos, etc.).
- Antes da realização de procedimentos invasivos (colocação de cateteres, sondas, drenos, etc.).
- Após a exposição a fluidos corporais do paciente.

Foi considerada adequada à realização da higiene das mãos quando houvesse fricção das mãos com uma preparação alcoólica ou quando houvesse a lavagem das mãos com água e sabonete ou antisséptico degermante.

O preenchimento do questionário de adesão à higiene das mãos foi realizado conforme definido pela OMS na Estratégia Multimodal de Adesão à Higiene das Mãos². Foram registradas as datas, o horário de início e término das sessões, as categorias e números dos profissionais que estavam sendo observados, as oportunidades para higiene das mãos conforme os cinco momentos de indicações, as ações de fricção das mãos com preparações alcoólicas, higiene simples com água e sabonete ou não realização da higiene.

3.4.3 As avaliações psicológicas realizadas por profissional psicólogo

a) **Avaliação do estilo de pensamento dos PAS:** foi utilizado o Inventário do Pensamento Racional versus Experiencial (RVEI-S), que é a versão brasileira do instrumento desenvolvido por Epstein ⁶⁰. Possui 40 itens, acompanhados de escalas tipo Likert, onde 1 = completamente falsa e 5 = completamente verdadeira, que procuram medir diferenças individuais quanto à predominância do pensamento experiencial versus racional.

Tanto o inventário original quanto a sua versão brasileira apresentam quatro fatores de primeira ordem e oito fatores de segunda ordem, sendo eles: processamento

racional, subdividido em habilidade racional, onde habilidade refere-se à capacidade auto declarada de uma pessoa para processar em cada modo;

Preferência ou favorabilidade racional refere-se à dependência e satisfação de uma pessoa neste modo;

Processamento experiencial, subdividido em habilidade experiencial e preferência ou favorabilidade experiencial; depreciação do racional; e razão sobre emoção, com as sub dimensões assumindo a razão sobre a emoção e valorizando a razão acima da emoção. Os escores obtidos foram armazenados e analisados de acordo com as orientações fornecidas pelos autores do teste.

b) Avaliação da autoestima: foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg– EAR⁷⁷, na versão com adaptação transcultural, que tem sido considerada eficiente e válida para a população brasileira¹¹⁴. O escore obtido com a Escala pode variar de 0 a 30, sendo calculado somando-se as pontuações obtidas através das respostas dadas às 10 frases, sendo que cinco avaliam sentimentos positivos do ser humano sobre si mesmo e cinco avaliam sentimentos negativos. Cada item é avaliado por uma escala de três pontos, do tipo Likert (concordo fortemente, concordo, discordo e discordo fortemente). Pontuações entre 15 e 25 sugerem uma autoestima dentro da “normalidade”; abaixo de 15 sugerem baixa autoestima; e acima de 25 sugerem autoestima elevada.¹¹⁵

c) Avaliação da qualidade de vida: Foi utilizado o instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL Bref) De acordo com Fleck¹¹⁶, o WHOQOL-Bref foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido à necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias. O instrumento original WHOQOL-100, é composto de cem questões referente a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais¹¹⁷. Já o WHOQOL-Bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100, que está disponível em 20 idiomas diferentes⁹⁰ e a versão em português foi desenvolvida e validada pelos pesquisadores do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É composto por 26 questões objetivas formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert de cinco pontos, com uma escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito

insatisfeito – muito satisfeito / muito ruim – muito bom). O instrumento é constituído por quatro domínios da qualidade de vida, quais sejam: capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido¹¹⁸. A escala é positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida naquele domínio.

d) Avaliação do estresse: Foi utilizado o Inventário para Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)¹¹² para avaliação da presença de estresse e da fase em que o indivíduo se encontra; se inicial ou avançada, e se o estresse manifesta-se por meio de sintomatologia na área física ou psicológica, conforme postulação do instrumento¹⁰².

O ISSL foi validado em 1994¹¹⁹ e é composto por três quadros (Q) que se referem às quatro fases do estresse: o quadro 1, com sintomas relativos à 1ª fase do estresse, o quadro 2, com sintomas da 2ª e 3ª fases, e o quadro 3, com sintomas da 4ª fase do estresse.

No total, o ISSL inclui 34 itens de natureza somática, e 19, de natureza psicológica.

No ISSL, o diagnóstico positivo é dado a partir da soma dos sintomas de cada quadro do inventário, sendo que ao ultrapassar o número limite em uma fase específica ($Q1 > 6$; $Q2 > 3$ ou > 9 ; $Q3 > 8$), isto indicará que a pessoa tem estresse, em qual fase ela se encontra e a sintomatologia predominante¹¹².

e) Avaliação de personalidade: Foi utilizado o Inventário Fatorial de Personalidade – IFP, que é um inventário de personalidade objetivo, aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, adaptado e validado para uso no Brasil pela equipe do Prof. Luiz Pasquali¹²⁰. Em virtude disso, obteve parecer favorável no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi) do Conselho Federal de Psicologia (CFP).¹²¹ O IFP fundamenta-se no Edwards Personal Preference Schedule (EPPS), um instrumento desenvolvido por Allen L Edwards em 1953 e revisto em 1959. É baseado na teoria das necessidades básicas formulada por Henry Murray. Esse inventário visa avaliar o sujeito normal em 15 necessidades ou motivos psicológicos¹²⁰:

a) Assistência: caracterizada por desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura, pelos quais o sujeito deseja dar simpatia e gratificar as necessidades de um sujeito indefeso;

b) Intracepção: sentimentos e inclinações difusas, de procura pela felicidade, fantasia e imaginação;

c) Afago: busca de apoio e proteção; o sujeito espera ter seus desejos satisfeitos por alguma pessoa querida e amiga, deseja ser afagado, apoiado, protegido, amado, orientado, perdoado, consolado; sofre de sentimentos e ansiedade de abandono, insegurança e desespero;

d) Deferência: caracterizada por respeito, admiração e reverência a um superior; o sujeito apresenta a necessidade de elogiar, imitar e obedecer a seus superiores;

e) Afiliação: necessidade de dar e receber afeto dos amigos; os sujeitos gostam de ser leal, demonstrar confiança, boa vontade e amor aos seus amigos;

f) Dominância: sentimentos de autoconfiança e desejo de controlar os outros, influenciando ou dirigindo o comportamento das pessoas através de sugestão, sedução, persuasão ou comando;

g) Denegação: desejo ou tendência de se submeter passivamente à força externa; aceitar desaforo, castigo e culpa; resignar-se ao destino, admitir inferioridade, erro e fracasso; desejo de autodestruição, dor, castigo, doença e desgraça;

h) Desempenho: caracterizado por ambição e empenho, expressado pelo desejo de realizar algo difícil, como dominar, manipular e organizar objetos, pessoas e ideias; os sujeitos gostam de fazer coisas independentemente e com a maior rapidez possível, sobressair, vencer obstáculos e manter altos padrões de realização;

i) Exibição: desejo de impressionar, vaidade, ser ouvido e visto; o indivíduo gosta de fascinar e seduzir as pessoas;

j) Agressão: caracterizada pelo desejo de superar com vigor e força a oposição, lutar, revidar a injúria;

k) Ordem: tendência de pôr todas as coisas em ordem, mantendo limpeza, organização, equilíbrio e precisão;

l) Persistência: necessidade de concluir qualquer trabalho iniciado por mais difícil que possa parecer, esquecendo o tempo e repouso necessário, resultando, não raro, em queixas de pouco tempo, de cansaço e preocupações;

m) Mudança: desejo de desligar-se de tudo que é rotineiro e fixo; os sujeitos gostam de novidade, aventura, mudar hábitos e não ter nenhuma ligação permanente em lugares, objetos ou pessoas;

n) Autonomia: caracterizada pelo sentimento de ser livre, resistir à coerção e à oposição; os indivíduos não gostam de executar tarefas impostas por autoridades, pois necessitam agir independentemente, seguindo seus impulsos e desafiando as convenções;

o) Heterossexualidade: desejo de manter relações, desde românticas até sexuais, com indivíduos do sexo oposto; o sujeito se interessa por sexo e assuntos afins.

Além das quinze necessidades, o IFP apresenta uma escala de validade, cuja função é verificar se o sujeito respondeu adequadamente ao inventário, isto é, se ele ou não entendeu a tarefa ou respondeu sem a menor atenção ou simplesmente mentiu e, uma escala de desejabilidade social, que visa identificar os sujeitos que tentou demais se apresentar de uma maneira que os outros gostariam que ele fosse visto ¹²⁰.

O IFP é composto por 155 questões, sendo 9 questões para cada uma das 15 necessidades, 8 questões para escala de validade e 12 questões para desejabilidade social. O sujeito deve responder cada questão dentro de uma escala tipo Likert, composta de 7 pontos, onde 1 representa “nada característico” e 7 representa “totalmente característico”. O escore bruto de cada necessidade é dado pela soma das suas respectivas questões. Já para as questões de validade e desejabilidade social, a pontuação é feita de forma inversa, ou seja, onde o sujeito atribuiu o valor de 7, deve-se na verdade, pontuar o valor de 1. Os escores percentílicos são obtidos colocando-se os valores brutos na tabela de normas (em função do gênero). Caso o sujeito apresente escores acima de 30 para validade e percentil igual ou superior a 70 para desejabilidade social deve ser retirado da análise. Podendo ser utilizado para pesquisas, ensino e aconselhamento, o IFP é autoaplicável e utilizado com pessoas entre 18 e 60 anos de idade.

Os participantes passaram por uma entrevista com o psicólogo que teve como objetivo tirar dúvidas e verificar o posicionamento pessoal dos PAS. Esta etapa não fez parte dos resultados deste estudo.

3.5 Aspectos éticos

Atendendo às normas éticas de pesquisa com seres humanos, o primeiro contato com participante se iniciou com a leitura do TCLE e, se o participante concordasse em assiná-lo, iniciava-se a coleta de dados com a realização da entrevista.

Para preservação do sigilo, optou-se por não identificar os entrevistados pelo nome nem pelo local de trabalho, sendo o entrevistado identificado com um número, respeitando-se a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados coletados das entrevistas e testes psicológicos serão armazenados e guardados por um período mínimo de cinco anos no Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP.

3.6 Procedimentos

Cada profissional foi observado individualmente para cada etapa do procedimento.

As observações foram organizadas em planilha Windows/Excel com dupla digitação independente.

A observação se deu de forma direta e sem que o PAS soubesse que estava sendo observado para atenuar os vieses de observação, a equipe de observadores responsáveis pela coleta dos dados foi composta por quatro observadores devidamente treinados e orientados a: identificar somente os cateteres inclusos e as práticas selecionadas; registrar nas planilhas de avaliação as informações obtidas à medida que as práticas eram realizadas pelos profissionais de saúde; atuar de modo a não interferir na realização da prática e efetuar a avaliação de forma discreta e passiva.

A observação avaliou a HM das mãos apenas de acordo com o número de oportunidades observadas e a adesão, sem avaliar, portanto, aspectos referentes à qualidade da higienização.

Ao finalizar as observações de adesão dos PAS às práticas de controle e prevenção de IRAS, todos foram convidados a participar da pesquisa. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e se o profissional concordasse em participar da pesquisa, deu-se a coleta de dados realizada por profissional psicólogo

com a aplicação dos instrumentos na seguinte ordem: Inventário do Pensamento Racional versus Experiencial (RVEI-S), Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR, WHOQOL-bref., Inventário para Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário Fatorial de Personalidade – IFP. Para isso, foi realizado agendamento prévio, conforme disponibilidade do PAS, os instrumentos foram entregues e respondidos pelos participantes numa sala previamente reservada no próprio setor e horário de trabalho. Esta etapa ocorreu no período de julho de 2012 a dezembro de 2013. A equipe de psicólogos permanecia no local instruindo o respondente, conforme necessidade de cada teste.

A identidade dos participantes será preservada e os resultados serão apresentados agregados ou em conjunto.

3.7 Cálculo do tamanho da amostra e metodologia estatística

Para cada cruzamento das variáveis explicativas (turno da manhã, na categoria de médicos, em dia útil, por exemplo) o tamanho da amostra foi obtido por meio da metodologia descrita em Fosgate¹²² para diferentes valores do número de indivíduos, do número de avaliações por indivíduo, do coeficiente entre as observações intraindivíduos e probabilidades esperadas de execução correta das práticas recomendadas de controle de infecção.

Adotou-se uma margem de erro de 10% e um coeficiente de confiança de 95%.

O tamanho da amostra foi definido e está apresentado no Apêndice C.

Obtiveram-se estatísticas descritivas para as proporções de adesão a cada tipo de prática observada para o grupo todo de PAS e para cada categoria profissional separadamente.

A associação entre os resultados da avaliação psicológica (quantitativa por meio dos escores) e a proporção de acertos foi avaliada utilizando-se modelos de regressão logística com efeitos aleatórios¹²³.

Foram considerados modelos para:

- 1) Avaliar a associação entre a adesão da equipe médica à HM e os testes psicológicos, controlando para variáveis demográficas.

- 2) Avaliar a associação entre a adesão da equipe de enfermagem à antissepsia da pele no local do curativo do CVC e a desinfecção da conexão do CVC e os testes psicológicos, controlando para variáveis demográficas.
- 3) Avaliar a associação entre a adesão da equipe de enfermagem à HM antes da realização do curativo /antes de iniciar a manipulação do CVC e os testes psicológicos, controlando para variáveis demográficas.

O cálculo da amostra e a análise estatística foram realizados no Centro de Estatística Aplicada – (CEA) do Instituto de Matemática e Estatística (IME) da USP.

4. Resultados

Durante o período de julho de 2012 a dezembro de 2013 foram realizadas observações de práticas de controle de infecção de 248 profissionais nas quatro UTIs, ficando distribuídos em: médicos (38%), enfermeiros (21%), técnico de enfermagem (14%) e auxiliar de enfermagem (27%).

O total de observações foi de 7.572, sendo 3.256 da equipe médica e 4.316 da equipe de enfermagem.

Foram realizadas 1.381 observações em enfermeiros, 1.051 em técnicos de enfermagem e 1.884 em auxiliares de enfermagem.

Verificou-se que para os procedimentos de manipulação e curativo do CVC, nenhum dos profissionais de enfermagem avaliados na UTI de Moléstias infecciosas realizou corretamente todas as etapas previstas. Porém na UTI do pronto socorro a proporção de acerto para os auxiliares de enfermagem foi de aproximadamente 9%, para enfermeiros foi de 13% e para técnicos de enfermagem foi de 18%. Na UTI Clínica médica/pneumologia os auxiliares de enfermagem acertaram 10%, os enfermeiros e técnicos de enfermagem, ambos acertaram 13%. Na UTI Cirúrgica os técnicos de enfermagem acertaram cerca de 4%, praticamente mesmo valor observado para os auxiliares de enfermagem, enquanto que enfermeiros acertaram 12%.

As tabelas 1, 2 e 3 mostram a adesão e frequência de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.

Tabela 1- Adesão e frequência de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem de acordo com as etapas previstas e categoria profissional - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Etapas do procedimento	Proporção de adesão em porcentagem (Número de Acertos/Observações)			
	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Total
Procedimento				
Manipulação do cateter venoso central				
Realização da higiene das mãos antes de iniciar a manipulação	15,6 (136/872)	11,4 (102/895)	13,2 (197/1.496)	13,3 (435/3.263)
Utilização de luvas durante o procedimento	97,1 (847/872)	96,6 (865/895)	94,1 (1408/1496)	95,6 (3.120/3.263)
Desinfecção da conexão com álcool ou antisséptico alcoólico	60,8 (530/872)	49,1 (439/895)	63,2 (945/1496)	58,7 (1.914/3.263)
Realização da higiene das mãos após terminar a manipulação	86,2 (752/872)	78,8 (705/895)	82,4 (1.232/1.496)	82,4 (2.689/3.263)
Procedimento				
Curativo do cateter venoso central				
Realização da higiene das mãos antes de iniciar a troca do curativo	18,5 (94/509)	9,6 (15/156)	10,6 (41/388)	14,2 (150/1.053)
Utilização de luva estéril ou pinça na realização do curativo	100,0 (509/509)	98,1 (153/156)	99,7 (387/388)	99,6 (1.049/1.053)
Realização de antissepsia no local do curativo com produto alcoólico	95,5 (486/509)	89,7 (140/156)	86,1 (334/388)	91,2 (960/1.053)
Realização da higiene das mãos após finalizar a troca do curativo	99,8 (508/509)	96,2 (150/156)	99,5 (386/388)	99,1 (1.044/1.053)

Tabela 2- Adesão e frequência da equipe de enfermagem de acordo com as etapas previstas e unidade de observação - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - junho de 2012 a dezembro de 2013

Etapas do procedimento	Proporção de adesão em porcentagem (Número de Acertos/Observações)				
	Procedimento				
	Manipulação do cateter venoso central				
	UTI moléstias infecciosas	UTI pronto socorro clínico	UTI clínica médica/ pneumologia	UTI cirúrgica	Total
Realização da higiene das mãos antes de iniciar a manipulação	0,8 (4/501)	21,3 (202/949)	19,1 (117/613)	9,3 (112/1200)	13,3 (435/3.263)
Utilização de luvas durante o procedimento	100,0 (501/501)	96,2 (913/949)	90,7 (556/613)	95,8 (1150/1200)	95,6 (3.120/3.263)
Desinfecção da conexão com solução alcoólica	28,3 (142/501)	54,1 (513/949)	69,5 (426/613)	69,4 (833/1200)	58,7 (1.914/3.263)
Realização da higiene das mãos após terminar a manipulação	100,0 (501/501)	72,2 (685/949)	92,2 (565/613)	78,2 (938/1200)	82,4 (2.689/3.263)
	Procedimento				
	Curativo do cateter venoso central				
Realização da higiene das mãos antes de iniciar a troca do curativo	2,3 (1/43)	27,5 (36/131)	15,7 (53/337)	11,1 (60/542)	14,2 (150/1.053)
Utilização de luva estéril ou pinça na realização do curativo	100,0 (43/43)	97,7 (128/131)	100,0 (337/337)	99,8 (541/542)	99,6 (1.049/1.053)
Realização de antissepsia no local do curativo com solução alcoólica	79,1 (34/43)	92,4 (121/131)	85,5 (288/337)	95,4 (517/542)	91,2 (960/1.053)
Realização da higiene das mãos após finalizar a troca do curativo	100,0 (43/43)	96,2 (126/131)	99,4 (335/337)	99,6 (540/542)	99,1 (1.044/1.053)

UTI: Unidade de terapia intensiva

Tabela 3- Adesão e frequência da equipe de enfermagem de acordo com as etapas previstas e o turno - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - junho de 2012 a dezembro de 2013

Procedimento Curativo do cateter venoso central	Turno		
	Proporção de adesão em porcentagem (Número de Acertos/Observações)		
	Manhã	Tarde	Noite
Etapas			
Realização da higiene das mãos antes de iniciar a troca do curativo	17,0 (63/371)	12,8 (25/195)	12,7 (62/487)
Utilização de luva estéril ou pinça na realização do curativo	100,0 (371/371)	99,5 (194/195)	99,4 (484/487)
Realização de antissepsia no local do curativo com solução alcoólica.	93,3 (346/371)	86,7 (169/195)	91,4 (445/487)
Higiene das mãos após finalizar a troca do curativo	99,5 (369/371)	98,5 (192/195)	99,2 (483/487)
Manipulação do cateter venoso central			
Etapas	Manhã	Tarde	Noite
Higiene das mãos antes de iniciar a manipulação	12,1 (133/1102)	9,9 (79/802)	16,4 (223/1359)
Uso de luvas	97,3 (1072/1102)	97,4 (781/802)	93,2 (1267/1359)
Desinfecção da conexão com solução alcoólica	58,6 (646/1102)	53,9 (432/802)	61,5 (836/1359)
Realização da higiene das mãos após finalizar a troca do curativo	84,4 (930/1102)	84,2 (675/802)	79,8 (1084/1359)

Não houve diferenças significativas na adesão às práticas de controle de infecção dos profissionais de enfermagem entre os diferentes turnos.

As tabelas 4 e 6 mostram a distribuição das observações de procedimentos realizados pela equipe médica.

Tabela 4- Adesão e frequência do total de procedimentos realizados pela equipe médica de acordo com a unidade de observação e higiene das mãos nos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Proporção de adesão em porcentagem (Número de Acertos/Observações)					
Momentos	UTI moléstias infecciosas	UTI pronto socorro clínico	UTI clínica médica/ pneumologia	UTI cirúrgica	TOTAL
Antes de contato direto com o paciente	0,9 (5/ 548)	3,0 (8/268)	64,8 (81/125)	10,6 (18 /170)	10,1 (112/1111)
Após o contato direto com o paciente	94,8 (511/539)	95,2 (236/248)	90,8 (89 /98)	64,1 (41/64)	92,4 (877/949)
Após contato com o ambiente próximo ao paciente	16,8 (36/214)	21,9 (28/128)	7,2 (7 /97)	5,1 (11/217)	12,5 (82/656)
Antes da realização de procedimentos assépticos	38,6 (27/70)	43,2 (16/37)	100,0 (84/84)	100,0 (105/105)	78,4 (232 /296)
Após a exposição a fluidos corporais do paciente	98,5 (67/68)	85,7 (24/28)	100,0 (46 /46)	100,0 (102 /102)	98,0 (239/244)
TOTAL	44,9 (646/1439)	44,0 (312 /709)	68,2 (307 /450)	42,1 (277 /658)	47,4 (1542/3256)

UTI: Unidade de terapia intensiva

Tabela 5- Adesão e frequência da higienização das mãos nos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dos profissionais médicos de acordo com o turno - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - junho de 2012 a dezembro de 2013

Momentos	Proporção de adesão em porcentagem (Número de Acertos/Observações)		
	Manhã	Tarde	Noite
Antes de contato direto com o paciente	4,6 (24/523)	9,6 (43/449)	32,4 (45/139)
Após o contato direto com o paciente	91,9 (413/449)	94,7 (410/433)	80,6 (54/67)
Após contato com o ambiente próximo ao paciente	15,0 (34/227)	13,1 (38/289)	7,1 (10/140)
Antes da realização de procedimentos assépticos	64,3 (63/98)	73,0 (73/100)	98,0 (96/98)
Após a exposição a fluidos corporais do paciente	100,0 (82/82)	97,8 (91/93)	95,7 (66/69)
Total	44,9 (619/1.379)	48,0 (655/1.364)	52,8 (271/513)

Observa-se uma maior adesão à higienização das mãos antes do contato direto com o paciente no turno da noite, porém há uma menor adesão à higienização das mãos após contato com o ambiente próximo ao paciente também no turno da noite.

Após a fase de observação foram realizados os testes psicológicos em 166 dos 248 profissionais avaliados por observação direta.

A Tabela 6 mostra as características demográficas dos indivíduos que realizaram os testes psicológicos, mostrando que a idade variou entre 23 a 63 anos e as médias foram bastante semelhantes nas UTIs.

Tabela 6- Características demográficas dos profissionais de assistência à saúde (PAS) que realizaram os testes psicológicos - Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Variáveis	Total de PAS n=166	Local de trabalho			
		UTI moléstias infecciosas n= 47	UTI pronto socorro clínico n= 65	UTI clínica médica/ pneumologia n=56	UTI cirúrgica n= 80
Idade (anos)					
Média (desvio-padrão)	37,8 (9,3)	33,9 (8,4)	36,7 (9,2)	41,2 (8,4)	39,1 (9,4)
Mediana (min-max) n= 165*	36 (23-63)	31(23-56)	35 (25-55)	41(27-57)	38 (24-63)
Sexo masculino	45 (27,1%)	7 (15,6%)	16(35,5%)	10 (22,2%)	12 (26,7%)
Profissão					
Médico	42 (25,3%)	17(40,5%)	16 (38,1%)	5 (11,9%)	4 (9,5%)
Enfermeiro	43 (25,9%)	2 (4,6%)	14 (32,6%)	11 (25,6%)	16 (37,2%)
Técnico de enfermagem	23 (13,9%)	6 (26,1%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	11 (47,8%)
Auxiliar de enfermagem	58 (34,9%)	7 (12,1%)	15 (25,9%)	22 (37,9%)	14 (24,1%)
Escolaridade					
Médio	46 (28%)	8 (17%)	9 (20%)	17 (37%)	12 (26%)
Superior incompleto	22 (13%)	7 (32%)	6 (27%)	2 (9%)	7 (32%)
Superior completo	41 (25%)	10 (24%)	17 (41%)	7 (17%)	7 (17%)
Pós-graduação incompleta	17 (10%)	4 (24%)	6 (35%)	4 (24%)	3 (18%)
Pós-graduação completa n= 164*	38 (23%)	3 (8%)	10 (26%)	9 (24%)	16 (42%)
Estado civil					
Casado	72 (44%)	11 (15%)	19 (26%)	20 (28%)	22 (31%)
Solteiro	78 (48%)	20 (26%)	25 (32%)	13 (17%)	20 (26%)
Divorciado	10 (6%)	1 (10%)	4 (40%)	4 (40%)	1 (10%)
Viúvo n= 162*	2 (1%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)

*: número de indivíduos para os quais a informação estava disponível; PAS: profissionais de assistência à saúde; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

Não houve diferença significativa entre a proporção de adesão às práticas de controle de IRAS dos PAS que realizaram os testes psicológicos e os que não realizaram (Apêndices D, E e F).

As tabelas 7 a 24 apresentam os resultados dessas avaliações psicológicas.

Tabela 7- Distribuição dos escores do Estilo de Pensamento de acordo com a categoria profissional - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Escore da análise do estilo de pensamento						
Categoria profissional (n)	Análise do Estilo Racional	Habilidade Racional	Favorabilidade Racional	Análise do Estilo Experiencial	Favorabilidade Experiencial	Habilidade Experiencial
Médico (42)						
Média (Desvio Padrão)	57,2 (4,1)	26,6 (3,3)	28,7 (2,3)	61,6 (5,1)	27,4 (2,9)	34,2 (3,5)
Mediana (min-max)	57,0 (47-66)	26,0 (17-34)	29,0 (23-35)	62,0 (50-74)	27,0 (22-36)	35,0 (27-43)
Enfermeiro (43)						
Média (Desvio Padrão)	57,5 (5,4)	27,1 (3,0)	28,4 (4,1)	60,1 (12,0)	27,8 (4,0)	33,8 (4,5)
Mediana (min-max)	58,0 (44-69)	28,0 (18-32)	28,0 (18-38)	62,0 (0-74)	28,0 (17-36)	35,0 (24-44)
Auxiliar de enfermagem (58)						
Média (Desvio Padrão)	59,1 (7,0)	28,2 (3,9)	28,4 (5,2)	61,7 (8,0)	28,6 (3,9)	33,1 (5,5)
Mediana (min-max)	59,0 (42-80)	28,0 (20-42)	28,0 (16-39)	63,0 (34-81)	29,0 (14-38)	33,5 (20-48)
Técnico de enfermagem (23)						
Média (Desvio Padrão)	59,5 (5,9)	28,6 (4,2)	28,7 (3,9)	64,7 (8,4)	29,7 (3,9)	35,0 (5,5)
Mediana (min-max)	59,0 (43-71)	28,0 (20-40)	29,0 (21-36)	66,0 (50-81)	29,0 (20-38)	33,0 (25-44)
TOTAL (166)						
Média (Desvio Padrão)	58,3 (5,8)	27,5 (3,6)	28,5 (4,1)	61,7 (8,7)	28,3 (3,7)	33,8 (4,8)
Mediana (min-max)	58,0 (42-80)	28,0 (17-42)	28,5 (16-39)	62,0 (0-81)	28,0 (14-38)	34,0 (20-48)

Tabela 8- Distribuição dos escores do Estilo de Pensamento de acordo com a unidade de observação - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidades (n)	Escores da análise do estilo de pensamento					
	Análise do Estilo Racional	Habilidade Racional	Favorabilidade Racional	Análise do Estilo Experencial	Favorabilidade Experencial	Habilidade Experencial
UTI Moléstias infecciosas (32)						
Média (DP)	58,3 (6,0)	27,3 (3,6)	28,9 (3,8)	63,2 (7,9)	28,9 (3,9)	34,3 (4,8)
Mediana (min-max)	59,0 (43-69)	28,0 (17-33)	29,0 (20-38)	62,0 (46-81)	28,5 (23-38)	34,5 (23-44)
UTI Pronto socorro clínico (49)						
Média (DP)	57,8 (4,9)	27,2 (3,5)	28,5 (3,3)	62,3 (7,1)	28,0 (3,7)	34,3 (4,5)
Mediana (min-max)	57,0 (47-71)	27,0 (20-40)	29,0 (18-36)	62,0 (47-81)	28,0 (20-35)	34,0 (25-48)
UTI Clínica médica/pneumologia (40)						
Média (DP)	58,7 (5,9)	28,1 (3,5)	28,4 (4,6)	61,1 (7,2)	28,0 (3,5)	33,1 (5,4)
Mediana (min-max)	58,0 (47-74)	28,0 (18-39)	28,0 (18-38)	62,0 (34-72)	28,0 (14-36)	34,0 (20-42)
UTI Cirúrgica (45)						
Média (DP)	58,4 (6,7)	27,5 (3,9)	28,4 (4,8)	60,4 (11,7)	28,3 (3,8)	33,5 (4,5)
Mediana (min-max)	59,0 (42-80)	27,0 (21-42)	29,0 (16-39)	62,0 (0-78)	28,0 (17-38)	35,0 (21-44)
TOTAL (166)						
Média (DP)	58,3 (5,8)	27,5 (3,6)	28,5 (4,1)	61,7 (8,7)	28,3 (3,7)	33,8 (4,8)
Mediana (min-max)	58,0 (42-80)	28,0 (17-42)	28,5 (16-39)	62,0 (0-81)	28,0 (14-38)	34,0 (20-48)

D.P: Desvio Padrão

UTI: Unidade de terapia intensiva

Tabela 9- Distribuição da avaliação da Autoestima, categorizada como, baixa, normal e alta, de acordo com a categoria profissional - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Categoria profissional (n)	Autoestima		
	Baixa	Normal	Alta
Médico (42)	3 (7,1%)	24 (57,1%)	15 (35,7%)
Enfermeiro (43)	2 (4,7%)	24 (55,8%)	17 (39,5%)
Auxiliar enfermagem (58)	2 (3,4%)	30 (51,7%)	26 (44,8%)
Técnico de enfermagem (23)	1 (4,3%)	12 (52,2%)	10 (43,5%)
TOTAL: (166)	8 (4,8%)	90 (54,2%)	68 (41,0%)

Tabela 10- Distribuição da avaliação da Autoestima, categorizada como, baixa, normal e alta, de acordo com a unidade de observação - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidade de terapia intensiva (n)	Autoestima		
	Baixa	Normal	Alta
Moléstias infecciosas (32)	3 (9,4%)	12 (37,5%)	17 (53,1%)
Pronto socorro clínico (49)	1 (2,0%)	31 (63,3%)	17 (34,7%)
Clínica médica/pneumologia (40)	3 (7,5%)	23 (57,5%)	14 (35,0%)
Cirúrgica (45)	1 (2,2%)	24 (53,3%)	20 (44,4%)
TOTAL (166)	8 (4,8%)	90 (54,2%)	68 (41,0%)

Tabela 11- Distribuição dos escores da análise da Autoestima de acordo com a categoria profissional - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Categoria profissional	Escores da análise da autoestima
Médico (42)	
Média (Desvio Padrão)	23,1 (5,3)
Mediana (min-max)	24,0 (11-30)
Enfermeiro (43)	
Média (Desvio Padrão)	23,2 (4,7)
Mediana (min-max)	24,0 (10-30)
Auxiliar enfermagem (58)	
Média (Desvio Padrão)	24,1 (4,0)
Mediana (min-max)	25,0 (14-30)
Técnico de enfermagem (23)	
Média (Desvio Padrão)	23,9 (4,2)
Mediana (min-max)	24,0 (14-30)
TOTAL (166)	
Média (Desvio Padrão)	23,6 (4,5)
Mediana (min-max)	24,0 (10-30)

Tabela 12- Distribuição dos escores da análise da Autoestima de acordo com a unidade de observação - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidade de terapia intensiva	Escore da análise da autoestima
Moléstias infecciosas (32)	
Média (Desvio Padrão)	23,8 (5,5)
Mediana (min-máx)	26,0 (11-30)
Pronto socorro clínico (49)	
Média (Desvio Padrão)	24,0 (3,9)
Mediana (min-máx)	25,0 (14-30)
Clínica médica/pneumologia (40)	
Média (Desvio Padrão)	23,0 (4,5)
Mediana (min-máx)	23,5 (13-30)
Cirúrgica (45)	
Média (Desvio Padrão)	23,5 (4,5)
Mediana (min-máx)	24,0 (10-30)
TOTAL (166)	
Média (Desvio Padrão)	23,6 (4,5)
Mediana (min-máx)	24,0 (10-30)

Tabela 13- Distribuição das médias das proporções de adesão aos procedimentos de cuidados com o curativo e manipulação do cateter venoso central dos profissionais de enfermagem de acordo com a avaliação da autoestima - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

		Médias das proporções de adesão							
		Curativo							
Autoestima	Número de Profissionais	Higiene das mãos antes da realização do curativo.		Uso de luva		Antissepsia da pele		Higiene das mãos depois da realização do curativo.	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Baixa	5	8%	5%	100%	0%	100%	0%	95%	5%
Normal	52	13%	2%	96%	3%	92%	3%	96%	2%
Alta	41	13%	2%	100%	0%	88%	<1%	100%	0%
		Manipulação							
Autoestima	Número de Profissionais	Higiene das mãos antes da realização da manipulação		Uso de luva		Desinfecção da conexão		Higiene das mãos depois da realização da manipulação	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Baixa	5	21%	8%	89%	6%	60%	6%	92%	4%
Normal	66	15%	1%	96%	1%	61%	1%	86%	2%
Alta	53	14%	2%	94%	1%	60%	1%	88%	2%

Tabela 14- Distribuição das médias das proporções de adesão à higienização das mãos nos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dos médicos avaliados de acordo com a avaliação da autoestima - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Autoestima	Número de profissionais	Médias das proporções de adesão dos médicos	Desvio Padrão
Baixa	3	56%	9%
Normal	24	46%	15%
Alta	15	51%	14%

Tabela 15- Distribuição dos escores da avaliação da qualidade de vida de acordo com a categoria profissional - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

WHOQOL						
Escore da avaliação da qualidade de vida						
Categoria profissional (n)	Domínio I- Físico	Domínio II- Psicológico	Domínio III- Relações sociais	Domínio IV- Meio ambiente	Qualidade de vida global	Percepção geral da saúde
Médico (42)						
Média (DP)	15,0 (2,8)	14,5 (2,4)	14,4 (3,2)	13,6 (1,6)	13,6 (3,2)	14,2 (2,0)
Mediana (min-max)	15,1 (6,3-20,0)	14,7 (9,3-18,7)	14,7 (5,3-20,0)	13,8 (9,5-17,5)	14,0 (6-20)	14,2 (8,5-18,3)
Enfermeiro (43)						
Média (DP)	14,7 (1,9)	14,6 (2,4)	14 (2,4)	12,7 (2,0)	14,2 (3,0)	13,9 (1,8)
Mediana (min-max)	14,9 (10,3-20,0)	15,0 (9,3-19,3)	14,7 (8,0-18,7)	12,8 (8,5-17,5)	14,0 (6,0-20)	14,2 (9,8-18,2)
Auxiliar de enfermagem (58)						
Média (DP)	14,6 (2,1)	15,5 (1,9)	14,7 (1,9)	11,8 (2,0)	14,3 (2,9)	13,9 (1,6)
Mediana (min-max)	14,9 (10,9-18,3)	15,3 (12,0-19,3)	14,7 (9,3-18,7)	12,0 (7,5-16,5)	15,0 (6,0-20,0)	13,7 (10,3-17,5)
Técnico de enfermagem (23)						
Média (DP)	15,2 (2,2)	15,7 (2,1)	15,6 (2,5)	12,5 (2,4)	15,7 (1,7)	14,5 (1,9)
Mediana (min-max)	14,9 (10,9-20,0)	16,0 (10,0-18,7)	16,0 (10,7-20,0)	12,5 (8,0-18,5)	16,0 (12,0-18,0)	15,1 (10,0-19,1)
TOTAL (166)						
Média (DP)	14,8 (2,3)	15,0 (2,3)	14,5 (2,5)	12,6 (2,1)	14,3 (2,9)	14,1 (1,8)
Mediana (min-max)	14,9 (6,3-20,0)	15,3 (9,3-19,3)	14,7 (5,3-20,0)	12,5 (7,5-18,5)	14,0 (6,0-20,0)	14,2 (8,5-19,1)

DP: Desvio Padrão

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Group

Tabela 16- Distribuição dos escores da avaliação da qualidade de vida de acordo com a unidade de observação - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

WHOQOL						
Escore da avaliação da qualidade de vida						
Unidade de terapia intensiva (n)	Domínio I- Físico	Domínio II- Psicológico	Domínio III- Relações sociais	Domínio IV- Meio ambiente	Qualidade de vida global	Percepção geral da saúde
Moléstias infecciosas (32)						
Média (DP)	14,9 (2,9)	14,9 (2,5)	15,0 (2,0)	12,8 (2,5)	14,1 (3,0)	14,2 (2,2)
Mediana (min-max)	15,4 (6,3-20,0)	14,7 (9,3-18,7)	14,7 (10,7-20,0)	12,8 (7,5-17,5)	14,0 (6,0-18,0)	14,2 (8,5-18,3)
Pronto socorro clínico (49)						
Média (DP)	14,8 (2,0)	15,1 (2,0)	14,0 (2,9)	12,7 (2,0)	14,1 (2,4)	14,1 (1,6)
Mediana (min-max)	14,9 (9,1-20,0)	15,3 (9,3-18,7)	14,7 (5,3-20,0)	13,0 (8,5-18,5)	14,0 (8,0-20,0)	14,2 (10,9-19,1)
Clínica médica/pneumologia (40)						
Média (DP)	14,4 (2,1)	14,7 (2,3)	14,3 (2,4)	11,8 (1,8)	13,4 (3,5)	13,6 (1,7)
Mediana (min-max)	14,3 (10,9-19,4)	15,3 (9,3-18,7)	14,7 (8,0-20,0)	12,0 (8,0-15,5)	14,0 (6,0-20,0)	13,5 (9,8-17,5)
Cirúrgica (45)						
Média (DP)	15,0 (2,1)	14,7 (2,3)	15,0 (2,4)	12,9 (1,9)	15,4 (2,4)	14,5 (1,7)
Mediana (min-max)	15,1 (10,3-17,7)	15,3 (9,3-19,3)	16,0 (8,0-20,0)	13,0 (8,5-17,5)	16,0 (6,0-20,0)	14,5 (10,0-18,2)
TOTAL (166)						
Média (DP)	14,8 (2,3)	15,0 (2,3)	14,5 (2,5)	12,6 (2,1)	14,3 (2,9)	14,1 (1,8)
Mediana (min-max)	14,9 (6,3-20,0)	15,3 (9,3-19,3)	14,7 (5,3-20,0)	12,5 (7,5-18,5)	14,0 (6,0-20,0)	14,2 (8,5-19,1)

DP: Desvio Padrão; WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Group

Tabela 17- Distribuição do teste psicológico do estresse de acordo com a categoria profissional, presença e sintomatologia mais presente - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Categoria profissional (n)	Número de profissionais que apresentaram sintomas significativos de estresse	Número de profissionais em cada sintomatologia mais presente	
		Somática	Psicológica
Médico (42)	20 (47,6%)	17 (40,5%)	25 (59,5%)
Enfermeiro (43)	26 (60,5%)	24 (55,8%)	19 (44,2%)
Auxiliar enfermagem (58)	30 (51,7%)	27 (46,6%)	31 (53,4%)
Técnico de enfermagem (45)	15 (65,2%)	10 (43,5%)	13 (56,5%)
TOTAL (166)	91 (54,8%)	78 (47,0%)	88 (53,0%)

Tabela 18- Distribuição do teste psicológico do estresse de acordo com a categoria profissional e a fase do estresse em que cada profissional se encontra - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Categoria profissional (n)	Número de profissionais em cada fase do estresse				
	Alerta	Resistência	Quase exaustão	Exaustão	Não apresenta
Médico (42)	2 (4,8%)	15 (35,7%)	2 (4,8%)	1 (2,4%)	22 (52,4%)
Enfermeiro (43)	5 (11,6%)	17 (39,5%)	4 (9,3%)	0 (0,0%)	17 (39,5%)
Auxiliar enfermagem (58)	3 (5,2%)	24 (41,4%)	3 (5,2%)	0 (0,0%)	28 (48,3%)
Técnico de enfermagem (23)	3 (13,0%)	11 (47,8%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)	8 (34,8%)
TOTAL: (166)	13 (7,8%)	67 (40,4%)	10 (6,0%)	1 (0,6%)	75 (45,2%)

Tabela 19- Distribuição do teste psicológico do estresse de acordo com unidade de observação, presença e sintomatologia mais presente - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidade de terapia intensiva (n)	Número de profissionais que apresentam sintomas significativos de estresse	Número de profissionais na Sintomatologia mais presente	
		Somática	Psicológica
Moléstias infecciosas (32)	20 (62,5%)	13 (40,6%)	19 (59,4%)
Pronto socorro clínico (49)	26 (53,1%)	25 (51,0%)	24 (49,0%)
Clinica médica/pneumologia (40)	20 (50,0%)	16 (40,0%)	24 (60,0%)
Cirúrgica (45)	25 (55,6%)	24 (53,3%)	21 (46,7%)
TOTAL (166)	91 (54,8%)	78 (47,0%)	88 (53,0%)

Tabela 20- Distribuição do teste psicológico do estresse de acordo com a unidade de observação e a fase do estresse em que cada profissional se encontra - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidade de terapia intensiva (n)	Número de profissionais em cada fase do estresse				
	Alerta	Resistência	Quase exaustão	Exaustão	Não apresenta
Moléstias infecciosas (32)	3 (9,4%)	15 (46,9%)	2 (6,3%)	0 (0,0%)	12 (37,5%)
Pronto socorro clínico (49)	5 (10,2%)	20 (40,8%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	23 (46,9%)
Clinica médica/pneumologia (40)	2 (5,0%)	16 (40,0%)	2 (5,0%)	0 (0,0%)	20 (50,0%)
Cirúrgica (45)	3 (6,7%)	16 (35,6%)	5 (11,1%)	1 (2,2%)	20 (44,4%)
TOTAL (166)	13 (7,8%)	67 (40,4%)	10 (6,0%)	1 (0,6%)	75 (45,2%)

Tabela 21- Distribuição das médias das proporções de adesão à higienização das mãos nos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dos profissionais médicos de acordo com a presença e a fase do estresse - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Estresse	Número de profissionais	Médias das Proporções de adesão	Desvio Padrão
Não apresenta	22	49%	15%
Alerta	2	38%	5%
Resistência	15	50%	15%
Quase exaustão	2	52%	11%
Exaustão	1	48%	-

Tabela 22- Distribuição dos escores do teste psicológico Inventário fatorial da personalidade de acordo com a categoria profissional - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Escores do Inventário fatorial da personalidade										
Inventário Fatorial da personalidade	Médico (n=42)		Enfermeiro (n=43)		Auxiliar de Enfermagem (n=58)		Técnico de Enfermagem (n=23)		TOTAL (n=166)	
	Média (DP)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)
Assistência	47,4 (5,9)	47,0 (32-61)	47,1 (6,4)	47,0 (26-58)	46,6 (7,1)	47,0 (28-61)	49,0 (7,6)	49,0 (36-63)	47,3 (6,7)	47,0 (26-63)
Intracepção	44,5 (7,8)	43,5 (22-60)	43,4 (7,7)	44,0 (27-60)	39,4 (8,2)	42,0 (18-57)	43,0 (7,1)	44,0 (25-57)	42,2 (8,1)	43,0 (18-60)
Afago	40,3 (8,7)	42,5 (9-59)	38,1 (9,7)	40,0 (12-56)	36,3 (7,3)	36,0 (12-49)	38,4 (7,5)	37,0 (23-55)	38,1 (8,4)	39,0 (9-59)
Deferência	44,9 (6,8)	44,5 (28-57)	46,1 (7,3)	47,0 (26-59)	45,0 (7,1)	46,0 (27-61)	46,0 (6,1)	47,0 (33-59)	45,4 (6,9)	46,0 (26-61)
Afiliação	49,5 (6,5)	50,0 (36-62)	49,7 (6,4)	50,0 (27-61)	50,0 (6,3)	50,0 (36-63)	50,6 (7,3)	50,0 (38-63)	49,9 (6,5)	50,0 (27-63)
Dominância	36,3 (9,3)	38,0 (9-52)	34,8 (8,1)	34,0 (17-50)	26,1 (8,3)	26,0 (9-45)	29,6 (9,5)	29,0 (9-51)	31,4 (9,7)	32,0 (9-52)
Denegação	37,7 (6,1)	39,0 (21-52)	34,7 (7,2)	35,0 (18-48)	32,8 (7,8)	32,0 (16-50)	35,1 (5,8)	37,0 (24-44)	34,9 (7,2)	35,0 (16-52)
Desempenho	48,9 (7,7)	47,5 (31-63)	47,2 (6,8)	48,0 (30-58)	44,5 (8,3)	44,0 (25-61)	47,0 (6,9)	46,0 (36-58)	46,7 (7,7)	46,0 (25-63)
Exibição	34,7 (7,9)	34,0 (20-56)	30,4 (9,3)	31,0 (9-46)	26,1 (10,1)	25,0 (9-49)	31,3 (8,6)	32,0 (14-52)	30,1 (9,7)	30,0 (9-56)
Agressão	28,2 (8,6)	28,0 (13-44)	27,0 (7,6)	25,0 (12-43)	24,8 (9,5)	23,0 (9-56)	26,1 (7,2)	27,0 (14-37)	26,4 (8,5)	25,0 (9-56)
Ordem	40,9 (10,6)	40,0 (18-63)	46,8 (6,6)	46,0 (34-63)	48,6 (7,5)	48,0 (27-63)	48,2 (6,2)	47,0 (39-62)	46,1 (8,6)	47,0 (18-63)
Persistência	45,4 (6,4)	45,0 (28-63)	44,8 (6,1)	45,0 (30-60)	46,1 (7,3)	46,0 (29-60)	45,9 (6,0)	48,0 (31-54)	45,6 (6,5)	45,0 (28-63)
Mudança	45,4 (6,0)	46,0 (34-58)	42,8 (8,0)	43,0 (18-55)	40,1 (8,2)	39,5 (21-60)	41,9 (8,7)	41,0 (25-58)	42,4 (7,9)	43,0 (18-60)
Autonomia	42,5 (6,8)	42,5 (29-59)	41,3 (6,0)	41,0 (28-54)	40,7 (8,2)	41,0 (23-54)	40,8 (8,2)	41,0 (25-54)	41,3 (7,3)	42,0 (23-59)
Heterossexualidade	43,5 (8,2)	44,0 (26-62)	36,5 (10,7)	38,0 (12-55)	32,0 (11,3)	32,0 (12-54)	33,5 (10,5)	32,0 (10-53)	36,3 (11,2)	38,0 (10-62)

DP: desvio padrão

Tabela 23- Distribuição dos escores do teste psicológico inventário fatorial da personalidade de acordo com a unidade de observação - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Inventário Fatorial da personalidade	Escore do Inventário fatorial da personalidade									
	UTI Moléstias infecciosas (n=32)		UTI Pronto socorro clínico (n=49)		UTI Clínica médica / pneumologia (n=40)		UTI Cirúrgica (n=45)		TOTAL (n=166)	
	Média (DP)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)
Assistência	46,9 (7,6)	46,5 (28-63)	48,0 (6,2)	47,0 (32-61)	46,5 (6,1)	47,0 (30-57)	47,6 (7,0)	47,0 (26-61)	47,3 (6,7)	47,0 (26-63)
Intracepção	43,2 (8,2)	43,5 (22-57)	43,1 (8,2)	43,0 (18-60)	40,2 (9,3)	42,5 (25-56)	42,3 (6,5)	44,0 (28-57)	42,2 (8,1)	43,0 (18-60)
Afago	39,0 (9,8)	38,5 (9-59)	38,0 (8,2)	39,0 (12-53)	37,4 (7,8)	38,0 (12-51)	38,2 (8,4)	40,0 (20-56)	38,1 (8,4)	39,0 (9-59)
Deferência	44,6 (7,1)	45,0 (27-56)	45,7 (7,1)	47,0 (30-59)	44,6 (6,7)	45,0 (26-61)	46,4 (6,8)	47,0 (32-59)	45,4 (6,9)	46,0 (26-61)
Afiliação	49,8 (6,6)	48,0 (39-63)	49,8 (6,4)	50,0 (36-63)	49,9 (6,8)	50,0 (27-63)	49,9 (6,4)	50,0 (33-61)	49,9 (6,5)	50,0 (27-63)
Dominância	31,8 (9,9)	33,5 (9-52)	32,8 (9,5)	34,0 (9-50)	27,2 (10,5)	26,5 (9-47)	33,4 (7,9)	34,0 (17-51)	31,4 (9,7)	32,0 (9-52)
Denegação	34,8 (7,2)	35,0 (21-52)	34,8 (7,1)	35,0 (19-48)	33,6 (7,5)	34,0 (16-44)	36,1 (7,1)	36,0 (18-50)	34,9 (7,2)	35,0 (16-52)
Desempenho	47,8 (8,0)	48,5 (31-63)	48,1 (7,1)	47,0 (30-61)	43,4 (8,5)	43,0 (25-60)	47,1 (6,7)	46,0 (30-62)	46,7 (7,7)	46,0 (25-63)
Exibição	30,6 (8,9)	29,5 (13-56)	31,8 (8,5)	32,0 (13-48)	25,3 (9,8)	24,0 (9-44)	32,1 (10,1)	33,0 (11-52)	30,1 (9,7)	30,0 (9-56)
Agressão	26,2 (8,1)	27,0 (12-44)	26,5 (6,5)	25,0 (14-42)	25,4 (10,2)	23,0 (9-51)	27,4 (9,3)	27,0 (10-56)	26,4 (8,5)	25,0 (9-56)
Ordem	43,6 (10,0)	44,5 (18-63)	46,8 (8,4)	48,0 (29-61)	47,3 (8,0)	48,0 (27-63)	46,1 (8,2)	47,0 (25-63)	46,1 (8,6)	47,0 (18-63)
Persistência	47,0 (6,3)	46,5 (37-63)	45,7 (6,6)	46,0 (28-58)	44,5 (7,1)	44,0 (29-60)	45,4 (6,2)	45,0 (31-60)	45,6 (6,5)	45,0 (28-63)
Mudança	44,8 (7,5)	45,0 (29-58)	43,7 (6,8)	44,0 (28-59)	40,0 (9,7)	39,0 (18-60)	41,4 (7,1)	42,0 (27-55)	42,4 (7,9)	43,0 (18-60)
Autonomia	42,2 (7,4)	43,0 (27-59)	41,9 (6,1)	41,0 (29-56)	40,0 (8,0)	41,90 (23-54)	41,2 (7,8)	42,0 (24-57)	41,3 (7,3)	42,0 (23-59)
Heterossexualidade	37,9 (11,3)	38,5 (13-62)	37,4 (10,0)	40,0 (10-54)	32,4 (13,0)	32,5 (12-55)	37,3 (10,1)	38,0 (12-56)	36,3 (11,2)	38,0 (10-62)

UTI: Unidade de Terapia Intensiva; DP: desvio padrão.

As tabelas 24 a 26 apresentam as associações estatisticamente significativas para a chance de adesão dos profissionais de saúde às práticas de controle das IRAS.

Tabela 24- Chance de adesão à higiene das mãos estimada por intermédio do modelo de regressão logística com efeitos aleatórios e respectivos intervalos de confiança com coeficiente confiança de 95% para médicos com idade de 30 anos e escore de agressão de 27 - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidade de Terapia Intensiva	Autoestima	Momentos	Chance	IC (95%)
Moléstias infecciosas; Pronto Socorro e Cirúrgica	Baixa/Normal	Antes de contato direto com o paciente	0,02	(0,01; 0,04)
		Após contato com o ambiente próximo ao paciente	0,11	(0,07; 0,18)
		Antes da realização de procedimentos assépticos	0,96	(0,59; 1,58)
		Após a exposição a fluidos corporais do paciente / Após o contato direto com o paciente	22,26	(13,27; 37,32)
	Alta	Antes de contato direto com o paciente	0,04	(0,02; 0,08)
		Após contato com o ambiente próximo ao paciente	0,21	(0,12; 0,36)
		Antes da realização de procedimentos assépticos	1,83	(1,02; 3,28)
		Após a exposição a fluidos corporais do paciente / Após o contato direto com o paciente	42,17	(22,89; 7,68)
Clínica Médica/Pneumologia	Baixa/Normal	Antes de contato direto com o paciente	0,19	(0,07; 0,51)
		Após contato com o ambiente próximo ao paciente	0,91	(0,35; 2,39)
		Antes da realização de procedimentos assépticos	8,04	(2,97; 21,79)
		Após a exposição a fluidos corporais do paciente / Após o contato direto com o paciente	185,59	(66,98; 14,26)

continua

Tabela 24- Chance de adesão à higiene das mãos estimada por intermédio do modelo de regressão logística com efeitos aleatórios e respectivos intervalos de confiança com coeficiente confiança de 95% para médicos com idade de 30 anos e escore de agressão de 27 - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidade de Terapia Intensiva	Autoestima	Momentos	Chance	IC (95%)
	Alta	Antes de contato direto com o paciente	0,36	(0,14; 0,91)
		Após contato com o ambiente próximo ao paciente	1,72	(0,67; 4,4)
		Antes da realização de procedimentos assépticos	15,24	(5,66; 41,02)
		Após a exposição a fluidos corporais do paciente / Após o contato direto com o paciente	351,62	(127,29; 971,33)

conclusão

IC: Intervalo de confiança; Para cada ano adicionado à idade mediana (30 anos), multiplica-se a chance de higienizar as mãos por 1,11 e para cada aumento de um ponto no escore de agressão mediano (27) multiplica-se a chance de higienizar as mãos por 1,06.

Os resultados indicaram que as chances de adesão a HM para a equipe médica estão associadas à idade, escore de agressão, autoestima, unidade de Terapia Intensiva e aos momentos da higienização das mãos.

Para interpretar a tabela 24 é necessário observar que para cada ano adicionado à idade do profissional médico, multiplica-se a chance de ele higienizar as mãos por 1,11 e para cada unidade a mais no escore de agressão desse profissional, multiplica-se a chance de higienizar as mãos por 1,06. Por exemplo: um médico que tem 30 anos de idade, com um escore de agressão de 27, com autoestima baixa ou normal e que exerça atividades nas UTIs Moléstias Infecciosas, Pronto Socorro ou Cirúrgica, tem uma chance de higienizar as mãos antes de contato direto com o paciente é de 0,02, (com intervalo de confiança de 95% de 0,01 a 0,04). Porém, se um médico nestas mesmas condições, com idade de 45 anos, tem uma chance de higienizar de 0,10. Como outro exemplo, podemos estimar que um profissional que trabalha na UTI do Pronto Socorro e tem alta autoestima, antes do contato direto com um paciente, tem chance de higienizar as mãos de 0,04. Quando comparado com um profissional de mesma idade na mesma unidade que tem baixa autoestima (chance de 0,02), o primeiro profissional tem o dobro de chance de higienizar as mãos (razão de chances ou *odds ratio*: 0,04/0,02). As tabelas 24 a 26 podem ser interpretadas desta forma.

Observa-se também que as chances de adesão são maiores para os profissionais que tem alta autoestima e que exercem suas atividades na UTI Clínica Médica/Pneumologia.

Tabela 25- Chance de adesão à antissepsia da pele no local do curativo e a desinfecção da conexão do cateter venoso central, estimada por intermédio do modelo de regressão logística com efeitos aleatórios e respectivos intervalos de confiança com coeficiente de confiança de 95% para profissionais de enfermagem com escore de Assistência de 47, escore de Deferência de 47 e escore de Afago de 38 - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidade de terapia intensiva	Estado civil	Antissepsia da pele no local do curativo		Desinfecção da conexão do cateter venoso central	
		Chance	IC (95%)	Chance	IC (95%)
Moléstias Infecciosas	Outro*	1,46	(0,89; 2,39)	0,26	(0,17; 0,40)
	Solteiro	2,00	(1,20; 3,33)	0,36	(0,23; 0,56)
Pronto Socorro	Outro*	6,96	(4,72; 10,28)	1,24	(0,92; 1,67)
	Solteiro	9,52	(6,26; 14,46)	1,69	(1,21; 2,37)
Clínica Médica/Pneumologia e Cirúrgica	Outro*	13,58	(9,94; 18,54)	2,41	(1,94; 3,01)
	Solteiro	18,55	(12,87; 26,73)	3,30	(2,46; 4,42)

*: casado, viúvo e divorciado; IC: Intervalo de confiança; Para cada aumento de um ponto nos escores de: Assistência mediano = 47 multiplica-se a chance de realizar a antissepsia da pele no local do curativo e a desinfecção da conexão do cateter venoso central por 0,95; Deferência mediano = 47 multiplica-se por 1,05; Afago mediano = 38 multiplica-se por 0,98

As chances de o profissional de enfermagem aderir à antissepsia da pele no local do curativo e à desinfecção da conexão do CVC durante a manipulação do CVC estão associadas ao escore de Assistência, escore de Deferência, escore de Afago, Unidade de Terapia Intensiva e Estado civil.

Verificou-se que quanto maior for o escore de assistência e afago, menor será a chance de o profissional de enfermagem aderir às etapas citadas. Porém quanto maior for o escore de deferência, maior a chance de adesão.

Observa-se também que se o profissional de enfermagem for solteiro e exercer suas atividades nas UTI Clínica Médica/Pneumologia ou UTI Cirúrgica, a chance de aderir são maiores em relação às outras Unidades de Terapia Intensiva e estados civis.

Por exemplo: se o profissional de enfermagem tem escore de Assistência igual a 47, escore de Deferência igual a 47, escore de Afago igual a 38, trabalha na UTI pronto socorro e é casado, viúvo ou divorciado, a chance de ele realizar a antissepsia da pele no local do curativo do CVC é de 6,96 (intervalo de confiança de 95% de 4,72 a 10,28) e de realizar a desinfecção da conexão do CVC é 1,24 (intervalo de confiança de 95% de 0,92 a 1,67). Porém se esse mesmo profissional for solteiro a chance de ele

fazer a antissepsia da pele no local do curativo do CVC é de 9,52 que é 1,37 vezes a chance para os outros estados civis (9,52/6,96).

Tabela 26- Chance de adesão à higienização das mãos antes da realização do curativo/manipulação do cateter venoso central, estimada por intermédio do modelo de regressão logística com efeitos aleatórios e respectivos intervalos de confiança com coeficiente de confiança de 90% para profissionais de enfermagem com escore de Afiliação de 50 - Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo - julho de 2012 a dezembro de 2013

Unidade de Terapia Intensiva	Chance	IC (90%)
Moléstias Infecciosas	0,004	(0,001; 0,014)
Cirúrgica	0,100	(0,082; 0,122)
Clínica Médica/Pneumologia	0,212	(0,176; 0,256)
Pronto Socorro	0,281	(0,234; 0,337)

IC: Intervalo de confiança; Para cada aumento de um ponto no escore de Afiliação mediano (50) multiplica-se a chance de higienização das mãos antes da realização do curativo/manipulação do cateter venoso central por 0,98.

As chances de o profissional de enfermagem aderir a HM antes da realização do curativo/manipulação do CVC estão associadas à unidade de Terapia Intensiva e ao escore de Afiliação.

Verificou-se que quanto maior for o escore de afiliação, menor a chance de adesão à higienização das mãos antes da realização do curativo/manipulação do cateter venoso central.

Não foram observadas associações significativas entre a adesão às práticas de controle de IRAS e estilos de pensamento, qualidade de vida e estresse.

5. Discussão

Apesar do conhecimento acerca do conceito de infecção hospitalar, suas origens, fatores relacionados e principalmente as medidas gerais de prevenção e controle das IRAS, o que normalmente se verifica, é a baixa adesão dos PAS às medidas preventivas¹⁴. Existem várias medidas fortemente embasadas em evidências científicas, porém, a utilização dessas medidas, por profissionais de saúde, permanece um grande desafio¹⁵. E os resultados da avaliação da adesão dos PAS às práticas de controle de infecção do presente estudo não foi diferente.

Conforme mostra a tabela 1, a adesão à realização da higienização das mãos antes de iniciar a troca do curativo e antes de iniciar a manipulação do CVC foi baixa, com proporção de adesão abaixo de 15%. Resultado parecido foi encontrado em um estudo sobre avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea, mencionando que após a inserção do CVC, a conformidade da prática de higienização das mãos foi a mais baixa (11%)¹²⁴.

A desinfecção da conexão do CVC também obteve uma baixa adesão, ficando com uma proporção menor do que 60%. Resultado semelhante foi encontrado neste mesmo estudo, que verificou que o pior desempenho foi a desinfecção de conectores (abaixo de 40,0%), em todos os turnos de trabalho¹²⁴.

A desinfecção dos conectores antes da manipulação com produto alcoólico é uma etapa muito importante na prevenção da contaminação do CVC e consequente infecção de corrente sanguínea, pelo fato de que o contaminante presente na superfície será forçado pela via intraluminal, e uma vez, as câmaras internas contaminadas, são impossíveis de desinfetar¹²⁵. A higienização das mãos deve ser realizada antes e após a manipulação do cateter especialmente das conexões e troca de curativos¹²⁶. As mãos dos profissionais de saúde são responsáveis pela transmissão direta de patógenos ao cateter e a contaminação aumenta a cada manipulação se não houver a higienização¹²⁷.

Observa-se que a categoria que apresenta menor adesão é a de técnico de enfermagem. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo recente sobre práticas de precauções em unidade de terapia intensiva, que constatou que a categoria dos técnicos de enfermagem teve adesão abaixo da média em relação às demais categorias¹²⁸. Outros estudos também relataram ter encontrado a menor adesão à HM dos técnicos de enfermagem (30%), e pesquisadores de outro estudo identificou que os

técnicos de enfermagem que também obtiveram a menor taxa de adesão tinham conhecimento sobre a importância da HM no controle da infecção^{129, 130}.

Vale destacar que pela elevada frequência de contato com os pacientes e pela importância das mãos na disseminação cruzada dos microrganismos, estes profissionais geralmente são relacionados com a disseminação de patógenos, sendo essencial que realizem a HM de forma e em frequência adequada¹³¹.

Com base na importância da HM, pesquisas avaliando o conhecimento e atitude dos profissionais da área da saúde revela que estes estão informados da importância da HM no controle de doenças transmissíveis e sobre os momentos em que a higienização das mãos deve ser realizada. Entretanto, é observado um distanciamento entre a teoria e a prática, uma vez que as taxas de adesão à higienização das mãos permanecem baixas, tanto nacionalmente quanto internacionalmente e, raramente, ultrapassam 50%^{132, 133, 134, 135}. Foi o que apontou nossos resultados.

Os PAS em todas as Unidades estudadas obtiveram baixa adesão à realização da HM antes de iniciar a manipulação, à realização da HM antes de iniciar a troca do curativo e à desinfecção da conexão do CVC com solução alcoólica, sendo que a UTI de Moléstias infecciosas foi a unidade com a menor adesão a essas etapas.

Para a avaliação da equipe médica, as menores adesões à HM ocorreram antes do contato direto com o paciente; após contato com o ambiente próximo ao paciente e antes da realização de procedimentos assépticos. Porém a higiene das mãos após contato direto com o paciente e após a exposição a fluidos corporais do paciente foi muito frequente (maior do que 90% de adesão). Estudo aponta o uso de luvas como uma barreira importante que pode interferir na adesão à HM “Antes do contato direto com o paciente”¹³⁶. Isso se deve ao fato de que o profissional pode substituir o uso de luvas pela HM, relacionando o ato de higienizar as mãos somente com a autoproteção e o autocuidado^{136, 137}, o que explicaria a alta adesão nos momentos “Após contato direto com o paciente” e “Após a exposição a fluidos corporais do paciente”, deixando de lado a disseminação de microrganismos, a proteção e a segurança do paciente.

A OMS recomenda que luvas devam ser usadas para diminuir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais e para reduzir o risco de disseminação de microrganismos para o ambiente e transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um

paciente para o outro. Além disso, a OMS reitera que os profissionais de saúde devem ter ciência de que luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta HM antes de calçar as luvas¹³⁸. Destaca ainda, que os patógenos podem ter acesso às mãos dos profissionais que utilizam luvas por meio de micro poros e pequenos defeitos nas mesmas ou por contaminação das mãos durante a sua remoção. Essa possibilidade reforça a necessidade básica de também realizar a HM para garantir sua descontaminação após a remoção das luvas¹³⁸.

A proporção geral de adesão à HM aos cinco momentos pela equipe médica foi de 47%. A HM não ocorreu em mais de 50% das observações, o que revela um quadro preocupante. Taxas parecidas foram mostradas em outro estudo, com adesão menor que 44%. Como no nosso estudo, a adesão foi ainda mais baixa antes do contato com o paciente (18%) e antes de procedimentos assépticos (21%)¹²⁹. Em outro estudo realizado na Arábia Saudita, os níveis mais baixos de adesão também foram encontrados para o momento “Antes do contato com o paciente” e foi demonstrado que este momento tem um risco significativo de não-adesão seis vezes maior em comparação com o momento “Após contato direto com o paciente”¹³⁹.

Em uma análise de 65 estudos globais sobre o cumprimento das diretrizes de higiene das mãos em UTI encontraram uma taxa de conformidade geral de 30-40% e concluíram que o não cumprimento das diretrizes de HM é um problema universal, declaram que para desenvolver intervenções bem-sucedidas, são necessárias mais pesquisas sobre os determinantes comportamentais da HM¹⁴⁰. Este foi o aspecto que motivou o nosso estudo. Para isso, foram avaliados 5 aspectos: autoestima, personalidade, estilo de pensamento, qualidade de vida e estresse. Somente autoestima e aspectos de personalidade (agressão, assistência, deferência, afago e afiliação) tiveram associação com adesão às práticas. Outras variáveis como idade e estado civil também foram associados com adesão. A unidade de terapia intensiva avaliada teve impacto em todas as análises, em especial a UTI Clínica/Pneumologia esteve associada a uma melhor adesão.

Os resultados apresentados na tabela 24 indicaram associação entre a chance de o profissional médico aderir a HM e as variáveis: idade, escore de agressão, autoestima, Unidade de Terapia Intensiva e os momentos da higienização das mãos.

Verificou-se que para um profissional médico de 30 anos de idade e escore de agressão de 27, para cada ano adicionado a sua idade, multiplica-se a chance de higienizar as mãos por 1,11 e para cada aumento de um ponto no escore de agressão, multiplica-se a chance de higienizar as mãos por 1,06. Agressão é um dos aspectos avaliados da personalidade. O teórico da personalidade Murray utiliza o conceito de necessidades para explicar a motivação e o rumo do comportamento ⁶⁶. Os fatores físicos, biológicos psíquicos e socioculturais congregam tendências inatas e experiências adquiridas no curso da existência, conferindo uma identidade e um padrão de comportamentos únicos e próprios a cada indivíduo ^{141,142}. Segundo estudos cada indivíduo apresenta uma personalidade, uma forma de agir e pensar, oferecendo subjetividades que vem a constituir um melhor desempenho no ambiente organizacional ⁶³. Segundo este teórico os aspectos da personalidade são controlados pela fisiologia cerebral do indivíduo e envolve a ideia de redução da tensão ⁶⁶. Uma necessidade é, muitas vezes, provocada diretamente por certos processos internos; porém, mais frequentemente, pela ocorrência de uma das poucas pressões comumente efetivas – forças do meio. A necessidade leva o organismo a evitar o choque ao responder a certas pressões. Independentemente de como ela se apresenta e sua durabilidade, transforma-se em comportamento manifesto, que muda a circunstância inicial, promovendo a pacificação para o organismo ⁶⁶.

Agressão é a necessidade de superar com vigor e força a oposição. Estudos mencionam que o processo de formação médica tem uma relação com a sobrecarga assistencial e de trabalho, além da privação de sono. Foi demonstrado também que, com o passar do tempo, os médicos se sentem mais adaptados e experimentam satisfação pela escolha profissional, se sentindo mais seguros e com maior sentimento de competência profissional ^{143,144}. Este pode ser um dos fatores que explicaria que este profissional passe a direcionar a sua necessidade de agressão para melhorar seu desempenho profissional, explicando assim a associação positiva entre o escore de agressão e a adesão a HM. Outro estudo, que avaliou a personalidade de médicos utilizando o IFP ¹⁴⁵, relatou que escores baixos em agressão contribuem para uma vulnerabilidade emocional, uma vez que pessoas com escores baixos nessa necessidade não se dispõem a brigar e lutar para defender seus interesses. Afirmaram que, para o profissional médico, essa característica é necessária para uma rápida tomada de

decisões, podendo ser mais um dos aspectos que pode explicar que essa necessidade fosse associada positivamente com a adesão a HM no nosso estudo.

Além disso, há um aumento no interesse nos testes de personalidade para o ambiente de trabalho, devido à crença aumentada nos estudos na área da personalidade de sua relação com o desempenho profissional. Existe um crescente corpo de evidências consolidando que as medidas de personalidade estão lógica, estatística e significativamente relacionadas ao êxito na atuação profissional ⁶².

Quanto à associação positiva entre a idade do profissional médico e a adesão a HM pode ser que esteja relacionada com a maturidade alcançada com o passar dos anos. Um estudo cita que há fatores estressantes inerentes ao jovem profissional, representadas pela busca de independência e autonomia em relação aos pais, os conflitos entre o trabalho e o lazer e os conflitos ligados aos relacionamentos afetivos. No caso do jovem médico, há um medo excessivo de erros e uma dificuldade de gerenciar o crescente volume de conhecimentos médicos. Com o tempo, os profissionais médicos passam a se sentir mais seguros e competentes, melhorando assim o desempenho ¹⁴³. Isto pode se refletir na maior adesão à HM.

Houve também associação entre a adesão à HM dos médicos e a alta autoestima. Médicos com alta autoestima praticamente tem o dobro de chance de HM em relação aos médicos com baixa ou normal autoestima. Esta associação pode ser considerada como esperada, pois estudos mostram que o indivíduo com alta autoestima se sente confiante, competente e possuidor de valor pessoal. Demonstram também que a autoestima elevada está associada com a escolha, a persistência e o sucesso de comportamentos relacionados à saúde ^{73, 74, 78}.

A possibilidade de realização profissional e pessoal é um aspecto fundamental à motivação humana. Geralmente, quem se dedica com eficiência a uma atividade laboral específica, deseja ser reconhecido pelos seus méritos. Alguns autores defendem que a realização é influenciada pela conclusão bem sucedida de um trabalho ou tarefa, fazendo com que o indivíduo se sinta bem, frente aos resultados dos próprios esforços, o que reflete tanto em sua vida pessoal quanto profissional. Existem muitos aspectos do trabalho que influenciam a vida intrapessoal, sentir-se reconhecido por colegas, pela instituição e superiores hierárquicos é algo ansiado pela maioria. Quando isso ocorre, há percepção de satisfação por sentir-se uma pessoa necessária, sentimento de

pertencimento e estar comprometida ^{146, 147,148}. Na Enfermagem, a falta de reconhecimento frequentemente provoca insatisfação e desmotivação, com reflexos na baixa qualidade da assistência prestada aos pacientes e prejuízos à instituição ¹⁴⁹. Isso pode explicar o fato da autoestima não ter tido correlação entre a adesão às práticas de controle de infecção da equipe de enfermagem.

No nosso estudo, as chances de HM são maiores quando o profissional exerce suas atividades na UTI Clínica Médica/Pneumologia em relação às demais UTIs do estudo.

Os resultados apresentados na tabela 25 indicaram associação entre a adesão às práticas de controle de infecção e o desempenho nos testes psicológicos para a equipe de enfermagem, demonstrando que o escore de Assistência, escore de Deferência, escore de Afago, unidade de trabalho, e estado civil, foram associados com a chance do profissional de enfermagem aderir às etapas de antisepsia da pele no local do curativo do CVC e a desinfecção da conexão do CVC. Houve uma associação negativa entre a adesão a essas etapas e os escores de Assistência e Afago e uma associação positiva para o escore de Deferência. A necessidade Assistência está relacionada com desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura, necessidade de prestar solidariedade às pessoas desamparadas e indefesas; de dar suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios. Apesar de a Assistência parecer uma característica importante de personalidade para os PAS, a literatura aponta que alto escore nessa necessidade conduz a vulnerabilidade emocional e ao estresse, devido ao intenso contato com o paciente ^{145,150}, podendo dificultar o seu desempenho. Este fato pode estar relacionado com a associação negativa entre altos escores de Assistência e a adesão ao controle das IRAS do profissional de enfermagem. A necessidade de Afago revela uma tendência à busca de apoio e proteção. Profissionais da saúde com altos escores nessa necessidade podem esperar ter seus desejos satisfeitos por pessoas queridas. Geralmente precisam constantemente de alguém que os entenda e os proteja e sofrem de sentimentos de ansiedade de abandono, insegurança e desespero ^{66,145}. Isso leva aos profissionais a um maior desgaste, podendo comprometer a assistência prestada. Este pode ser um dos motivos que explica o escore alto em Afago ter mostrado associação negativa com a adesão. Pessoas com altos escores em Deferência são caracterizadas por apresentar respeito, admiração e reverência por seus superiores⁶⁶.

Faz sentido que profissionais da saúde com essas características se esforcem para aderir melhor às diretrizes da instituição em respeito aos seus superiores. Portanto, faz sentido que quanto maior o escore de Deferência apresentado pelo profissional de enfermagem, maior a chance de ele aderir às etapas de antissepsia da pele no local do curativo do CVC e a desinfecção da conexão do CVC.

O estado civil apresentou associação com adesão, sendo superior em solteiros quando comparados com outros estados civis (casado, divorciado e viúvo). Este é um resultado difícil de explicar. O trabalho da enfermagem caracteriza-se principalmente por ser contínuo, isto é, realizado nas 24 horas, organizados em escalas fixas com horários não usuais ou rotatórios, em sistema de turnos, incluindo o noturno. Compreende geralmente extensa carga horária semanal, incluindo finais de semanas e feriados¹⁵¹. Há profissionais desmotivados pela sobrecarga de trabalho e por não conseguirem cumprir todas as tarefas, ou mesmo de forma rápida, sem tempo para refletir sobre o que estão realizando¹⁵². Diante deste cenário, podemos especular que o profissional solteiro talvez tenha mais tempo e menos preocupações com questões familiares, possibilitando um maior foco e investimento na carreira profissional, refletindo assim em um maior envolvimento e consequentemente um melhor desempenho.

Mais uma vez exercer trabalho na UTI Clínica Médica/Pneumologia esteve associado a um melhor desempenho. A UTI Cirúrgica também se mostrou associada com maior chance de adesão nesta análise.

Os resultados da tabela 26 demonstraram que as variáveis significativamente associadas com a chance de o profissional de enfermagem aderir à HM antes da realização do curativo do CVC e antes da manipulação do CVC, foram o escore de Afiliação e a unidade de trabalho. Encontrou-se uma associação negativa entre a adesão e altos escores de Afiliação. De acordo com Murray, esta necessidade está relacionada com o desejo de dar e receber afetos, apego e lealdade aos amigos, e manter pessoas a sua volta. Pessoas que se encontram em situações de estresse, costumam apresentar altos escores de Afiliação. Em situações de estresse as pessoas ficam mais tranquilas quando podem sentir que existem pessoas próximas^{153,154}. A procura de apoio no outro pode ser entendida pelo PAS como fragilidade, dificultando a busca de parceria, ajuda e apoio entre pares, podendo prejudicar seu desempenho, talvez esse aspecto possa

explicar a associação negativa entre a adesão a HM do profissional de enfermagem e altos escores de Afiliação. Mais uma vez trabalhar na UTI Clínica Médica/Pneumologia esteve associado a melhor adesão.

A superioridade de adesão às práticas de controle de infecção que se observou na UTI Clínica Médica/Pneumologia pode ser explicada pelo fato de ter havido várias intervenções educacionais no passado ^{41,155}. Intervenções educativas, em especial trabalho educativo contínuo são uma das medidas mais importantes para a manutenção duradoura de boas práticas¹⁵⁶. Nesta unidade, o tema controle de infecção recebe importância da direção médica e de enfermagem.

Embora nossa hipótese de que haveria uma associação entre a adesão as práticas de controle de infecção dos PAS e o resultado de seus testes psicológicos tenha se confirmado diante dos dados apresentados, esperávamos que pudesse haver associação entre a HM do PAS e seu estilo de pensamento, já que há um estudo na Austrália, demonstrando uma associação positiva entre a adesão a HM e o estilo de pensamento experiencial⁶. Nosso estudo não encontrou resultado semelhante. É possível que fatores de ordem cultural e estrutural possam ter interferido, e essa variável não tenha a mesma significância para a população de profissionais brasileiros.

O estresse é apontado como potencial fator limitador das forças de produção do profissional, além de interferir no equilíbrio e controle do estado físico e emocional do profissional. Pode causar o surgimento de sentimentos como nervosismo, agitação excessiva, falta de paciência, incompreensão das atividades a serem executadas. O resultado seria a diminuição de sua capacidade e eficiência de desenvolver suas ações, as quais são necessárias frente ao trabalho de equipe realizado no setor de emergência¹⁵⁷. No nosso estudo não houve associação entre estresse e adesão.

Os resultados da avaliação da adesão dos PAS demonstram necessidade de elaboração de novas estratégias que assegurem uma conformidade duradoura para as práticas de controle de infecção avaliadas, principalmente pela baixa adesão encontrada na HM das mãos antes de manipular o CVC e a falta de desinfecção da conexão do CVC, e a baixa adesão geral à HM aos cinco momentos preconizados pela OMS, pela equipe médica que encontramos neste estudo. O fato de ter identificado a categoria profissional e a UTI com menor taxa de adesão pode favorecer na elaboração de

estratégias de promoção a adesão focadas em cada categoria profissional e unidade onde o PAS presta a assistência.

Outra relevância deste estudo incide no fato de ter contribuído para conhecer fatores biopsicossociais (características de personalidade e autoestima) capazes de gerar comportamentos que influenciam o ato de adesão dos PAS às práticas de controle de infecção, podendo servir como base para atuação dos controladores de IRAS para direcionar e implementar estratégias de prevenção e controle bem-sucedidas centrados nos aspectos técnicos e biológicos, voltados para os profissionais de saúde ou ainda escolher as alternativas mais adequadas para o desenvolvimento de estratégias que possa desenvolver os profissionais de acordo com os comportamentos desejados.

Estratégias baseadas nestas abordagens deverão ser testadas através de estudos na área da promoção da adesão às práticas de controle de infecção. Como exemplo, podemos considerar estratégias individualizadas baseadas no treino das características de personalidade e a promoção da autoestima dos PAS.

Sugerimos que a personalidade e a autoestima como determinantes cognitivos da adesão às práticas de controle de infecção podem ser um terreno fértil para pesquisas futuras, com orientações futuras, fundamentadas pelo referencial teórico utilizado no nosso estudo.

Apesar da relevância dos resultados deste estudo, eles devem ser considerados levando-se em conta as suas limitações. Estas são devidas principalmente à complexidade dos fenômenos estudados e às restrições da abordagem metodológica empregada. Para maior aprofundamento do tema, sugerimos a realização de outras investigações com delineamentos diferenciados, podendo inclusive ser realizadas abordagens qualitativas complementares para melhor elucidação dos resultados.

O uso de desenho transversal realizado em uma única instituição, durante um período limitado de tempo, restringe análises comparativas com outras investigações.

Também, a escassez de estudos nacionais e internacionais nas bases pesquisadas, que abordassem associações entre a adesão às práticas de controle de infecção e os aspectos biopsicossociais dos PAS, limitaram a discussão e a comparação dos resultados encontrados.

Mas por outro lado, como ponto forte dessa pesquisa, pode se destacar a utilização de ferramentas de medição padronizadas e validadas para todas as variáveis investigadas. Outro cuidado tomado foi o sigilo entre os procedimentos que estavam em observação para que os PAS não mudassem o seu comportamento na prática devido à observação, o que parece ter funcionado dada a baixa taxa de adesão a muitas das práticas observadas. Isto nos deu certa confiança de que tais efeitos de observação foram evitados.

6. Conclusão

As IRAS desafiam constantemente a qualidade da assistência prestada no sistema de saúde como um todo.

O controle das IRAS é complexo, com múltiplos fatores causais, existindo várias dificuldades para a elaboração de programas efetivos de prevenção e controle, tornando assim, o enfrentamento das IRAS num grande desafio para os profissionais da saúde.

Grande parte das IRAS está relacionada com práticas inadequadas de cuidados ao paciente. Melhorar essas práticas frequentemente implica modificar o comportamento dos profissionais de saúde e fazer com que se envolvam de fato com a temática.

Compreender a motivação subjacente a um determinado comportamento em uma situação específica é um dos primeiros passos para projetar estratégias de intervenção mais eficientes para modificar o comportamento. Uma maneira de melhorar a compreensão da motivação é identificar os fatores que definem a intenção comportamental de um indivíduo.

De acordo com os resultados divulgados neste estudo, acreditamos ter identificado fatores relevantes para explicar a adesão ou não dos PAS com relação às práticas de prevenção e controle de infecção relacionada à saúde: aspectos de personalidade e autoestima.

Acreditamos que os resultados aqui demonstrados possam vir a contribuir para o desenvolvimento de ações de melhoria voltadas para a prática assistencial, como a criação de estratégias educativas realizadas por equipe multiprofissional com uma visão holística do PAS e que elabore propostas que foquem tanto os aspectos técnicos como aspectos biopsicossociais correlacionados com a adesão às práticas de prevenção e controle de infecção do profissional de saúde. Mudanças comportamentais e maior envolvimento poderão refletir na qualidade dos cuidados prestados.

7. Referências

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. 3 *Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS nº 930/92.* [citado 10 set 2008]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm>.
- 2- Organização Pan-Americana da Saúde. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos.* Tradução de Sátia Marine. Brasília: Organização Mundial da Saúde . Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008.
- 3- Barbosa MEM; Siqueira DC; Mantovani MF. Controle de infecção hospitalar no Paraná: facilidades e dificuldades do enfermeiro. *Revista SOBECC.* 2012; 3: 50-9. [citado 29 mar 2017]. Disponível em: <[http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/arquivos/Ano17_n3_jul_set_2012_\(Controle_de_infeccao_hospitalar_no_Parana_facilidades_e_dificuldades_do_enfermeiro\)2.pdf](http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/arquivos/Ano17_n3_jul_set_2012_(Controle_de_infeccao_hospitalar_no_Parana_facilidades_e_dificuldades_do_enfermeiro)2.pdf)>
- 4- Jardim JM. *Avaliação das práticas de prevenção e controle da infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central de curta permanência por meio de indicadores clínicos* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. [citado 29 mar 2017]. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../JaquelineMariaJardim.pdf>
- 5- Tipple AFV; Pereira MS; Hayashia M; Moriya TM; Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2003; 11: 245-50.
- 6- Ruth MS; Malcolm JB; Paddy AP. Why don't doctors wash their hands? A correlational study of thinking styles and hand hygiene. *Am J Infect Control.* 2008; 36: 399–406. doi: 10.1016/j.ajic.2007.11.002
- 7- Caetano JA; Soares E; Andrade LM; Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2007; 2:325-30. [citado 18 abr 2017]. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>
- 8- Sousa CMM; Alves MSF; Moura MEB; Silva AO. Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61:411-7.
- 9- World Health Organization. *World Alliance for Safer Health Care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care.* Geneva: WHO Press; 2009.
- 10- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência a saúde.* Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, 2013.[citado 20 mar 2017 Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%202%20-20Crit%C3%A9rios%20Diagnosticos%20IRA%20Saude.pdf>>.

- 11- Prade SS; Oliveira ST; Rodriguez R; Nunes FA; Martins Neto E; Félix JQ; Pereira M; Wagner M; Gadelha MZ; Borba EA; Mendes A; Scheidt KLS. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospital terciário. *Revista do Controle de Infecção Hospitalar*. 1995; 2:11-24.
- 12- Martinez MR; Campos LAAF; Nogueira PCK. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Paul Ped*. 2009; 27: 179-85.
- 13- Mezgebe B; Michael BE; Gonzalo B. Measurement and feedback of infection control process measures in the intensive care unit: impact on compliance. *Am J Infect Control*. 2006; 34: 537–9. doi: 10.1016/j.ajic.2005.06.014
- 14- Tipple AFV; Pereira MS; Hayashia M; Moriya TM; Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2003; 11: 245-50.
- 15- Secretaria de Estado da Saúde (SP). Divisão de Infecção hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. *Controle e Prevenção de Infecção Respiratória*. Manual de indicadores de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar [internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2006 [citado 22 abr 2017]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/ih/IH_MANUALFAPESP06.pdf
- 16- Mota JIJ. *Educação permanente uma possibilidade de mudança*. Escola Nacional de Saúde Pública/MS. Florianópolis (SC). 2004.
- 17- Pitteta D. The lowbury lecture: behaviour in infection control. *J Hosp Infect*. 2004; 58: 1-13. [online]. <http://doi.org/10.1016/j.jhin.2004.06.002>. [cited 2017 apr 20]. Disponível em: <<http://www.elsevierhealth.com/journals/jhin>>
- 18- Lima ME; Andrade D; Haas VJ. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [online]. 2007; 19: 342-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300013>.
- 19- Oliveira AC; Kovner CT; Silva RS. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18, mar.-abr. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000200014> [citado 17 abr 2017]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000200014&lng=pt&nrm=iso>
- 20- Brito DVD; Brito CS; Resende DS; Ó JM; Abdallah VOS; Gontijo Filho PP. Nosocomial infections in a Brazilian neonatal intensive care unit: a 4-year surveillance study. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010; 43: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000600006>. [citado 17 abr 2017]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822010000600006&lng=pt&nrm=iso

-
- 21- Nangino GO; Oliveira CD; Correia PC; Machado NM; Dias ATB. Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000400011>. [citado 17 abr 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2012000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Abr 2017.
- 22- Padrão MC; Monteiro ML; Maciel NR; Viana FFCF; Freitas NA. Prevalência de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Clin Med*. 2010; 8: 125-8.
- 23- Hinrichsen SL. Unidade de Terapia Intensiva Prevenção/Controle de Processos Infeciosos Nosocomiais. In: Hinrichsen SL. *Biossegurança e Controle de Infecções Risco Sanitário Hospitalar*. Rio de Janeiro: Medsi; 2004. Cap. 28. p. 162-4.
- 24- Graziano KU; Psaltikidis EM. Controle de Infecção Hospitalar em UTI. In: Silva SC; Padilha KG; Vattino MFF. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. São Paulo: Manole; 2010. Cap. 35. p. 785-813.
- 25- Lopes T; Araújo AP; Costa BO; Luzia S; Sarat F; Neris C. Infecção relacionada aocateter venoso central em Unidades de Terapia Intensiva. Ensaio e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde [online] 2012. [citado 28 abr 2017]. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26025372002>> ISSN 1415-6938
- 26- Cechinel R B; Zimerman RA. Infecções da corrente sanguínea relacionada a cateteres vasculares. In: Carrara D; Strabelli TMV; Uip DE. **Controle de infecção: a prática no terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. Cap. 24. p.234-44.
- 27- Septimus E; Yokoe DS; Weinstein RA; Perl TM; Maragakis LL; Berenholtz SM. Maintaining the momentum of change: the role of the 2014 updates to the compendium in preventing healthcare-associated infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014; 35:460-3.
- 28- Joint Commission International (JCI). The Joint Commission (TJC). *Preventing central line-associated bloodstream infections: a global challenge, a global perspective*. Oak Brook: Joint Commission Resources; 2012. [cited 2017 apr 28]. Available from: <http://www.preventingCLABSI.pdf>.
- 29- *Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Event*. USA; Atlanta, April, 2015. [cited 2017 apr 28]. Available from: http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf.
- 30- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Boletim informativo nº 8. *Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014; 4(8). [citado 30 abr 2017]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>

- 31- O'Grady NP; Alexander M; Burns LA; Dellinger EP; Garland J; Heard SO; Lipsett PA; Masur H; Mermel LA; Pearson ML; Raad II; Randolph AG; Rup ME; Saint S; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin Infect Dis*. 2011; 52:e162-93. Epub.
- 32- Institute for Healthcare Improvement. . *How-to Guide: prevent central line-associated bloodstream infections (CLABSI)*. Cambridge MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- 33- Chopra V, Flanders SA, Saint S; Woller SC; O'Grady NP; Safdar N; Trerotola SO; Saran R ; Moureau N; Wiseman S; Pittiruti M; Elie A; Lee AY; Courey A ; Swaminathan L; LeDonne J; Becker C; Krein SL; Bernstein SJ. The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC): results form a multispecialty panel Using the RAND/UCLA appropriateness method. *Ann Intern Med*. 2015; 163 (6 Suppl):S1-40.
- 34- Smith RN; Nolan JP. Central venous catheters. *BMJ*. 2013; 347: f6570.
- 35- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2013.
- 36- Safdar N; Maki DG. The pathogenesis of catheter-related bloodstream infection with noncuffed short-term central venous catheters. *Intensive Care Med*. 2004; 30:62-7.
- 37- Maki DG. Infections due to infusion therapy. In: Bennet J; Brachman PS,(editors). *Hospital infections*. 3rd ed. Boston: Little, Brown; 1992. p. 849-98.
- 38- Umscheid CA; Mitchell MD; Doshi JA; Agarwal R; Williams K; Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011; 32:11-4.
- 39- Pronovost P; Needham D; Berenholtz S; Sinopoli D; Chu H; Cosgrove S; Sexton B; Hyzy R; Welsh R; Roth G; Bander J; Kepros J; Goeschel C. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2725-32.
- 40- Brachine JDP; Peterlini MAS; Pedreira MLG. Método bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012; 33: 200-10.
- 41- Lobo RD; Levin AS; Oliveira MS; Gomes LM; Gobara S; Park M; Figueiredo VB; de Vasconcelos Santos E; Costa ST. Evaluation of interventions to reduce catheter-associated bloodstream infection: continuous tailored education versus one basic lecture AJIC: *Am J Infect Control*. 2010; 38: 440-8, doi: 10.1016/j.ajic.2009.09.013
- 42- Oliveira FJG; Caetano AJ; Silva VM; Almeida PC; Rodrihues AB; Siqueira JF. Use of clinical indicators in the evaluation of prevention and control practices for bloodstream infection. *Texto & Contexto Enfermagem* [online]. 2015; 24:1018-26. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004040014>.

-
- 43- Santos AAM. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. *Revista de Administração em Saúde*. 2002; 4:10-4.
- 44- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Higienização das mãos em serviços de saúde*. Brasília (DF); 2007.
- 45- Cruz EDA; Pimenta FC; Palos MAP; Silva SRM; Gir E. Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. *Ciencia y Enfermagem*. 2009; 15: 33-8.
- 46- Kawagoe JY. *Higiene das mãos: comparação da eficácia antimicrobiana do álcool – formulação gel e líquida – nas mãos com matéria orgânica*[tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- 47- Guedes M; D’Almeida Miranda FM; Maziero ECS; Cauduro FLF; Cruz EDA. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. *Cogitare Enfermagem* 17[online]. 2012; 17. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i2.27886>. [citado 15 mai 2017]. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/27886>>
- 48- World Health Organization. *Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge: clean care is safer care*. Genebra: WHO; 2009.
- 49- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2013.
- 50- Sax H; Allegranzi B; Chraïti MN; Boyce J; Larson E; Pittet D. The World Health Organization hand hygiene observation method. *Am J Infect Control*. 2009; 37: 827-34.
- 51- Spilki DGS. *Treinamento sobre higienização de mãos: o que pensam os profissionais de saúde das áreas críticas de um hospital geral público*. [monografia]. Porto Alegre: Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição; 2010.
- 52- Hinrichsen SL et al. Uso de soluções alcoólicas na anti-sepsia das mãos/lavagem das mãos: por que é baixa a adesão da lavagem das mãos? In: Hinrichsen SL. *Biossegurança e controle de infecções e isco sanitário hospitalar*. Rio de Janeiro: Medsi; 2004. Cap. 7 p. 44-9.
- 53- Primo MGB; Ribeiro LCM; Figueiredo LFS; Sirico, SCA; Souza MA. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [online]. 2010; 12: 266-71. [citado 17 maio 2017]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a06.htm
- 54- Sladek RM; Bond MJ; Huynh LT; Chew DP; Phillips PA. Thinking styles and doctors’ knowledge and behaviours relating to acute coronary syndromes guidelines. *Implementation science*. 2008; 3: 23. doi:10.1186/1748-5908-3-23.
- 55- Epstein S. Cognitive-experiential self-theory of personality. In: Millon T& Lemer MJ, editors. *Comprehensive Handbook of Psychology*. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons; 2003; 5:159-184.

-
- 56- Pervin LA; John OP. O estudo científico das pessoas. In: _____. *Personalidade: teoria e pesquisa*. 8 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. Cap. 2. p. 42-102.
- 57- Seidl EMF; Tróccoli BT; Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2001; 17: 225-234.
- 58- Björklund F; Bäckström M. Individual differences in processing styles: validity of the Rational-Experiential Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2008; 49: 439-46.
- 59- Novak TP; Hoffman DL. The fit of thinking style and situation: new measures of situation-specific experiential and rational cognition. *Chicago Journals*. 2008; 36: 56 - 72.
- 60- Vasconcelos TS; Tróccoli BT. Crenças no paranormal e estilos de pensamento racional versus experiencial. *Psico-USF*. 2004; 9:155-64.
- 61- Santos AMR; Cabral LAF; Brito DS; Madeira MZA; Silva MEDC, Martins MC C. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [online]. 2008; 61: 441-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400007>. [citado 09 jun 2017]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400007&lng=en
- 62- Jabur MN. *Competências profissionais em educação física: relação entre os fatores de personalidade (e suas facetas) e a competência profissional percebida em professores de academias de ginástica* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo; 2011.
- 63- Brum MA. Influência do comportamento humano dentro das organizações. *Revista Pós-graduação: Desafios Contemporâneos*. 2015; 2:181-98.
- 64- Gonçalves PRV; Martins RJ; Moimaz SAS; Sundfeld MLMM; Garbin AJI; Garbin CAS. Influência dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais na adesão às precauções padrão por profissionais da odontologia. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016; 6 [online]. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6539>. [citado 08 jun 2017]. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6539>>
- 65- Hall CS; Lindzey G. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1984.
- 66- Schultz DP; Schultz SE. *Teorias da personalidade*. 2nd ed. São Paulo: Cengage Learning; 2011
- 67- Hall CS; Gardner L; Campbell JB. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Editora Artmed; 2000.
- 68- Espírito ACO; Castro P. F. Descrição da personalidade e das habilidades sociais em universitários das áreas de humanas, exatas e biológicas. *Revista Educação*. 2011; 6: 81-100.

-
- 69- Hall CS; Gardner L. A Personologia de Murray. In: Hall CS; , Calvin S; Gardner L. *Teorias da personalidade*. 2nd ed. São Paulo: Herder, 1971. Cap. 5. p. 182-232.
- 70- Carvalho L; Malagris LEN. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2007; 7:570-82.
- 71- Cavalcante CAA; Enders BC; Menezes RMP; Medeiros SM. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006; 5: 88-97.
- 72- Paula GS; Reis JF; Silvino ZR; Dutra VFD; Braga ALS; Cortez EA. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado Fundamental* [online]. 2012; 4(Supl 1): 33-6. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v0i0.33-36>. [citado 18 jun 2017]. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1664>>. Acesso em: 18 jun 2017.
- 73- Sbicigo BJ; Bandeira RD; Dell'aglio DB. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico - USF*. 2010; 15: 395-403.
- 74- Hutz SC; Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Aval Psicol*. 2011; 10: 41-9.
- 75- Terra F. *Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes da Enfermagem de universidades pública e privada* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
- 76- Guerreiro DPNV. *Necessidade psicológica de auto-estima/auto-crítica: relação com bem-estar e distress psicológico*. [dissertação]. Lisboa: Curso de Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Lisboa; 2011.
- 77- Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: University Press. 1965.
- 78- Fox KR. The physical self and processes in self-esteem development. In ____ (editor). *The physical self: from motivation to well-being*. Champaign, IL: Human Kinetics. 1997; p. 111-39.
- 79- Korman AK. Self-esteem as a moderator of the congruency between self-perceived aptitudes and vocational choice. *J Appl Psychol*, 51: 65-7, 1967.
- 80- Pasquali L; Azenészi GV; Santos JRC; Ferreira MS. Satisfação na tarefa, auto-estima e dificuldade da tarefa: um modelo explicativo. *Rev Adm. Emp*. 1981; 3:53-7.
- 81- Greenhaus JH. Self-esteem as an influence on occupational choice and occupational satisfaction. *J Vocat Behav*. 1971; 1: 75-83.
- 82- Coopersmith S. *Coopersmith self-esteem inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1989.

-
- 83- Bednar R; Peterson S. *Self-esteem: paradoxes and innovation in clinical theory and practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 1995.
- 84- Lima N. Auto-estima e actividade física: contributo de um programa de actividade física na auto-estima em adultos idosos do concelho de Coimbra [dissertação]. Porto: Ciências do Desporto, FCDEF, Universidade de Portugal; 2002.
- 85- Avanci JQ; Assis SG; Santos NC; Oliveira RVC. Adaptação transcultural da escala de auto-estima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20: 397-405.
- 86- Vargas TVP; Dantas RAS; Gois CFL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39:20-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100003> [citado 13 fev 2012]. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342005000100003&lng=en&nrm=iso>
- 87- Pedroso B; Pilatti LA. Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. *Revista eletrônica FAFIT/FACIC*. 2010; 1:01-09. [citado 12 jul 2017]. Disponível em: <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/view/2>.
- 88- Belasco AGS; Sesso RCC. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: Diniz DP; Schor N. *Qualidade de vida*. São Paulo: Manole, 2006.p. 1- 10.
- 89- Mion Júnior D; Pierin AMG; Gusmão JL. *Desafios no controle da pressão arterial no Brasil: a qualidade de vida e a terapêutica anti-hipertensiva*. DecioMion.com.br Hipertensão Arterial, 2005. Folhetos.[citado 12 jul 2017]. Disponível em:<http://www.deciomion.com.br/medicos/folhetos/qualidade_hipertensao.pdf>
- 90- THE WHOQOL GROUP. (1995) *The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization*, 1995. Soc Sci Med. 1995; 41:1403-9. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref: quality of life assessment. *Psychological Medicine*, Londres. 28(3): 551-8, 1998.
- 91- Fleck MPA; Louzada S; Xavier A; Chachamovich E; Vieira G; Santos L; Vieira G; Santos L; Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*. 1999; 33: 198-205.
- 92- Astolphi M; Stancato K. Avaliação da qualidade de vida de profissionais de saúde em Campinas. *RAS Revista de Administração em Saúde*. 2011; 12: 154-62.

- 93- Queiroz DL; Souza JC. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. *Psicol Inf.* 2012; 16: 103-26. [citado 06 jul 2017]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092012000200005&lng=pt&nrm=iso>
- 94- Zagher M; Pierozan P; Claudino R. Avaliação da qualidade de vida nos profissionais da saúde, que prestam assistência à pacientes geriátricos. *Revista Digital.* 2009; 14: 1-1. [citado 06 jul 2017]. Disponível em: <www.efdeportes.com/efd135/qualidade-de-vida-nos-profissionais-da-saude.htm>
- 95- Mascarenhas CHM; Prado FO; Fernandes MH; Boery EN; Sena ELS. Qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde: uma revisão sistemática. *Revista Espaço para a Saúde.* 2013; 14: 72-81.
- 96- Santana VS; Feitosa AG; Guedes LBA; Sales NBB. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. *Revista Pesquisa em Fisioterapia.* 2014; 1: 35-46.
- 97- Marques ALN; Ferreira MBG; Duarte JMG; Costa NS; Haas VJ; Simões ALA. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família. *Rev Rene.* 2015; 5: 672-81.
- 98- Fayers PM; Machin D. *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation.* Chichester: John Wiley; 2000.
- 99- Fleck MPA; Louzada S; Xavier M; Chachamovich E; Vieira G; Santos L; Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista Saúde Pública* [online]. 2000; 34: 178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
- 100- Monroe SM. Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008; 4: 33-52.
- 101- Silva EAT; Martinez A. Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. *Estudos de Psicologia.* 2005; 22:53-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000100007> [citado 17 jun 2017]. Disponível em http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2005000100007&lng=pt&nrm=iso
- 102- Camelo SHH; Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Lat-Am. Enfermagem.* 2004; 12: 14-21.
- 103- Stacciarini JMR; Troccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2001; 9: 17-25.
- 104- Lipp MEN; Malagris LEN. O estresse emocional e seu tratamento. In: Range B (editor). *Terapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* São Paulo: Artmed; 2001. p.475-89.

-
- 105- Miranda JF; Miranda EF; Dal Corso S; Santos LA. Análise do nível de estresse em cuidadores de crianças portadoras de necessidades especiais por meio do Questionário de LIPP. *ConScientiae Saúde*. 2010; 9: 97-101.[citado 20 jul 2017]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92915037013>.
- 106- Lipp MEN. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. 3rd ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- 107- Silva ATC; Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista Saúde Pública*. 2008; 42: 921-9.
- 108- Gomes AR; Cruz JF; Cabanelas S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2009; 25:307-18. [citado 20 jul 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a04v25n3.pdf>
- 109- Harbs TC; Rodrigues ST; Quadros VAS. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. *Boletim de Enfermagem*. 2008; 2: 41-56.
- 110- Corrêa RZA. *Estresse laboral e qualidade de vida na equipe de enfermagem: evidências de validade*. [dissertação]. Itatiba (SP): Universidade São Francisc; 2008.
- 111- Pafaro RC. *Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas* [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.
- 112- Lipp MEN. *Manual do inventário de sintomas de stress de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- 113- World Alliance for Patient Safety. The Global Patient Safety Challenge 2005–2006 “Clean Care is Safer Care”. Geneva, World Health Organization, 2005. [cited 2011 oct 20]. (<http://www.who.int/gpsc/en/>)
- 114- Maçola L; Vale IN; Carmona EV. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da escala de autoestima de Rosenberg. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300004>. [cited 2012 jan 22]. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300004&lng=en&nrm=iso>
- 115- Oliveira MCM; Cotrim L; Novo NF; Juliano Y; Schnaider TB. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar. *Rev Med Res*. 2013; 15: 170-80.
- 116- Fleck MPA (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>. Acessado em 06 jul. 2017.
- 117- Oliveira PM; França ACL. (2005). Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n1/v4n1a05.pdf>. Acessado dia 25 jul. 2017.

-
- 118- Fleck MPA. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 119- Lipp MEN; Guevara AJH. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). *Estudos Psicologia*. 1994; 11(3): 43-9.
- 120- Pasqualli L; Azevedo MM; Ghesti I. Inventário fatorial de personalidade: manual técnico e de avaliação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- 121- Alchieri JC; Núñez JC; Cervo CS; Hutz CS. Características de validade convergente e divergente de instrumentos de avaliação da personalidade com o inventário de estilos de personalidade de Millon. *Alethéia*. 2008; 119-134.
- 122- Fosgate GT. A cluster-adjusted sample size algorithm for proportions was developed using a beta-binomial model. *J Clin Epidemiol*. 2007 ;60:250-5.
- 123- Geert M; Geert V. *Models for discrete longitudinal data*. Springer Science & Business Media, 2006. (Springer Series in Statistics).
- 124- Jardim JM; Lacerda RA; Soares NJD; Nunes BK. Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea em um hospital governamental. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47: 38-45.
- 125- Menyhay SZ; Maki DG. Preventing central venous catheter associated bloodstream-infections: development of an antiseptic barrier cap for needle lees connectors. *Am J Infect Control*. 2008; 36: 74-7.
- 126- Johnson L; Grueber S; Schlotzhauer C; Phillips E; Bullock P; Basnett J; Hahn-Cover K. A multifactorial action plan improves hand hygiene adherence and significantly reduces central line-associated bloodstream infections. *Am J Infect Control*. 2014; 42(11): 1146-51. doi:10.1016/j.ajic.2014.07.003
- 127- Powers RJ; Wirtschafter DW. Decreasing central line associated bloodstream infection in neonatal intensive care. *Clin Perinatol*. 2010; 37: 247-72. doi:10.1016/j.clp.2010.01.014
- 128- Castro AF. Práticas de precauções em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino do distrito federal. [dissertação]. Brasília (DF): Curso de Enfermagem, Universidade de Brasília; 2016.
- 129- Souza LM; Ramos MF; Becker ESS; Meirelles LCS; Monteiro SAO. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Rev Gaúcha Enferm* [online]. 2015; 36: 21-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090>. [citado 13 out 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000400021&lng=en&nrm=iso>
- 130- Oliveira AC; de Paula AO; Gama CS; Oliveira JR; Rodrigues CD. Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Enferm Uerj*. 2016; 24:1-6.
- 131- Kelly JW; Blackhurst D; Steed C; Diller T. A response to the article, "Comparison of hand hygiene monitoring using the my 5 moments for hand hygiene method versus a wash in-wash out method". *Am J Infect Control*. 2015; 43: 901-2.

- 132- Aiello AE; Malinis M; Knapp JK; Mody L. The influence of knowledge, perceptions, and beliefs, on hand hygiene practices in nursing homes. *Am J Infect Control*. 2009; 37: 164-7.
- 133- Alsubaie S; Maither AB; Alalmaei W; Al-Shammari AD; Tashkandi M; Somily AM; Alaska A; Binsaeed AA. Determinants of hand hygiene noncompliance in intensive care units. *Am J Infect Control*. 2013; 41: 131-5.
- 134- Eveillard M; Pradelle MT; Lefrancq B; Guilloteau V; Rabjeau A; Kempf M; Vidalenc O; Grosbois M; Zilli-Dewaele M; Raymond ; Joly-Guillou ML; Brunel P. Measurement of hand hygiene compliance and gloving practices in different settings for the elderly considering the location of hand hygiene opportunities during patient care. *Am J Infect Control*. 2011; 39: 339-41.
- 135- Neves ZCP; Tipple AFV; Souza ACS; Pereira MS; Melo DS; Ferreira LR. Higienização das mãos: o Impacto de estratégias de incentivo à adesão. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2006; 14. [citado 16 out 2016]. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a12.pdf
- 136- Souza LM; Ramos MF; Becker ESS; Meirelles LCS; Monteiro SAO. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2017 set. 31];36(4):21-8. Disponível em:
<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090>
- 137- Prado MF; Oliveira ACJ; Nascimento TMB; Melo WA; Prado DB. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012.]. 11: 557-64. [citado 2017 out 10]. Disponível em:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/%20CiencCuidSaude/%20article/view/16366>
- 138- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre o seu uso. *Boletim Informativo de Tecnovigilância*. Brasília. abr./jun. 2011.
- 139- Mahfouz AA; El Gamal MN; Al-Azraqi TQ. Hand hygiene non-compliance among intensive care unit health care workers in Aseer Central Hospital, southwestern Saudi Arabia. *Int J Infect Dis*. 2013; 17: e729-e32. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.02.025>. [cited 2017 apr 17]. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971213001185>)
- 140- Erasmus V; Daha TJ; Brug H; Richardus JH; Behrendt MD; M.C. Vos MD; van Beeck EF. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010; 31: 283-294.
- 141- Bastos CL. *Manual do exame psíquico*. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
- 142- Cloninger SC. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- 143- Nogueira-Martins LA; Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44: 28-34.
- 144- Fagnani NR; Obara CS; Macedo PCM; Citero VA; Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for

- medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *São Paulo Med J*. 2004; 122: 152-7.
- 145- Rodrigues RTS. *Resiliência e características de personalidade de médicos residentes como proteção para o Burnout e qualidade de vida* [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2012.
- 146- Carvalho DR; Kalinke LP. Perfil do enfermeiro quanto à motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. *Bol Enferm*. 2008; 2:82-95.
- 147- Bergamini CW. *Motivação nas organizações*. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- 148- Chiavenato I. *Gestão de pessoas*. 3ª ed. São Paulo: Campus; 2009.
- 149- Azambuja EP; Pires DEP; Vaz MRC; Marziale MH. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19: 658-66.
- 150- Barboza JIRA; Moraes EL; Pereira EP; Reimão RNAA. Avaliação do padrão de sono dos profissionais de enfermagem dos plantões noturnos em Unidades de Terapia Intensiva. *Einstein*. 2008; 6: 296-301.
- 151- Servo MLS. Implantação de um hospital geral e o caminhar da coordenação do serviço de enfermagem: stress, coping e burnout. *Sitientibus*. 2006; 34: 7-24.
- 152- Strumpfer D. Fear and affiliation during a disaster. *J Soc Psychol*. 1970; 82: 263-8.
- 153- Rofe Y. Affiliation tendencies on the eve of the Iraq war: a utility theory perspective. *J Appl Soc Psychol*. 2006; 36:1781-9.
- 154- Nogueira Martins LA. *Residência médica : estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- 155- Warren DK; Zack JE; Mayfield JL; Chen A; Prentice D; Fraser VJ; Kollef MH. The effect of an education program on the incidence of central venous catheter-associated bloodstream infection in a medical ICU. *Chest*. 2004; 126: 1612-8.
- 156- Krummenauer EC; Machado JAA; Kautzmann AE; Ritta CM; Haas F; Carneiro M. Educação continuada: uma ferramenta para a segurança do cuidado. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2014; 4: 221-22. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v4i3.5237>. [citado 27 out 2017]. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5237/3909>>
- 157- Emilio M. *O estresse na equipe de enfermagem que atua no setor de emergência*. Faculdade Redentor; 2013. [citado 17 out 2017]. Disponível em: <<http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/31072012TCC%20Marilia%20Goncalves.pdf>>

APÊNDICE A- FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____
2. MATRÍCULA HC: _____
3. Sexo: M ☐ F ☐
4. Endereço: _____ Nº _____ Comp.: _____
 _____ CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
5. Tels.: _____
6. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
7. Nac.: _____
8. Nat.: _____
9. Profissão: _____
10. Escolaridade: Analfabeto ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior Incompleto
☐ Superior ☐ Pós- Graduação Incompleto ☐ Pós-Graduação ☐
11. Ocupação: Aposentado/Sem atividade ☐ Aposentado/Com atividade ☐
 Superior/Proprietário ☐ Técnico ☐ Operacional ☐ Autônomo/Informal ☐ Do lar ☐
 Estudante ☐ Outros ☐ _____
12. Estado Civil: Casado/União Formal
☐ Solteiro ☐ Separado/Desquitado/Divorciado ☐ Viúvo ☐
13. Renda mensal pessoal: _____ Não sabe ☐ Não quis informar ☐ Menos de 1
 SM ☐ De 1 a 2 SM ☐ Entre 2 e 3 SM ☐ Entre 3 e 5 SM ☐ Entre 5 e 10 SM ☐
 Entre 10 e 20 SM ☐ Mais de 20 SM ☐
14. Renda mensal familiar: _____ Não sabe ☐ Não quis informar ☐ Menos de 1
 SM ☐ De 1 a 2 SM ☐ Entre 2 e 3 SM ☐ Entre 3 e 5 SM ☐ Entre 5 e 10 SM ☐
 Entre 10 e 20 SM ☐ Mais de 20 SM ☐
15. Quantas pessoas vivem com a renda familiar: _____

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA.

1. Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.
2. Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI
3. Que sugestões podem nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?
4. Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

APÊNDICE C- Tabela 1- Amostra prevista do número de observações de procedimentos realizados por profissional de assistência à saúde (PAS) para cada uma das quatro unidades de terapia intensiva (UTI).

UTI-6o andar- número de observações por PAS		
	<i>número de indivíduos</i>	<i>Dia útil</i>
Auxiliares/técnicos de enfermagem-DIA	15	25
Auxiliares/técnicos de enfermagem-NOITE	14	25
Enfermeiros-DIA	4	25
Enfermeiros-NOITE	4	25
Médicos (qualquer período)	24	25
UTI- MI- número de observações por PAS		
	<i>número de indivíduos</i>	<i>Dia útil</i>
Auxiliares/técnicos de enfermagem-DIA	6	25
Auxiliares/técnicos de enfermagem-NOITE	7	25
Enfermeiros-DIA	4	25
Enfermeiros-NOITE	2	50
Médicos (qualquer período)	20	60
UTI-PSM- número de observações por PAS		
	<i>número de indivíduos</i>	<i>Dia útil</i>
Auxiliares/técnicos de enfermagem-DIA	13	25
Auxiliares/técnicos de enfermagem-NOITE	16	25
Enfermeiros-DIA	9	25
Enfermeiros-NOITE	7	25
Médicos (qualquer período)	24	25
UTI- 9o andar- número de observações por PAS		
	<i>número de indivíduos</i>	<i>Dia útil</i>
Auxiliares/técnicos de enfermagem-DIA	24	40
Auxiliares/técnicos de enfermagem-NOITE	19	60
Enfermeiros-DIA	12	40
Enfermeiros-NOITE	10	60
Médicos (qualquer período)	23	40

UTI- 9o andar: UTI cirúrgica; UTI-MI: UTI de Moléstias Infeciosas; UTI-6o andar: UTI da Clínica Médica/Pneumologia; UTI-PSM: UTI do Pronto Socorro Clínico.

APÊNDICE D - Tabela 2- Média das proporções de adesão aos procedimentos de cuidados com o curativo do cateter venoso central da equipe de enfermagem dos profissionais que realizaram os testes psicológicos e de profissionais que não realizaram os testes psicológicos em cada categoria profissional. Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, no período de julho de 2012 a dezembro de 2013.

Categoria profissional	Número de Profissionais	Média das proporções de adesão dos profissionais de enfermagem aos cuidados com o curativo que não realizaram os testes psicológicos							
		Higiene das mãos antes de iniciar o curativo		Uso de luvas estéril ou pinça		Realização de antissepsia no local do curativo com solução alcoólica		Higiene das mãos após finalizar a troca do curativo	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Auxiliar de enfermagem	7	0,02	0,02	1,00	<0,01	0,96	<0,01	1,00	<0,01
Técnico de enfermagem	8	0,11	0,04	1,00	<0,01	0,90	<0,01	1,00	<0,01
Enfermeiro	9	0,15	0,05	1,00	<0,01	0,98	<0,01	1,00	<0,01
		Média das proporções de adesão dos profissionais aos cuidados com o curativo que realizaram os testes psicológicos							
		Higiene das mãos antes de iniciar o curativo		Uso de luvas estéril ou pinça		Realização de antissepsia no local do curativo com solução alcoólica		Higiene das mãos após finalizar a troca do curativo	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Auxiliar de enfermagem	45	0,10	0,02	0,98	0,02	0,87	0,02	0,99	<0,01
Técnico de enfermagem	17	0,06	0,02	0,94	0,06	0,93	0,06	0,89	0,06
Enfermeiro	36	0,20	0,02	1,00	0,00	0,94	<0,01	1,00	0,00

APÊNDICE E - Tabela 3- Médias das proporções de adesão aos procedimentos de cuidados com a manipulação do cateter venoso central da equipe de enfermagem dos profissionais que realizaram os testes psicológicos e de profissionais que não realizaram os testes psicológicos em cada categoria profissional. Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, no período de julho de 2012 a dezembro de 2013.

		Média das proporções de adesão aos cuidados com a manipulação dos profissionais que não realizaram os testes psicológicos							
Categoria profissional	Número de Profissionais	Higiene das mãos antes de iniciar a manipulação		Uso de luvas		Desinfecção da conexão com solução alcoólica		Higiene das mãos após finalizar a manipulação	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Auxiliar de enfermagem	10	0,09	0,02	0,94	0,03	0,73	0,03	0,88	0,05
Técnico de enfermagem	11	0,12	0,06	0,92	0,04	0,46	0,04	0,85	0,06
Enfermeiro	10	0,16	0,05	0,98	0,01	0,66	0,01	0,94	0,04
		Média das proporções de adesão aos cuidados com a manipulação dos profissionais que realizaram os testes psicológicos							
		Higiene das mãos antes de iniciar a manipulação		Uso de luvas		Desinfecção da conexão com solução alcoólica		Higiene das mãos após finalizar a manipulação	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Auxiliar de enfermagem	58	0,15	0,01	0,92	0,01	0,62	0,01	0,86	0,02
Técnico de enfermagem	23	0,12	0,03	0,97	0,01	0,49	0,01	0,86	0,04
Enfermeiro	43	0,15	0,02	0,97	0,01	0,65	0,01	0,89	0,03

APÊNDICE F - Tabela 4- Médias das proporções de adesão à higienização das mãos aos cinco momentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) da equipe médica de acordo com os profissionais que realizaram os testes psicológicos e dos que não realizaram os testes psicológicos. Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, no período de julho de 2012 a dezembro de 2013.

		Média das proporções de adesão à higienização das mãos aos cinco momentos dos profissionais médicos que não realizaram os testes psicológicos	
Momentos	Número de profissionais	Médias proporções das	Desvio padrão
Antes de contato direto com o paciente	51	0,22	0,32
Após o contato direto com o paciente	43	0,90	0,17
Após contato com o ambiente próximo ao paciente	51	0,18	0,34
Antes da realização de procedimentos assépticos	41	0,84	0,35
Após a exposição a fluidos corporais do paciente	38	0,99	0,08
		Média das proporções de adesão à higienização das mãos aos cinco momentos dos profissionais médicos que realizaram os testes psicológicos	
		Médias proporções das	Desvio padrão
Antes de contato direto com o paciente	42	0,10	0,26
Após o contato direto com o paciente	39	0,94	0,11
Após contato com o ambiente próximo ao paciente	39	0,31	0,34
Antes da realização de procedimentos assépticos	37	0,61	0,39
Após a exposição a	36	0,92	0,25

fluidos corporais
do paciente

ANEXO A- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº
..... APTO:
BAIRRO: CIDADE
.....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
.....

2. RESPONSÁVEL LEGAL
.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
.....
BAIRRO: CIDADE:
.....
CEP:..... TELEFONE: DDD
(.....).

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Investigação das Dificuldades humanas de profissionais de Saúde nas práticas de controle de Infecção Hospitalar

PESQUISADOR :

CARGO/FUNÇÃO: INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº
.....

UNIDADE DO HCFMUSP:
.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO (X) RISCO MÉDIO ()
RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()

4.DURAÇÃO DA PESQUISA :
.....

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Esta pesquisa pretende avaliar se há uma associação entre as práticas de controle de infecção dos profissionais de assistência à saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Hospital das Clínicas e características dos profissionais, como seus estilos de pensamento, autoestima, qualidade de vida, nível de estresse, tipo de personalidade e percepção de autonomia profissional.

Foi realizada uma observação das práticas dos profissionais da saúde em relação às medidas que previnem a infecção hospitalar. Agora você deverá responder questionários para avaliar diversos aspectos psicológicos e profissionais gerais como estresse, autoestima, autonomia profissional, qualidade de vida e tipo de personalidade. Esta etapa levará aproximadamente 1 hora e você responderá 6 questionários. Após, você passará por uma entrevista com psicólogo que finalizará a sua participação no estudo.

Não acreditamos que haverá um benefício direto aos participantes deste estudo, mas os resultados deste estudo serão utilizados para direcionar medidas e estratégias com o objetivo de melhorar as condições dos profissionais e com isso, melhorar também os cuidados que estes profissionais oferecem aos pacientes.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo nunca a identificação de dados ou da identidade dos participantes. Assim garantimos o sigilo sobre sua participação.

Se for notado algum mal-estar decorrente da participação do profissional de saúde na pesquisa, será oferecido a ele atendimento psicológico na Clínica do Instituto de Psicologia da USP sob supervisão da Profa. M. Livia Moretto.

Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Dra Anna Sara S. Levin que pode ser encontrada no endereço Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 6º andar, sala 629 Telefone: 2661 7066. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Eu, (nome completo do voluntário), após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Anna Sara S. Levin

Data / /

Responsável pelo estudo