UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TALITA RAQUEL DOS SANTOS

**O uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem na prevenção e controle
de infecções relacionadas à assistência à saúde**

SÃO PAULO

2016

TALITA RAQUEL DOS SANTOS

**O uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem na prevenção e controle
de infecções relacionadas à assistência à saúde**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Enfermagem –
PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Clara Padoveze

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: _____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Talita Raquel dos

O uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde / Talita Raquel dos Santos. São Paulo, 2016.
116p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Maria Clara Padoveze

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

1. Processos de Enfermagem 2. Diagnóstico de enfermagem 3. Cuidados de Enfermagem
4. Infecção Hospitalar 5. Prevenção & Controle. I. Título.

Nome: Santos, Talita Raquel

Título: O uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em __/__/____

Banca Examinadora

Prof, Dr.

Instituição:

Julgamento:

Assinatura:

Prof, Dr.

Instituição:

Julgamento:

Assinatura:

Prof, Dr.

Instituição:

Julgamento:

Assinatura:

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, com muito carinho, amor e orgulho, por sempre acreditar no meu potencial e não me deixar desistir, por tudo o que conquistamos e o que ainda iremos conquistar juntos.

AGRADECIMENTOS

Deus foi generoso comigo, ao colocar pessoas de excepcional caráter e talento em minha trajetória de vida, pessoas que influenciaram meu crescimento e desenvolvimento. Graças a esses seres espetaculares, cheguei onde estou e a eles dedico estes agradecimentos:

À **Profª Drª Maria Clara Padoveze**, por compreender este período difícil, não desistir e me orientar com clareza para que este trabalho atingisse seu objetivo.

À **Profª Drª Lúcia Izumi** por suas intervenções de grande pertinência na maturação deste projeto.

À **Drª Flávia Maia**, minha diretora, pelo incentivo à realização da Pós-Graduação e pela grande contribuição no processo de desenvolvimento deste trabalho.

Ao **Hugo Duarte Cacique**, pessoa que Deus escolheu para ser um comigo, que me deu muita força, amor e estímulo para que este projeto fosse realizado.

A **Rubens e Denise Santos**, excelentes pais, pelo carinho e amor e por estimular a mim e meus irmãos a valorizarmos os estudos.

À **Tamires Raquel dos Santos**, irmã querida, pelas risadas e calma que trouxe nos momentos de maior estresse.

À **Drª Camila Takao Lopes**, madrinha e amiga querida, que me incentivou a iniciar o mestrado, realizou minha revisão ortográfica e me apoiou até o fim deste trabalho.

À **Amanda Loos Agra**, amiga, pelo ouvido e ombro para que eu pudesse desabafar.

Ao **Fausto Tozo**, padrinho e amigo, por compreender meu excesso de sono e me fazer rir, deixando os plantões mais leves.

Aos **colegas do Subgrupo de pesquisa**, pessoas excelentes, de grande sabedoria e humildade, sem os quais a pós-graduação não teria sido a mesma.

Aos **colegas do Hospital Universitário da USP** que me cobriram e compreenderam este momento de crescimento profissional.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

Santos TR. O uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem de enfermagem na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A participação do profissional de enfermagem na prevenção e controle de infecção dá-se, predominantemente, por meio da qualificação dos procedimentos técnicos e reorganização dos processos de assistência direta e indireta. No Processo de Enfermagem, utilizando o raciocínio clínico, são identificados diagnósticos de enfermagem (DE) os quais são direcionados cuidados de enfermagem. Dentre as principais classificações de DE, destaca-se a NANDA International (NANDA-I). O uso DE, no processo de enfermagem, favorece a continuidade e o aumento da qualidade da assistência. **Objetivo:** A fim de contribuir para a atuação do profissional enfermeiro assistencial na prevenção de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), este trabalho buscou analisar o reconhecimento, por parte do enfermeiro, de respostas humanas relacionadas ao risco e ocorrência de IRAS e intervenções implementadas e verificar a correspondência das intervenções propostas com as requeridas nos protocolos de prevenção de IRAS disponíveis na instituição. **Método:** Estudo observacional, descritivo, longitudinal e prospectivo realizado na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, com sujeitos de ambos os sexos, adultos hospitalizados no período de maio a setembro de 2016. Trata-se de uma amostra não probabilísticas de conveniência. Na primeira fase do estudo, foram coletados dados pertinentes para caracterização do perfil epidemiológico e clínico dos sujeitos, bem como os DE e intervenções mais prevalentes, a partir de análise de prontuários. Após esta fase, foram comparadas as intervenções propostas pelo enfermeiro com aquelas definidas em manuais e protocolos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição, utilizando Mapeamento Cruzado. **Resultados:** A amostra consistiu de 159 registros de indivíduos, predominantemente idosos, portadores de hipertensão e diabetes, que permaneceram hospitalizados em média 9,6 dias (DP: +/-7,8). Os principais DE encontrados foram: Integridade Tissular Prejudicada, Risco de Quedas e Risco de Glicemia Instável. As principais atividades de intervenção foram: Monitorar sinais vitais, Manter decúbito elevado a 30°/45°, Observar saturação de oxigênio e Realizar glicemia capilar. Dentre as atividades recomendadas pela CCIH, 81,8% puderam ser mapeadas. Quanto à conformidade, apenas as atividades: Manter isolamento, conforme apropriado e Não molhar curativo de cateter no banho obtiveram índice maior a 60%. **Conclusão:** Os DE e atividades relacionadas mais prevalentes na população em questão foram relacionados principalmente à mensuração de parâmetros vitais e medidas de higiene; as medidas de prevenção específicas de infecção estavam prescritas, porém em número abaixo do esperado.

Palavras chave: Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Infecção Hospitalar, Prevenção & Controle.

Santos TR. The use of nursing and interventions in the prevention and control of infections related to health care [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The participation of nursing professionals in the prevention and control of infection occurs predominantly through qualification of technical procedures and reorganization of direct and indirect care processes. By using the Nursing Process working method, nursing diagnoses are identified based on clinical reasoning and interventions are implemented towards them. Among the major diagnostic classifications of, there is NANDA International (NANDA-I), which favors continuity of care with increased quality. **Objectives:** In order to clarify the role of professional nurse care in preventing health-associated infections (HAIs), this study sought to: identify both the recognition of human responses related to the risk and occurrence of HAIs and interventions implemented by nurses, by investigating the most prevalent nursing diagnoses related to the prevention and control of HAIs in hospitalized adults, and nursing interventions towards them; ascertain the correspondence of the proposed interventions with the required activities in HAI prevention protocols available in the institution. **Method:** An observational, descriptive, prospective and longitudinal study performed at the Clinical Medical Unit of the University Hospital at University of São Paulo, with hospitalized adults of both genders,. In the first phase of the study relevant data were collected to characterize the clinical and epidemiological profile of the subjects, as well as the most prevalent nursing diagnoses and interventions in nursing care charting. After this phase, the interventions defined in manuals and protocols of the institutional Hospital Infection Control Committee (HICC) were compared with those proposed by the Nursing Interventions Classification (NIC) through the cross-mapping method. **Results:** The sample consisted of 159 patients, mostly elderly, hypertensive and diabetic, who were hospitalized on average 9.6 days (SD: +/-7,8). The main nursing diagnoses identified were: Impaired tissue integrity, Risk of Falling and Risk for unstable blood glucose. The main intervention activities were: Monitor vital signs, Maintain bed head at 30°/45°, Monitor oxygen saturation and perform blood glucose testing. Among the activities recommended by HICC, 81.8% were mapped into NIC. The conformity only activities: Maintain isolation, as appropriate and not wet catheter dressing in the bath had higher index to 60% of actual prescription in situations requiring such care. **Conclusion:** The diagnosis and activities nursing related to interventions more prevalent in the population of interest are primarily related to monitoring of vital signs and hygiene procedures. Specific actions towards preventing infection were prescribed, but in an insufficient number.

Key words: Nursing Process, Nursing Diagnosis, Nursing Care, Hospital Infection, Prevention & Control

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação da composição de um modelo de terminologia de referência para diagnóstico de enfermagem (ISO, 2003).....25

Figura 2. Representação da composição de um modelo de terminologia de referência para ações de enfermagem (ISO, 2003).....26

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1. Exemplo: Simulação de avaliação de conformidade entre as intervenções propostas para Paciente XY e elementos indicados nos documentos da CCIH:.....	45
Quadro 6.1 Mapeamento cruzado de Prescrições de Enfermagem sugeridas pelos documentos da CCIH, com intervenções e atividades de enfermagem da NIC.....	64
Quadro 9.1. Sugestão de diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado em prevenção e controle de infecção, para o perfil de indivíduos identificados na unidade de Clínica Médica, no período de maio a setembro de 2016.....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 6.1. Perfil dos indivíduos hospitalizados na Clínica Médica de maio a setembro de 2016, por sexo, idade e tempo de permanência na instituição. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos	50
Tabela 6.2. Principais causas de internação dos indivíduos hospitalizados na unidade de Clínica Médica de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N indivíduos = 159	51
Tabela 6.3. Número de indivíduos hospitalizados na Clínica Médica investigados quanto à suspeita de doenças infectocontagiosas, por tipo de doenças. São Paulo. 2016. N = 159 indivíduos	52
Tabela 6.4. Porcentagem de indivíduos hospitalizados na Clínica Médica acometidos por tipo de comorbidade. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos	52
Tabela 6.5. Principais dispositivos terapêuticos utilizados no cuidado a indivíduos hospitalizados na unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos	53
Tabela 6.6. Porcentagem do tipo de medicamento utilizado no tratamento intravenoso, nos indivíduos hospitalizados na unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos	54
Tabela 6.7. Número de indivíduos acometidos por feridas durante a permanência na unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos	55
Tabela 6.8. Número de indivíduos hospitalizados na Clínica Médica em precauções específicas e causa de isolamento no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159	55
Tabela 6.9. Número de culturas positivas, por microorganismos e espécime clínico. São Paulo, 2016.....	57

Tabela 6.10. Número de exames solicitados, por tipo e principais resultados encontrados. São Paulo, 2016.....	58
Tabela 6.11. Prevalência de diagnósticos de enfermagem segundo NANDA prescritos aos indivíduos internados na unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos	59
Tabela 6.12. Prevalência de atividades de enfermagem atribuídas a intervenções NIC prescritos aos indivíduos internados na unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos	61
Tabela 6.13. Porcentagem de conformidade com relação a prescrição "Manter técnica de isolamento, conforme apropriado", segundo o tipo de precaução, em indivíduos com necessidade de precauções específicas. São Paulo, 2016. N = 39.....	67
Tabela 6.14. Porcentagem de conformidade de cuidados para uso de Cateter Venoso Central prescritos e os recomendados pelos documentos da CCIH. São Paulo, 2016. N = 14.....	68
Tabela 6.15. Porcentagem da conformidade de cuidados para uso de Acesso Venoso Periférico prescritos e os recomendados pelo manual da CCIH. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.....	70
Tabela 6.16. Principais Diagnósticos de Enfermagem NANDA atribuídos aos indivíduos hospitalizados na Clínica Médica em uso de Cateter Venosos Central. São Paulo, 2016. N = 14.....	72
Tabela 6.17. Principais Atividades de Enfermagem, relacionadas a intervenções NIC atribuídos aos indivíduos hospitalizados na Clínica Médica em uso de Cateter Venosos Central. São Paulo, 2016. N = 14.....	72

Tabela 6.18. Diagnósticos de Enfermagem NANDA mais prevalentes em indivíduos hospitalizados na Clínica Médica em uso de Cateter Vesical de Demora. São Paulo, 2016. N = 17 indivíduos.....73

Tabela 6.19. Principais Atividades de Enfermagem NIC atribuídas aos indivíduos hospitalizados na Clínica Médica em uso de uso de Cateter Vesical de Demora. São Paulo, 2016. N = 17 indivíduos.....73

Tabela 6.20. Diagnósticos de Enfermagem NANDA mais prevalentes em indivíduos hospitalizados na Clínica Médica com feridas. São Paulo, 2016. N = 15 indivíduos.....74

Tabela 6.21. Principais Atividades de Enfermagem NIC atribuídas aos indivíduos hospitalizados na Clínica Médica com feridas. São Paulo, 2016. N = 15 indivíduos.....75

Tabela 6.22. Diagnósticos de Enfermagem NANDA mais prevalentes em indivíduos hospitalizados na Clínica Médica em precauções específicas, por tipo de precaução. São Paulo, 2016.....75

Tabela 6.23. Principais Atividades de Enfermagem NIC atribuídas aos indivíduos hospitalizados na Clínica Médica em precauções específicas, por tipo de precaução. São Paulo, 2016.....76

LISTA DE ABREVIACÕES

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AP	<i>Angina Pectoris</i>
AVCIH	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e/ou Hemorrágico
AVP	Acesso Venoso Periférico
BAAR	Bacilo álcool-ácido resistente
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CVA	Cateter Vesical de Alívio
CVC	Cateter Venoso Central
CVD	Cateter Vesical de Demora
CVE	Vigilância Epidemiológica
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Melitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESBL	<i>Extended Spectrum-beta-lactamases</i>
HAS	Hipertensão Arterial
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdico
IC	Insuficiência Cardíaca
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IOT	Intubação Orotraqueal
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISO	<i>Internacional Organization Standardization</i>
ITU	Infecção do Trato Urinário
MAE	Metodologia da Assistência de Enfermagem
NIC	Classificação de Intervenção de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
NPP	Nutrição Parenteral
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNE	Sonda Nasoenteral
SNG	Sonda Nasogástrica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
1.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM E CLASSIFICAÇÕES	22
1.2 INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO.	28
1.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	30
1.4 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	32
2. JUSTIFICATIVA.....	35
3. OBJETIVOS.....	37
3.1 OBJETIVO GERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4. MÉTODO	39
4.1 DESENHO DO ESTUDO	39
4.2 LOCAL DE ESTUDO	39
4.2.1 O Hospital	39
4.2.2 O Processo de Enfermagem no HU-USP	40
4.2.3 Cenário	40
4.3 FONTE DE DADOS	41
4.4 PROTOCOLO DE ESTUDO	42
4.4.1 Primeira fase: Identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais prevalentes quanto à prevenção e controle de IRAS em adultos hospitalizados	42

4.4.2 Segunda fase: Verificação da correspondência das intervenções de enfermagem estabelecidas com os protocolos de prevenção de IRAS da instituição.	43
4.5 APLICAÇÃO DE PRÉ-TESTE.....	46
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	48
6. RESULTADOS	50
7. DISCUSSÃO	79
8. CONCLUSÃO.....	91
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
<i>REFERÊNCIAS</i>	95
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	108

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira atuante na área de Terapia Intensiva, em um hospital de ensino do Estado de São Paulo. Em meu trabalho, lido constantemente com usuários em situações de grave estado de saúde, com alto risco de desenvolvimentos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Em minha atuação profissional, utilizo a ferramenta Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International (NANDA-I), bem como intervenções de enfermagem da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) para identificação das respostas humanas aos agravos à saúde e elaboração do plano de cuidado dos usuários sob meu cuidado. Assim, reconheço a potencialidade do uso de linguagem padronizada para a continuidade da assistência e para o estímulo ao raciocínio clínico e registro das ações de enfermagem.

Reuniões e discussões do Grupo de Pesquisa de Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde, da Escola de Enfermagem da USP, trouxeram à minha forma de pensar e exercer meu trabalho uma perspectiva nova, enxergando situações de vulnerabilidade dos indivíduos e a necessidade de cuidado seguro.

Essa incursão científica, aliada à minha experiência profissional em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, gerou inquietações quanto à identificação, pelos enfermeiros, das situações potenciais e reais de infecção e sobre suas ações em resposta a essa identificação, de forma a proporcionar assistência segura e prevenir infecções.

Além disso, surgiu o questionamento se poderia o uso do Processo de Enfermagem colaborar para a consolidação de prática preventiva, individualizando as recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, para indivíduos sob cuidados de enfermagem?

Na tentativa de responder algumas destas inquietações, este mestrado foi construído.

1.INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM E CLASSIFICAÇÕES

A enfermagem é uma ciência que desenvolve formas de conhecimento que contribuam para a saúde das populações. No contato com o usuário de saúde, seus familiares e comunidade, os conhecimentos de enfermagem são aplicados por meio do Processo de Enfermagem, utilizando-se o raciocínio clínico (Cruz, 2008).

O Processo de Enfermagem, por sua vez, é definido como um “instrumento metodológico que provê um guia sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona o julgamento clínico necessário para os cuidados de enfermagem, possibilitando a identificação de problemas que precisam da intervenção do profissional de enfermagem” (Cruz, 2008). Ao longo do tempo processo de enfermagem tornou-se sinônimo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou, ainda, Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE). Seja qual for o termo utilizado, trata-se de uma organização da assistência de enfermagem (Andrade, Vieira, 2005; Fuly et al., 2008).

Ele é composto pelas seguintes etapas: histórico de enfermagem e exame físico, que compõe a coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem e evolução/avaliação de enfermagem. A quantidade de etapas propostas varia de acordo com as interpretações feitas acerca do processo e a fase evolutiva em que se encontra (Andrade, Vieira, 2005).

Desde a resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, o uso do Processo de Enfermagem se tornou obrigatório. A resolução 358/2009 do COFEN revogou a anterior e apresentou atualizações quanto ao processo de enfermagem, nela as fases do Processo de Enfermagem são assim definidas:

- Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

- Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

São reconhecidos momentos evolutivos no corpo de conhecimento referente ao Processo de Enfermagem nos Estados Unidos, que podem ser classificadas como três gerações. Na primeira geração do Processo (1950 a 1970), as ações de enfermagem eram planejadas em resposta a problemas. Nesta fase, o Processo de Enfermagem abrangia: levantamento de dados, planejamento, intervenção e avaliação. Na segunda geração (1970 a 1990), passa-se a enfatizar o raciocínio clínico, utilizando a *expertise* da categoria profissional para a formulação de diagnósticos. A partir de 1990, na terceira geração, a mensuração dos resultados alcançados passa a ser valorizada. Há a consolidação do pensamento crítico, levando a análises mais complexas de múltiplas condições de saúde (Gaidzinski et al., 2008; Barros, 2009).

Weaver et al, 2006 em seu artigo propõem o desenvolvimento do processo de enfermagem no século XXI: A quarta geração (2010 a 2020) será galgada na construção do

conhecimento através do uso de base de dados e sistemas informatizados associados as linguagens padronizadas de enfermagem, permitindo assim, analisar possíveis padrões de associações dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Na quinta geração (2020 a 2035) propõe o refino dos arquétipos do cuidado de enfermagem, empiricamente baseados, ao aprimorarmos estes dados poderemos reconhecer perfis epidemiológicos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, associados a populações específicas. E finalmente, a sexta geração (2035 a 2050) que uma vez conhecido os dados e testados os protótipos de cuidado em enfermagem, poderão ser desenvolvidos modelos preditivos de cuidados em enfermagem baseados em características pessoais e individuais, podendo ser comparados com os modelos empíricos derivados de banco de dados internacionais relacionados ao saber em enfermagem (Weaver et al.,2006).

A evolução do raciocínio clínico no Processo de Enfermagem foi acompanhada pela proposta de inclusão de linguagens padronizadas ao cotidiano do cuidado, a fim de classificar problemas que frequentemente requeriam assistência de enfermagem (Gaidzinski et al.,2008; Barros, 2009).

O uso de vocabulário controlado permite padronizar o registro dos cuidados de enfermagem, propiciando utilização de forma universal, favorecendo, assim, um cuidado e avaliação de resultados mais efetivos, além de permitir a comparação de dados e projetar tendências para alocação de recursos (Chianca, 2003).

Os elementos centrais utilizados pelas classificações de enfermagem são embasados nas decisões fundamentais do processo de cuidar, que abrangem os diagnósticos, intervenções e resultados, que, por sua vez, avaliam a efetividade das intervenções (Gaidzinski et al.,2008).

Diagnósticos correspondem à decisão sobre os quais as necessidades de cuidados de enfermagem se direcionam. São identificados por meio dos dados encontrados na análise dos componentes biopsicossociais e espirituais dos indivíduos, suas famílias e comunidades. Intervenções são as decisões sobre atividades que melhor atendem às respostas humanas levantadas e os resultados podem corresponder à meta que se deseja alcançar com as intervenções propostas ou o que se alcançou mediante a implementação das intervenções (Gaidzinski et al., 2008).

No ano de 2003, a ISO (*International Organization for Standardization*), por meio do Comitê Técnico ISO/TC215, propôs a norma ISO 18104 como Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem. Esta norma estabelece critérios para avaliar as classificações existentes e permite revisões sobre a própria padronização. Ela demonstra modelos e descreve o domínio de Diagnóstico e Ação de Enfermagem, por meio do Diagrama de Classes, apresentando as Classes, Atributos das Classes e Associações entre as Classes. Estas classes representam os componentes fundamentais para construção dos diagnósticos e ações/intervenções de enfermagem (ISO, 2003; Mata et al., 2012; Cubas et al., 2010). O modelo acima mencionado está representado nas Figuras 1 e 2:

Figura 1: Representação da composição de um modelo de terminologia de referência para diagnósticos de enfermagem (ISO, 2003).

Figura 2: Representação da composição de um modelo de terminologia de referência para ações de enfermagem (ISO, 2003).

Dentre as principais classificações de diagnósticos de enfermagem utilizadas no Brasil, que atendem as requisições da ISO 18104, destacam-se a NANDA-I e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Lunney, 1998; Mata et al., 2012; Cubas et al., 2010).

A taxonomia da NANDA-I surgiu em decorrência de sucessivas conferências, sendo a primeira, realizada para discussão de diagnósticos de enfermagem, em 1973. A NANDA®, até 2000, classificava os diagnósticos de acordo com a taxonomia I, que se estruturavam em nove categorias (Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer, Sentir), oriundas do modelo conceitual dos Padrões de Respostas Humanas. A partir de então, foram realizadas muitas mudanças até que, por fim, em 2000, foi definida a taxonomia II, contendo 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos (Barros, 2009; Lunney, 1998; NANDA, 2013).

No Brasil, a NANDA® foi apresentada pela primeira vez em uma publicação de 1990, realizada pela Universidade Federal da Paraíba, liderada pela Dr^a Marga Coler, no 1º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem (Barros, 2009).

A classificação de diagnósticos da NANDA-I é a mais utilizada mundialmente (Mata et al., 2012; Figueiredo et al., 2006) e define diagnóstico de enfermagem como: “um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária” (Barros, 2009). Apesar de considerar a comunidade nessa definição, os estudos abordando sua utilização têm se concentrado em ambiente hospitalar (Figueiredo et al., 2006; NANDA, 2013).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC é resultante de múltiplas pesquisas desenvolvidas por um grupo de pesquisadores da Universidade de Iowa, Estados Unidos, tendo início em 1987. Para sua construção contou-se com dados provenientes de revisões da literatura, validação e críticas de especialistas, além de grupos focais. A NIC é uma taxonomia que inclui as principais atividades de enfermagem executadas mundialmente. A utilização desta nomenclatura permite a documentação clínica, comunicação entre os prestadores do cuidado, além da integração e sistematização dos dados, gerados pelo cuidar em enfermagem (Moorhead, Delaney, 1997; Napoleão et al., 2006; Bulechek et al., 2010; Silva Pereira et al., 2014).

As intervenções da NIC são compostas por nome de designação, sua definição, lista de ações de enfermagem que podem ser implementadas no cuidado e referências associadas. Na quinta edição, a NIC conta com 542 intervenções divididas em sete domínios e 30 classes. Esta taxonomia pode ser ligada à taxonomia da NANDA-I, favorecendo a continuidade e completude do cuidado, além de propiciar o raciocínio clínico (Moorhead, Delaney, 1997; Napoleão et al., 2006; Bulechek et al., 2010; Silva Pereira et al., 2014).

Completando o raciocínio clínico do cuidado, A Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC tem como proposta padronizar os resultados relacionados à prática de enfermagem. Em sua quarta edição, contém um total de 385 resultados. Cada resultado é composto por título, sua definição e um conjunto de indicadores em escala do tipo Likert, propostos para avaliar e quantificar a eficácia das intervenções propostas (Moorhead et al., 2010).

A CIPE® é um sistema de linguagem padronizada, que pretende representar o domínio da prática da Enfermagem no âmbito mundial. Teve seu marco inicial em 1989, ano em que o Conselho Nacional de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeira(o)s (CIE)

aprovou uma Resolução para o desenvolvimento de uma classificação dos elementos da prática profissional. Esse sistema favorece a coleta, armazenamento e análise de dados, contribuindo para a prática dos profissionais da Enfermagem (Garcia, Nóbrega, 2013; Nichiata et al., 2012).

Dado que as principais classificações de enfermagem utilizadas mundialmente centraram-se no cuidado hospitalar, o CIE propôs um projeto internacional voltado para atendimento de extra-hospitalar. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) assumiu esse compromisso e, em 1996, promoveu a primeira oficina de trabalho que deu origem ao projeto Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, contribuição brasileira para a CIPE® (Cubas, Silva, Rosso, 2010; Cubas, Engry, 2008).

Assim, no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, surgiram as classificações de enfermagem, ferramentas que promovem o raciocínio clínico e a avaliação holística das necessidades de saúde dos indivíduos, permitindo um cuidado amplo e contínuo.

Dado o potencial das linguagens padronizadas em favorecer registros homogêneos e sistematizados elas propiciam o levantamento de perfis epidemiológicos e necessidades de cuidado de um dado indivíduo ou população, inclusive no que tange a infecções.

1.2 INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são definidas como toda e qualquer infecção relacionada à presença de um agente infeccioso ou sua toxina, que acomete o indivíduo, seja em instituições hospitalares, atendimentos ambulatoriais na modalidade de hospital dia ou domiciliar, e que esteja associada a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou diagnóstico, e que não esteja presente no momento da admissão (Horan, Andus, Dudeck, 2008).

Muitos são os fatores que levam às IRAS, sejam eles individuais, característicos de cada paciente, como: extremos de idade (recém-nascidos ou idosos), obesidade, desnutrição, diabetes, uso de medicamentos (quimioterápicos) e fumo, ou os relacionados à instituição de saúde: tempo de permanência do paciente nos serviços, a necessidade de procedimentos invasivos e o uso excessivo de antibióticos (WHO, 2002).

Estima-se que, nos Estados Unidos, ocorram cerca de 721.800 casos de IRAS, ocasionando aproximadamente 75.000 óbitos (Klevens et al.,2007). Dentre as principais IRAS, destacam-se infecções do sítio cirúrgico, pneumonias, doenças gastrointestinais e infecções da corrente sanguínea (Magill et al.,2014).

No Brasil, estima-se que 3% a 15% dos indivíduos hospitalizados desenvolvem IRAS (Padoveze, Fortaleza, 2014). Segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE, no estado de São Paulo, a taxa de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica foi de 13,33/1.000 dispositivos/dia, a taxa de Infecções do trato Urinário foi de 5,012/1.000 sondas vesicais/dia e a taxa de Infecções Primárias da Corrente Sanguínea foi de 4,42/1.000 cateteres venosos centrais/dia (Padoveze et al., 2010; CVE, 2013; Padoveze, Fortaleza, 2014).

As IRAS são um importante problema de saúde pública, pois aumentam a morbidade, o tempo de internação, as necessidades de cuidados de saúde, ocasionando aumento, também, da taxa de mortalidade, sobretudo de indivíduos em cuidados intensivos. Além disso, oneram o sistema de saúde, aumentando os custos necessários para a realização do cuidado (Azambuja, Pires, Vaz, 2004; Padoveze et al., 2010; Padoveze, Fortaleza, 2014).

Na tentativa de diminuir o número de casos, o Ministério da Saúde determinou a criação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que propõe ações sistematizadas, com o objetivo de reduzir a incidência dessas infecções. A Portaria nº 2.616/98 regulamenta o Programa Nacional de Controle de Infecção e prevê a implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Dentre as atribuições previstas para a CCIH, destaca-se a educação permanente, a fim de prevenir e controlar as IRAS (Brasil, 1998).

A prevenção da ocorrência de IRAS depende dos profissionais da saúde e de programas eficientes de controle de infecções que norteiem as ações desses profissionais, bem como, de medidas de identificação e redução dos patógenos no ambiente hospitalar e de vigilância de doenças entre indivíduos e a equipe de saúde. Tais programas requerem educação e cooperação de toda equipe envolvida no cuidado ao cliente, seja em ambiente hospitalar ou ambulatorial (Gonçalves, Kreutz, Lins, 2004).

As ações de prevenção de IRAS no cuidado favorecem a qualidade da assistência, pois consideram não somente a estrutura e a organização dos serviços, mas também sua distribuição e modo de utilização, assim como a realização dos processos de assistência (Lacerda, 2002).

No intuito de prevenir a ocorrência de IRAS, intervenções são propostas pelas instituições de saúde por meio de protocolos que preconizam as boas práticas de saúde. Protocolos de prevenção de infecção são recomendações desenvolvidas por organizações governamentais ou sociedades científicas, e em âmbito local, pela CCIH, baseadas em evidências científicas, visam uma padronização na qualidade assistencial (Dick et al., 2015).

Para que ocorra a aplicação efetiva destes protocolos, é necessário pensar o cuidado individualmente, a fim de centrar as intervenções nas especificidades e necessidades de cada indivíduo (Pereira, Moriya, Gri, 1996).

Apesar do reconhecimento da importância das IRAS para a saúde coletiva, os crescentes custos de saúde e a disponibilidade limitada de recursos e mão de obra qualificada envolvidos no controle de IRAS tornam-se obstáculos para a prevenção efetiva. O diálogo entre os segmentos de governo, instituições de saúde, trabalhadores da saúde e os usuários do sistema é um elemento-chave para superar estes desafios (Padoveze, Fortaleza, 2014; Victora, 2011).

1.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A participação do profissional de enfermagem na prevenção e controle de infecção dá-se predominantemente por meio da qualificação dos procedimentos técnicos e reorganização dos processos de assistência direta e indireta, que incluem não somente equipamentos, mas também o redimensionamento quanti-qualitativo de recursos humanos e novas metodologias de trabalho, que resultem em melhores condições para sua efetivação. Esta atuação pode ser identificada nos diferentes papéis atribuíveis ao profissional enfermeiro (Lacerda, 2002; Santana, 2015).

O enfermeiro atuante na CCIH realiza procedimentos de vigilância epidemiológica, responde pela emissão de parecer técnico sobre compras de materiais e procedimentos, realiza auditorias e monitora a aplicação do Programa de Controles de IRAS, decide sobre o cronograma e agenda de reuniões, realiza recomendações sobre precauções e isolamento, orienta sobre

acidentes biológicos e participa na elaboração do regimento interno da CCIH (Pereira, Moriya, Gri, 1996; Barbosa, 2007; Santana, 2015)

O controle de IRAS constitui um dos parâmetros para garantir a qualidade do cuidado prestado. Como forma de assistência indireta, ao enfermeiro em atuação gerencial, cabe a elaboração de programas com este objetivo; além da organização hospitalar, examinar as características e finalidades do hospital, tipo de gerenciamento, assistência e clientela, bem como os aspectos relacionados à infra-estrutura, necessários para um cuidado livre de infecção (Costa Valle et al., 2008).

Além disso, destacam-se os serviços de limpeza, esterilização e desinfecção de insumos e ambientes, ações estas, também, frequentemente geridas e realizadas por profissionais de enfermagem que são responsáveis por cumprir um papel assistencial indireto. (Pereira, Moriya, Gri, 1996; Lacerda, 2002, Santana 2015).

A temática de IRAS é de crucial importância para a equipe de enfermagem que realiza a assistência direta, por serem os profissionais de saúde que mais tempo permanecem ao lado dos indivíduos, realizando a maioria dos procedimentos, muitos deles invasivos, aos quais ultrapassam as barreiras naturais do organismo. Esses procedimentos, se realizados com os cuidados e as medidas de biossegurança necessárias para evitar uma infecção cruzada, trazem benefícios à saúde do indivíduo sob cuidado (Costa Valle et al., 2008).

Dando ênfase aos apontamentos acima mencionados, aspectos relacionados à equipe de enfermagem podem influenciar na qualidade de seu trabalho e são determinantes para garantir a efetividade da prevenção e controle de IRAS. Estudos apontam que fatores como número de trabalhadores de enfermagem por leito, estresse do trabalhador e “*burnout*” são diretamente relacionados ao número de ocorrências de casos de IRAS em unidades hospitalares (Cimiotti et al., 2012).

O processo de prevenção de IRAS é de responsabilidade profissional e ética de todos os membros da equipe multidisciplinar. Sendo o controle das IRAS inerente ao processo de cuidar, o enfermeiro, utilizando o cuidado como principal objetivo de sua atuação profissional, torna-se responsável por prestar um cuidado livre de riscos de infecções (Pereira et al., 2005).

Assim, a atuação eficiente e qualificada da equipe de enfermagem é de grande importância estratégica na prevenção e controle das IRAS, e contribui de forma significativa para melhoria do cuidado em saúde (Pereira, Moriya, Gri, 1996; Santana, 2015).

1.4 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O profissional de enfermagem é o profissional de saúde que permanece à beira leito por mais tempo, atuando no cuidado direto ao usuário de saúde, sendo, portanto, de fundamental importância para a prevenção e controle de IRAS. Ao executar seu processo de trabalho, esse profissional utiliza o Processo de Enfermagem, instrumento de trabalho específico da categoria, que leva ao olhar integral das necessidades de saúde dos indivíduos, levando ao planejamento da assistência para atingir os objetivos traçados (Costa Valle et al., 2008; Andrade, Vieira, 2005)

A implementação do Processo de Enfermagem pode revelar-se particularmente útil, sobretudo se os enfermeiros da assistência forem treinados para incluir em sua prática uma perspectiva de controle de infecção. Ao realizar a avaliação regular do progresso apresentado pelo indivíduo sob os cuidados, os registros do Processo de Enfermagem fornecerão informações acessíveis para identificar tanto os indivíduos com IRAS, quanto aqueles em risco de desenvolvê-las, bem como propor intervenções que estimulem a prevenção (Pereira, Moriya, Gri, 1996).

A documentação das fases do Processo de Enfermagem permite obter informações com maior rapidez e precisão, levando ao reconhecimento do perfil epidemiológico de cada unidade de internação. Assim, o desenvolvimento dessa prática, com ênfase na metodologia sistematizada de assistência poderá permitir uma seletiva vigilância clínica por meio dos registros feitos pelo enfermeiro assistencial (Pereira, Moriya, Gri, 1996).

Além disso, ao utilizar vocabulário controlado na documentação das fases do Processo de Enfermagem em sua atuação para prevenção e controle de IRAS, o profissional garantirá a compreensão de sua importância por toda equipe. Isso irá assegurar a continuidade do cuidado em prol de um resultado esperado e levará à reflexão crítica de quais aspectos do cuidado podem levar a IRAS e como minimizar esse efeito (Schulz et al., 2014).

Assim, dado que foi realizada uma revisão preliminar da literatura, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015 com o objetivo de estabelecer a relação do Processo de Enfermagem, com uso de linguagem padronizada, com a prevenção e controle de IRAS. Foram considerados os artigos do período de 2004 a 2014 em inglês, português e espanhol. Foram utilizados como descritores: Infecção Hospitalar, Processos de Enfermagem, Prevenção & Controle e Cuidados de Enfermagem, pesquisados nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Public/Publish Medline (PubMed/MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e pouco foi encontrado, surgiram as seguintes questões:

- Quais os diagnósticos de enfermagem relacionados ao risco e à presença de IRAS identificadas em adultos hospitalizados?
- Quais as intervenções de enfermagem propostas para adultos com objetivo de prevenção e controle de IRAS no ambiente hospitalar?
- Essas intervenções estão em conformidade com as atividades preconizadas nos protocolos de prevenção de IRAS da CCIH da instituição?

2. JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

Grande é a importância da atuação do profissional de enfermagem para a prevenção e controle de IRAS, seja em âmbito administrativo ou assistencial. Ao realizar seu trabalho, esse profissional busca executar o cuidado de maneira segura, procurando isentar o paciente sobre seu cuidado de danos recorrentes da assistência.

Cabe ao profissional enfermeiro, assim, reconhecer situações potenciais de risco e atuar de maneira a prevenir ou minimizar os riscos possíveis. Ao utilizar a documentação das fases do processo de enfermagem de maneira padronizada, ele é levado a refletir de maneira crítica acerca das ações necessárias para resolver ou prevenir possíveis problemas de enfermagem. Sendo assim, o Processo de Enfermagem é uma ferramenta potencial para a identificação de situações que envolvam a necessidade de resolução ou minimização do risco de IRAS.

Ao realizar essa pesquisa, poderemos esclarecer a participação da enfermagem no reconhecimento de situações que demandem prevenção e controle de IRAS, utilizando de recurso próprio da profissão: as linguagens padronizadas de enfermagem.

Além disso, ao identificarmos a potencialidade do Processo de Enfermagem para a prevenção de IRAS, por propiciar a identificação de risco potencial, planejamento de metas, planeja intervenções a serem implementadas e avaliar metas alcançadas, poderemos ampliar os recursos de avaliação, utilizando de vocabulário controlado, garantindo a conformidade dos dados, continuidade da assistência e a segurança do paciente, com vista a guiar o raciocínio clínico dos enfermeiros para a prevenção de IRAS.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o reconhecimento no Processo de Enfermagem, por parte do enfermeiro, de respostas humanas relacionadas ao risco e ocorrência de IRAS e intervenções prescritas, bem como correspondências destas com os protocolos de prevenção disponíveis na instituição.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características/perfil dos adultos hospitalizados na unidade de Clínica Médica do Hospital universitário da USP.
2. Identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes relacionados à prevenção e ao controle de IRAS em adultos hospitalizados.
3. Identificar as intervenções de enfermagem mais prevalentes para prevenção e controle de IRAS em adultos hospitalizados.
4. Correlacionar a correspondência das intervenções propostas com as requeridas nos manuais e recomendações de prevenção de IRAS disponíveis na instituição, cenário da pesquisa.

4. MÉTODO

4. MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, prospectivo e longitudinal, por meio da identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem propostos no cuidado ao paciente adulto hospitalizado com risco de IRAS ou com IRAS.

Foi estabelecida a correspondência das intervenções prescritas pela enfermagem com as intervenções preconizadas nos protocolos da CCIH; esta etapa foi realizada através da metodologia de mapeamento cruzado (Lucena, Barros, 2005).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

4.2.1 O Hospital

O estudo foi realizado no setor de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). O HU-USP é um estabelecimento de saúde de nível secundário, possui 236 leitos e está localizado no Subdistrito do Butantã, na cidade de São Paulo. Atende em suas dependências habitantes do Subdistrito do Butantã e população USP (funcionários, alunos e seus dependentes) (dados do anuário estatístico HU-USP, 2015; <http://www.hu.sup.br/>). O HU-USP foi idealizado em 1967 e iniciou suas atividades em 1968. Teve implantada a área de Pediatria e Obstetrícia em 1981, a Clínica Médica em 1985 e, logo em 1986, a Clínica Cirúrgica. Em 2000, visando melhorar a qualidade do atendimento passou por um Redirecionamento Assistencial e, finalmente em 2003, retomou sua missão acadêmica (<http://www.hu.sup.br/>).

Localiza-se no campus da Cidade Universitária, ocupando 36.000 m² de área construída, distribuídos em seis andares, com vários setores e departamentos, são eles: 236 leitos, 10 salas de Centro Cirúrgico, 4 salas de Centro Obstétrico, 12 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulta, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e outros 6 leitos de Unidade de Terapia Neonatológica; dispõe de 7 leitos de Recuperação Pós-anestésica, 57 consultórios de Atendimento Ambulatorial, 13 consultórios de Pronto Atendimento, 5 consultórios de Triage, 11 leitos de Observação Adulto, 12 leitos de Observação Pediátrica, 2 leitos de Observação Obstétrica, 5 Anfiteatros e 17 salas de aula (dados do anuário estatístico HU-USP, 2015; <http://www.hu.sup.br/>).

Conta, também, com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. O Corpo Clínico é formado por 295 profissionais que atuam em quatro grandes clínicas: Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica, além das Especialidades de Apoio (<http://www.hu.sup.br/>).

4.2.2 O Processo de Enfermagem no HU-USP

Nas unidades de Clínica Médica o Processo de Enfermagem é realizado de maneira informatizada, através do programa PROCEnf. Este sistema busca auxiliar o profissional enfermeiro na tomada de decisão quanto aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (Fontes, Monteriro da Cruz, 2007; Peres et al., 2009; Peres et al., 2012; Lima, Melo, 2012).

Para a documentação da fase do diagnóstico do Processo de Enfermagem nessa instituição, o PROCEnf utiliza a taxonomia II da NANDA-I. Na prescrição de enfermagem, é utilizada a linguagem da NIC. A taxonomia da NOC é utilizada apenas como norteador para traçar as intervenções da NIC mais acuradas; nesta instituição não há a seleção de indicadores de resultado, até o momento. O sistema permite a impressão da lista de intervenções, e relaciona cada intervenção ao diagnóstico de enfermagem gerador por meio de código numérico (Fontes, Monteriro da Cruz, 2007; Peres et al., 2009; Peres et al., 2012; Lima, Melo, 2012).

O PROCEnf tem por finalidade melhorar a qualidade das informações de enfermagem, otimizar o tempo gasto para realização do Processo de Enfermagem, apoiar decisões clínicas e apoiar o gerenciamento, bem como o ensino e pesquisa. Ele permite lançar dados coletados através da entrevista de enfermagem, acomoda as decisões dos enfermeiros acerca dos dados levantados, integra a avaliação padronizada, gera hipóteses diagnósticas, além de gerar relatórios (Fontes, Monteriro da Cruz, 2007; Peres et al., 2009; Peres et al., 2012; Lima, Melo, 2012).

4.2.3 Cenário

O cenário no qual foi aplicado o estudo é a enfermaria de Clínica Médica. Esta unidade de internação possui 41 leitos, atende indivíduos de cuidados mínimos, intermediário e de alta dependência. Para classificação dos indivíduos, segundo o perfil assistencial, a unidade utiliza a

escala segundo Fugulin, 2005. Nesta unidade foram realizadas 91,3 admissões por mês. Em 2015 houve um total de 1.096 internações nesta unidade (dados do anuário estatístico HU-USP, 2015).

A clínica médica, em 2015, apresentou IRAS em uma densidade de incidência por 1.000 indivíduos/dia no total de 8,6. Ocorreram neste período 69 IRAS, destacando 2 casos de infecção do sítio cirúrgico, 13 infecções respiratórias, 17 de sítio urinário, 1 infecção da corrente sanguínea associada a cateter e 5 infecções da corrente sanguínea sem o uso de cateter (Relatório anual da CCIH, 2015; <http://www.hu.sup.br/>).

Segundo informações colhidas por contato informal junto aos responsáveis da unidade, a unidade apresenta uma média diária de oito indivíduos em precauções específicas para a prevenção de disseminação de patógenos.

A escolha dessa unidade justifica-se por apresentar um número relevante de indivíduos com maior risco para aquisição de IRAS, ou que estejam em situações de precauções específicas para doenças transmissíveis.

Apesar de possuir condições semelhantes, a Unidade de Terapia Intensiva não foi escolhida, por ser campo de trabalho da pesquisadora principal. Optamos, assim, por outra unidade a fim de evitar possíveis vieses a pesquisa.

4.3 FONTE DE DADOS

Foram considerados sujeitos da pesquisa prontuários de indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, internados na unidade de Clínica Médica, no período de maio a setembro de 2016.

Esse período foi escolhido por atender a uma amostra de conveniência da população adulta hospitalizada na instituição do estudo. Consideramos que, como as IRAS em adultos são raramente influenciadas por sazonalidade (Gnatta et al., 2014), o período de eleição deve corresponder à ocorrência média anual.

Foram excluídos os indivíduos que estiveram em cuidados paliativos, por apresentarem um plano de cuidados sintético e diferenciado, não correspondente ao usualmente utilizado, por zelar, principalmente, por medidas de conforto, evitando excesso de intervenções.

4.4 PROTOCOLO DE ESTUDO

O protocolo do estudo foi desenvolvido em duas fases sequenciais.

4.4.1 Primeira fase: Identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais prevalentes quanto à prevenção e controle de IRAS em adultos hospitalizados

4.4.1.1 Coleta de dados

A primeira fase foi executada por meio da coleta de dados na unidade da Clínica Médica, em que foram levantados os dados para identificação dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem atribuídas aos indivíduos hospitalizados nesta unidade.

Os dados foram coletados pela pesquisadora principal diariamente no período pretendido, a fim de identificarmos as mudanças no plano de cuidados. Os dados foram coletados apenas pelas informações contidas em prontuário, não havendo qualquer interação da pesquisadora com os indivíduos da amostra.

O instrumento de coleta de dados para a primeira fase está apresentado no Apêndice I do projeto em questão.

Foram considerados os indivíduos com data da internação a partir do início da coleta de dados. Os dados dos indivíduos, que aceitaram fazer parte da pesquisa, foram seguidos até receberem alta, necessitarem de transferência para outra unidade ou até o fim da coleta de dados, o que ocorreu em primeiro lugar.

Os profissionais de enfermagem da unidade não foram informados do conteúdo da pesquisa, a fim de minimizar possíveis interferências na realização da rotina do Processo de Enfermagem.

As variáveis que foram identificadas na primeira fase do projeto incluíram:

- Data de nascimento
- Sexo
- Principal causa e data de internação
- Uso de precauções específicas (tipo de isolamento: contato, gotícula ou aerossol; agente etiológico identificado ou suspeito).

- Presença de fatores que favorecem IRAS (dispositivos invasivos, uso de medicamentos imunossupressores).
- Comorbidades (hipertensão, diabetes não controlada, neoplasias sanguíneas e sólidas, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças imunossupressoras, anemias etc.). As comorbidades foram elencadas somente quando havia diagnóstico médico relatado em prontuário.
- Presença de feridas (Cirúrgicas ou crônicas)
- Exames laboratoriais pertinentes: exames de imagem, culturas e pesquisa de vírus.
- Diagnósticos de enfermagem identificados pelo enfermeiro.
- Intervenções de enfermagem prescritas para atender aos diagnósticos acima mencionados.

Os dados foram coletados utilizando-se de um instrumento previamente estabelecido (Apêndice I), elaborado pela própria pesquisadora. Após a fase inicial da coleta de dados, foi feita a consolidação das informações identificadas, visando identificar os diagnósticos e intervenções mais prevalentes encontrados.

4.4.2 Segunda fase: Verificação da correspondência das intervenções de enfermagem estabelecidas com os protocolos de prevenção de IRAS da instituição.

Nesta fase, os documentos de referência utilizados foram os seguintes:

- Manual da CCIH
- Lista de agravos que requerem precauções específicas para evitar a transmissão de patógenos no ambiente intra-hospitalar.

A partir da análise destes documentos, foram identificadas e listadas as práticas de prevenção de IRAS, recomendadas nos documentos da CCIH (Apêndice II) (Cassettari et al., 2009) supracitados, a serem realizadas pela enfermagem e que se aplicam ao perfil da Unidade

O Apêndice II apresenta os procedimentos analisados na coleta de dados. Listamos neste apêndice somente os procedimentos contidos no Manual de Prevenção das Infecções Hospitalares (Cassettari et al., 2009).

Para cada sujeito de estudo, foi feita uma verificação de correspondência entre a lista indicativa do manual da CCIH e as intervenções de diagnósticos propostos pela enfermagem segundo a NIC. A correspondência foi realizada pelo método de mapeamento cruzado e obedeceu as seguintes etapas (Lucena, Barros, 2005; Chianca, 2003; Silva Pereira et al., 2014, Moorhead, Delaney, 1997):

1. Análise do manual da CCIH e identificação das intervenções de enfermagem propostas.
2. Seleção das intervenções/atividades da listagem NIC correspondente para cada intervenção de enfermagem identificada no manual.

As regras propostas para realização do mapeamento foram:

1. Selecionar uma intervenção/atividades da NIC para cada intervenção proposta nos Protocolos da CCIH.
2. Selecionar uma intervenção/atividades da NIC baseada na similaridade entre a intervenção proposta pelo protocolo da CCIH.
3. Determinar uma palavra-chave constante nas intervenções proposta pelo protocolo da CCIH, a qual auxiliou na identificação/atividade mais apropriada na NIC.
4. Utilizar preferencialmente os verbos empregados nas intervenções propostas pelo protocolo da CCIH.
5. Mapear as intervenções propostas pelo protocolo da CCIH que usam dois verbos, em duas diferentes intervenções/atividades da NIC, quando as ações forem diferentes.
6. Identificar as intervenções proposta pelo protocolo da CCIH que não puderem ser mapeadas, por qualquer motivo.

Após esta etapa, foi analisada a presença de conformidade das intervenções de enfermagem propostas no Processo de Enfermagem realizado na unidade com aquelas determinadas pelos protocolos da CCIH, bem como se houve a ausência de práticas recomendadas, a fim de tentar

compreender a dinâmica de aplicação de cuidados em indivíduos em risco de desenvolvimento de IRAS.

A conformidade foi considerada por meio de avaliação numérica, sendo atribuído os valores da seguinte forma: (1) quando Presente, (0) quando Ausente e (NA) quando Não Aplicável. O índice de conformidade foi calculado pela soma dos valores atribuídos/soma dos itens aplicáveis ao caso do paciente x 100. Itens identificados como NA não foram contabilizados na composição do índice de conformidade. O Quadro 4.1 exemplifica a avaliação da conformidade.

Quadro 4.1. Exemplo: Simulação de avaliação de conformidade entre as intervenções propostas para Paciente XY e elementos indicados nos documentos da CCIH:

Itens avaliados, segundo os elementos indicados nos documentos da CCIH	Conformidade nas intervenções de enfermagem prescritas pela equipe de enfermagem
Item A	1
Item B	0
Item C	NA
Item D	1
Item E	0

Resultado do Índice de Conformidade para o Paciente XY:

Soma de valores atribuídos = 2

Soma dos itens com elementos de recomendação da CCIH aplicáveis ao caso do paciente = 4

Índice de conformidade = $2/4 \times 100 = 50\%$

Considerou-se a conformidade como presente, sempre que a intervenção proposta na prescrição de enfermagem zelou pelos mesmos princípios estabelecidos nos documentos da CCIH, não necessitando apresentar exata correspondência de texto escrito com as recomendações da CCIH.

4.5 APLICAÇÃO DE PRÉ-TESTE

Uma etapa de pré-teste de ambas as fases foi realizada anteriormente ao início da primeira fase com total de 10 prontuários, durante uma semana, para avaliação da pertinência, adequação das técnicas e dos instrumentos para a coleta de dados, favorecendo o seu ajuste.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas na coleta de dados foram organizadas em planilhas do Microsoft Office Excel 2007. Foram realizadas análises descritivas, com apresentação por meio de tabelas e quadros para análise dos resultados, conforme a pertinência.

Identificamos o percentual de intervenções proposto pelo protocolo da CCIH, que foram possíveis de serem mapeadas para classificação da NIC. Um quadro com as correspondências entre elas foi construído.

Foram considerados como de maior prevalência os diagnósticos e intervenções de enfermagem que aparecerem em, ao menos, 20% dos casos avaliados.

Por fim, foram elencados os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem utilizados na prevenção e controle de IRAS.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Hospital Universitário da USP e considerado aprovado mediante o registro CEP-HU/USP:1479/15.

A permissão do acesso ao prontuário dos indivíduos pertencentes à amostra foi solicitada mediante apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice III), segundo a resolução 466 de 2012.

A pesquisadora se comprometeu a não medir esforços para identificar o paciente, convidando-o a participar da pesquisa e solicitando sua permissão, mediante a assinatura do TCLE, para acessar os dados de seu prontuário, garantindo o anonimato dos dados.

Outros documentos foram providos conforme a solicitação dos respectivos Comitês de Ética em pesquisa.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 15 de maio a 15 de setembro de 2016 e abrangeu um total de 159 sujeitos, sendo 48,7% do sexo masculino e 50,3% do sexo feminino. A média de idade dos sujeitos foi de 62,5 anos (mediana = 65; DP = +/- 18,8), os indivíduos participantes permaneceram hospitalizados em média 9,6 dias (mediana = 7; DP= +/- 7,8), conforme a tabela a seguir:

Tabela 6.1. Perfil dos indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica de maio a setembro de 2016, por sexo, idade e tempo de internação na instituição. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

	Masculino n:79 (%)	Feminino n: 80 (%)
Idade		
Até 40 anos	6 (3,7)	20 (12,5)
41 – 60 anos	22 (13,8)	17 (10,6)
61 – 80 anos	36 (22,6)	28 (17,6)
Mais de 80 anos	15 (9,4)	15 (9,4)
Tempo de internação		
Até 10 dias	54 (33,9)	59 (37,1)
11 – 20dias	18 (11,3)	17 (10,6)
Mais de 20 dias	7 (4,4)	4 (2,5)

As principais causas de internação decorreram, principalmente, de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Pneumonias, Infarto Agudo do Miocárdico (IAM), Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e/ou Hemorrágico (AVCIH), Angina Pectoris e Insuficiência Renal.

Tabela 6.2. Principais causas de internação indivíduos hospitalizados na unidade de Clínica Médica de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N indivíduos = 159.

Principais causas da internação	Número de casos	Porcentagem (%)
ICC	25	15,7
Pneumonias	22	13,8
Pneumonia bacteriana	13	
Outras pneumonias	9	
IAM	15	9,4
AVCIH	12	7,5
Angina Pectoris	10	6,2
Insuficiência Renal	10	6,2
Crônica	8	
Aguda	2	
Embolia	8	5,0
E trombose	3	
Com cor pulmonare agudo	2	
Sem cor pulmonare agudo	3	
DPOC	7	4,4
ITU	5	3,1
Outros	52	32,7

AVCIH: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e Hemorrágico, DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, IAM: Infarto Agudo do Miocárdio, ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva, ITU: Infecção do Trato Urinário.

Além das hipóteses diagnósticas mencionadas acima, alguns paciente foram investigados quanto a possíveis outros diagnósticos, que incluíam algumas doenças infectocontagiosas. A tabela 6.3 a seguir revela o número de indivíduos que foram investigados quanto à suspeita de doenças infectocontagiosas.

Tabela 6.3. Número dos indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica investigados quanto à suspeita de doenças infectocontagiosas, por tipo de doenças. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

Doença infectocontagiosa	Número de indivíduos investigados	Porcentagem (%)
Tuberculose	12	7,5
H1N1	6	3,8
Meningite	3	1,9
Escabiose	1	0,6
HIV	1	0,6

HIV: *Human Immunodeficiency Virus*

As principais comorbidades apresentadas por estes indivíduos no período da coleta de dados estão apresentadas na tabela 6.4, a seguir:

Tabela 6.4. Porcentagem de dos indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica acometidos por tipo de comorbidade. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

Comorbidade	Número de casos	Porcentagem (%)
HAS	106	66,6
Tabagismo	64	40,2
DM	55	34,5

Comorbidade	Número de casos	Porcentagem (%)
IC	40	25,1
Insuficiência renal	33	20,7
DLP	31	19,4
Etilismo	30	18,8
DPOC	27	16,9
Hipotiroidismo	19	11,9
Neoplasias	7	4,4
Sólida	6	
Sanguínea	1	
Insuficiência Hepática	5	3,1
SIDA	7	4,4
Asma	7	4,4

HAS: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes Melitus; DLP: Dislipidemia; IC: Insuficiência Cardíaca; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Durante o período de hospitalização todos os indivíduos possuíram ao menos um dispositivo para acesso venoso periférico; não houve indivíduos em uso de cistostomia e traqueostomia. Os indivíduos que necessitaram de intubação orotraqueal (IOT) foram extubados em menos de 24 horas ou transferidos para UTI. Dentre os cateteres venosos centrais (CVC) instalados, 12 foram do tipo Shilley, utilizados para o procedimento de hemodiálise.

Tabela 6.5. Principais dispositivos terapêuticos utilizados no cuidado à indivíduos hospitalizados na Unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

Tipo de dispositivo terapêutico	Número de indivíduos em uso	Porcentagem (%)
AVP	159	100
CVD	17	10,6
CVC	14	8,8
CVA	9	5,6
Drenos	4	2,5
IOT	3	1,8
SNG	2	1,2
SNE	2	1,2
Gastrostomia	1	0,6

AVP: Acesso Venoso Periférico; CVC: Cateter Venoso Central; CVD: Cateter Vesical de Demora; CVA: Cateter Vesical de Alívio; SNG: Sonda Nasogástrica; SNE: Sonda Nasoenteral, IOT: Intubação Orotraqueal.

Dentre os principais medicamentos utilizados no tratamento por terapia intravenosa, destacam-se o uso de antibióticos e corticóides.

Tabela 6.6. Porcentagem do tipo de medicamento utilizado no tratamento intravenoso, nos indivíduos hospitalizados na unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

Tipo de medicamento intravenoso	Número de indivíduos em tratamento	Porcentagem (%)
Antibiótico	76	47,7
Corticóide	43	27,7
Antiretroviral	12	7,5

Tipo de medicamento intravenoso	Número de indivíduos em tratamento	Porcentagem (%)
Antifúngico	8	5,0
Antineoplásico	1	0,6

Durante o período de internação, alguns indivíduos apresentaram perda da integridade da pele, seja por feridas cirúrgicas conseqüentes de parte do tratamento, ou por feridas crônicas decorrentes da morbidade. Lesões por pressão também foram consideradas como feridas crônicas, dado o longo período necessário para sua cicatrização. O número de feridas crônicas e cirúrgicas apresentadas encontra-se na tabela a seguir.

Tabela 6.7. Número de indivíduos acometidos por feridas durante a permanência na unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

Tipo de ferida	Número de indivíduos acometidos	Porcentagem (%)
Crônicas	9	5,6
Cirúrgicas	6	3,7

Quanto às precauções específicas, alguns indivíduos permaneceram em isolamento para investigação diagnóstica por suspeita de possível doença transmissível. A CCIH recomenda, também, manter precauções de contato em indivíduos transferidos de outro serviço de saúde, a fim de evitar a disseminação de micro-organismos oriundos destes serviços, os indivíduos neste caso permanecem em isolamento até resultado de culturas de vigilância negativas. A tabela 6.8 mostra o número de indivíduos em isolamento, por tipo de precaução específica.

Tabela 6.8. Número de indivíduos em precauções específicas e causa de isolamento no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159.

Tipo de precaução específica	Número de paciente em precaução	Porcentagem
Contato	20	12,5
Resistência microbiana	14	
Indivíduos aguardando resultado de exames microbiológico.	5	
Investigação diagnóstica	1	
Aerossóis	12	7,5
Investigação diagnóstica	7	
Tuberculose confirmada	5	
Gotícula	7	4,4
Investigação diagnóstica	7	

Na tabela acima, cabe salientar que, embora a hipótese diagnóstica de meningite tenha sido levantada em prontuário, em dois casos os indivíduos não estiveram em isolamento por gotículas segundo anotações pesquisadas. É possível que o isolamento tenha sido praticado, porém sem registro no prontuário. Além disso, um paciente esteve em investigação de tuberculose e H1N1 concomitantemente. Após pesquisa de BAAR negativa, este saiu do isolamento por aerossol e permaneceu em isolamento por gotícula.

Dentre os indivíduos pesquisados, 14,4% apresentaram algum resultado positivo de cultura, dentre os quais 8,8% apresentavam microorganismo multirresistente. Os principais microorganismos que apresentaram resistência aos antimicrobianos testados foram *E.coli* ESBL+ (Extended Spectrum-beta-lactamases), *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenêmico e *Morganella morganii* resistente a cefalosporina de terceira geração. A tabela a seguir revela os microorganismos identificados segundo o espécime clínico coletado.

Tabela 6.9. Número de culturas positivas, por microorganismos e espécime clínico. São Paulo, 2016.

Micro-organismos	Espécime clínico	Número de culturas positivas
<i>Staphylococcus hominis</i>	Hemocultura	3
<i>Candida albicans</i>	Urina	1
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Hemocultura	1
<i>Escherichia coli</i>	Urina	1
<i>Enterococo fecalis</i>	Urina	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Hemocultura	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Hemocultura	1
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	Hemocultura	1
<i>Staphylococcus aureus</i>	Hemocultura	1
<i>Escherichia coli</i> ESBL+	Urina	7
	Prega cutânea	2
	Hemocultura	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente a carbapenêmicos	Prega cutânea	3
	Urina	2
<i>Morganella morganii</i> resistente a cefalosporina de 3º geração	Líquido pleural	1
	Ponta de cateter	1

Micro-organismos	Espécime clínico	Número de culturas positivas
	Hemocultura	1

ESBL: *Extended Spectrum-beta-lactamases*

Para auxiliar no diagnóstico, os principais exames de imagem utilizados incluíram: radiografia, tomografia e ultrassom. Também foram utilizados a broncoscopia e pesquisa de BAAR (Bacilo álcool-ácido resistente); a pesquisa de vírus somente foi documentada em um paciente e teve resultado negativo.

Tabela 6.10. Número de exames solicitados, por tipo e principais resultados encontrados. São Paulo, 2016.

Tipo de exames solicitados	Principais resultados	Número de exames
Tomografias		71
	Derrame pleural	15
	Áreas cerebrais hipoatenuantes	5
	Processo inflamatório/infeccioso	4
Radiografias		54
	Derrame pleural	12
	Congestão pulmonar	10
	Infiltrado pulmonar	9
	Consolidação pulmonar	5
Ultrassonografia		24
	TVP	3

Tipo de exames solicitados	Principais resultados	Número de exames
	Nefropatia crônica	3
	Cistos renais	2
Broncoscopia		5
BAAR		6
	Positivos	5
Pesquisa de vírus respiratório		1

BAAR: Bacilo álcool-ácido resistente

Para nortear o cuidado destes indivíduos, foram traçados planos de assistência através da metodologia do Processo de Enfermagem, utilizando nomenclatura NANDA para identificação de diagnósticos representativos das necessidades de cuidado e NIC para prescrição de ações de enfermagem que busquem atender a essas necessidades. No total, foram identificados 52 Diagnósticos de Enfermagem (DE) NANDA na amostra estudada. A Tabela 6.11 revela os principais DE, utilizados para atender o perfil de indivíduos descrito acima.

Tabela 6.11. Prevalência de diagnósticos de enfermagem segundo NANDA identificados no cuidado aos indivíduos internados na unidade de Clínica Médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA	Número de indivíduos com DE prescrito	Porcentagem (%)
Risco de Quedas	73	45,9
Integridade Tissular Prejudicada	69	43,3
Risco de Glicemia Instável	59	37,1
Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas	46	28,9

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA	Número de indivíduos com DE prescrito	Porcentagem (%)
Dor Aguda	43	27,0
Déficit de Autocuidado para Banho e Higiene	42	26,4
Perfusão Tissular Renal Ineficaz	36	22,6
Risco de Sangramento	30	18,8
Risco de Úlcera por Pressão	29	18,2
Perfusão Tissular ineficaz cardiopulmonar	26	16,3
Débito Cardíaco Diminuído	25	15,7
Risco de Infecção	21	13,2
Risco de Perfusão Renal Ineficaz	18	11,3
Percepção Sensorial Visual e Auditiva Ineficaz	17	10,6
Hipertermia	15	9,4
Proteção Ineficaz	15	9,4
Padrão Respiratório Ineficaz	14	8,8
Intolerância a Atividade	12	7,5

DE: Diagnóstico de Enfermagem, NANDA: North American Nursing Diagnoses Association

Através do raciocínio clínico, os diagnósticos de enfermagem elencados na tabela 6.11 foram norteadores para elaboração de intervenções de enfermagem, as quais foram indicadas nas

prescrições realizadas pela equipe. Ao todo, foram identificadas 119 atividades de enfermagem atribuídas a intervenções da NIC. As mais prevalentes estão indicadas na Tabela 6.12.

Tabela 6.12. Prevalência de atividades de enfermagem atribuídas a intervenções NIC prescritos aos indivíduos internados na unidade de clínica médica no período de maio a setembro de 2016. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

Atividades de Enfermagem - NIC	Número de indivíduos com ações da NIC prescritos	Porcentagem (%)
Monitorar sinais vitais	153	96,2
Observar padrão respiratório	114	71,6
Manter decúbito elevado a 30°/45°	99	62,2
Realizar glicemia capilar	94	59,1
Verificar saturação de oxigênio	80	50,3
Banho de chuveiro em cadeira	78	49,05
Monitorar grau de desconforto e dor	72	45,2
Pesar	70	44,0
Auxiliar deambulação	65	40,8
Hidratar a pele	65	40,8
Medir volume de ingeridos e eliminados	55	34,5
Observar características da tosse/expectoração	46	28,9
Observar sangramento	45	28,3

Atividades de Enfermagem - NIC	Número de indivíduos com ações da NIC prescritos	Porcentagem (%)
Realizar higiene oral	41	25,7
Aplicar unguento em equimoses	38	23,8
Observar edema	37	23,2
Manter grades elevadas	36	22,6
Manter campainha ao alcance das mãos	30	18,8
Realizar higiene íntima	30	18,8
Manter repouso relativo	30	18,8
Manter jejum	29	18,2
Realizar banho no leito	29	18,2
Observar sinais sugestivos de precordialgia	26	16,3
Manter restrição hídrica	25	15,7
Sentar em poltrona	25	17,7
Trocar frasco de restrição hídrica	25	15,7
Manter técnica de isolamento conforme apropriado	23	14,4
Trocar/Realizar curativo em intervalo apropriado	21	13,2
Aplicar unguento em lesões	20	12,5

Atividades de Enfermagem - NIC	Número de indivíduos com ações da NIC prescritos	Porcentagem (%)
Observar/auxiliar banho de chuveiro	20	12,5
Aplicar pomada	19	11,9
Auxiliar alimentação	19	11,9
Oferecer alívio da dor	19	11,9
Monitorar temperatura	18	11,3
Realizar mudança de decúbito de 2/2h	18	11,3
Estimular mudança de decúbito	16	10,06
Manter itens pessoais ao alcance das mãos	16	10,06
Quantificar diurese	16	10,06
Auxiliar no autocuidado	14	8,8
Falar alto e próximo ao paciente	12	7,5
Manter curativo	12	7,5
Proteger proeminências ósseas	12	7,5
Proteger cateter no banho	11	6,9

NIC: Nursing Intervention Classification

As intervenções selecionadas nos documentos da CCIH correspondem às atividades de:

- instituições de precauções específicas;
- recomendações para manuseio de acessos vasculares;

- recomendações para manuseio e troca de materiais utilizados para infusão de medicamentos.

É importante destacar que o manual da CCIH foi publicado em 2010 e encontra-se em fase de atualização. Além disto, alguns procedimentos de prevenção de IRAS relacionados à assistência de enfermagem estão em parte incorporados nos protocolos elaborados pelo Departamento de Enfermagem e não estão explicitados nos documentos da CCIH. Contudo, tendo em vista o que foi proposto nos métodos do presente estudo, o mapeamento cruzado só foi realizado em relação às intervenções selecionadas nos documentos da CCIH.

Foram mapeadas 11 possíveis prescrições de enfermagem para prevenção de infecção, que se relacionaram com 7 Intervenções de Enfermagem da NIC. Foram possíveis de serem mapeadas 81,8 % das atividades recomendadas pela CCIH. As prescrições: “Não molhar curativo de cateter no banho” e “Administrar NPP por cateter em um lúmen único e exclusivo” foram mapeadas somente pela intervenção da NIC, pois não houve ações de enfermagem correspondentes, que atendessem às solicitações das regras de mapeamento.

O Quadro 6.1 apresenta as intervenções e atividades de enfermagem propostas seguindo a NIC:

Quadro 6.1. Mapeamento cruzado de Prescrições de Enfermagem sugeridas pelos documentos da CCIH, com intervenções e atividades de enfermagem da NIC correspondentes.

Prescrição de Enfermagem no manual da CCIH	Intervenção NIC	Atividade NIC
Precauções e isolamento		
Instituir precauções específicas, conforme adequado	Proteção contra infecção	Manter técnica de isolamento, conforme apropriado
Curativos		
Não molhar o curativo de	Manutenção de dispositivo	Não mapeado

Prescrição de Enfermagem no manual da CCIH	Intervenção NIC	Atividade NIC
cateter no banho	para acesso venoso	
Troca de curativo	Cuidados com local de incisão Manutenção de dispositivo para acesso venoso	Trocar curativos em intervalos apropriados Trocar curativos conforme protocolo da instituição.
Lavar as mãos antes de trocar o curativo	Controle de infecção	Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente
Utilizar pacote de curativo, com pinças, ou então calçar luvas estéreis, a fim de garantir técnica asséptica	Controle de Infecção Cuidados com Cateter Central de Inserção Periférica	Usar luvas esterilizadas, conforme apropriado Usar técnica asséptica para troca do curativo no local da inserção, conforme protocolo da instituição
Manejo de acesso vascular		
Realizar inspeção da inserção do cateter	Terapia endovenosa	Realizar verificações do local da punção, conforme protocolo da instituição
Limpar local da inserção do cateter com anticéptico	Controle de infecção	Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado

Prescrição de Enfermagem no manual da CCIH	Intervenção NIC	Atividade NIC
Fazer anti-sepsia do dispositivo de conexão (“torneirinha” ou Polifix) com álcool 70% antes de qualquer manipulação (ex: administrar medicamento)	Controle de Infecção Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso	Assegurar manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso
Trocar equipos conforme prazos recomendados	Controle de Infecção Terapia Endovenosa	Trocar equipamento para cuidado do paciente conforme protocolo da instituição Substituir o dispositivo IV, o sistema e a solução de infusão a cada 48/72 horas, conforme protocolo da instituição
Administrar NPP por cateter de lúmen único, exclusivo para esse fim. Se utilizado cateter de múltiplos lumens, reservar para nutrição parenteral a via mais longa (distal).	Administração de Nutrição Parenteral Total	Não mapeada
Sacar o cateter se apresentar secreção ou sinais flogísticos no local de inserção, e encaminhar ponta para cultura	Manutenção de dispositivos para acesso venoso Cuidados com Cateter Central	Trocar cateter conforme protocolo da instituição Coletar cultura da extremidade

Prescrição de Enfermagem no manual da CCIH	Intervenção NIC	Atividade NIC
	de Inserção Periférica	do cateter, conforme apropriado
Trocar cateter venoso periférico a cada 72/96 horas, e se inserido em situação de emergência, com quebra de técnica asséptica, remover em até 48 horas.	Manutenção de dispositivos para acesso venoso Controle de Infecção	Trocar cateter conforme protocolo da instituição Trocar os acessos endovenosos periféricos, conforme orientações atuais do CDC

NIC: Nursing Intervention Classification; NPP: Nutrição Parenteral. As atividades elencadas como prescrições de enfermagem no manual da CCIH, seguem o texto original do documento de onde foram extraídas, somente foram resumidas para facilitar a apresentação dos dados, CDC: Center for Disease Control.

O índice de conformidade das prescrições de enfermagem, segundo o mapeamento da CCIH, foi calculado levando em consideração o que era aplicável a cada paciente.

A prescrição de Administração de Nutrição Parenteral não foi aplicável, pois nenhum indivíduos estava em vigência deste tipo de terapia nutricional no período da coleta de dados.

Quanto ao uso de precauções específicas, foi avaliada a presença das prescrições assim descritas: “Isolar pessoas expostas a doenças transmissíveis” ou “Manter técnica de isolamento, quando indicado”. A prescrição de qualquer uma destas formas de registro foi considerada. No entanto, a prescrição: “Isolar pessoas expostas a doenças transmissíveis” não esteve presente em nenhum plano de cuidados. Quanto à “Manter técnica de isolamento, conforme apropriado”, apenas 64,1% dos indivíduos com indicação desta prescrição, de fato a tinham, a conformidade está exposta na Tabela 6.13.

Tabela 6.13. Porcentagem de conformidade com relação à prescrição "Manter técnica de isolamento, conforme apropriado", segundo o tipo de precaução, em indivíduos com necessidade de precauções específicas. São Paulo, 2016. N = 39.

Tipo de precaução específica (n)	Número de paciente em conformidade	Porcentagem (%)
Contato (20)	12	60,0
Aerossóis (12)	8	66,6
Gotícula (7)	5	71,4

Quanto aos cuidados de enfermagem necessários para indivíduos em uso de cateter venoso central foi avaliada a conformidade quanto às seguintes ações de enfermagem (**Quadro 6.1**): *Trocar curativos em intervalos apropriados; Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente; Usar luvas esterilizadas, conforme apropriado ou Usar técnica asséptica para troca do curativo no local da inserção, conforme protocolo da instituição; Realizar verificações do local da punção, conforme protocolo da instituição; Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado; Assegurar manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas ou Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso; Trocar equipamento para cuidado do paciente conforme protocolo da instituição ou Substituir o dispositivo IV, o sistema e a solução de infusão a cada 48/72 horas, conforme protocolo da instituição; Trocar cateter conforme protocolo da instituição; Coletar cultura da extremidade do cateter, conforme apropriado.* Salientamos que o número de indivíduos em uso de CVC foi de 14 (8,8%). Com relação à necessidade de substituição do cateter e coleta de ponta para cultura, houve apenas uma oportunidade.

Tabela 6.14. Porcentagem de conformidade de cuidados para uso de Cateter Venoso Central prescritos e os recomendados pelos documentos da CCIH. São Paulo, 2016. N = 14

Atividade NIC para cuidado com cateteres venosos centrais	Número de indivíduos com prescrição de atividades NIC	Porcentagem (%)
Não molhar o curativo de cateter no banho.	11	78,5

Atividade NIC para cuidado com cateteres venosos centrais	Número de indivíduos com prescrição de atividades NIC	Porcentagem (%)
Trocar Curativos em intervalos apropriados ou Trocar curativos conforme protocolo da instituição.	2	14,2
Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado.	2	14,2
Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente; Usar luvas esterilizadas, conforme apropriado. ou Usar técnica asséptica para troca do curativo no local da inserção, conforme protocolo da instituição.	0	0
Realizar verificações do local da punção, conforme protocolo da instituição Assegurar manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas. ou Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso.	0	0
Trocar cateter conforme protocolo da instituição	0	0

Atividade NIC para cuidado com cateteres venosos centrais	Número de indivíduos com prescrição de atividades NIC	Porcentagem (%)
ou Coletar cultura da extremidade do cateter, conforme apropriado.		
Trocar equipamento para cuidado do paciente conforme protocolo da instituição.		
ou	0	0
Substituir o dispositivo IV, o sistema e a solução de infusão a cada 48/72 horas, conforme protocolo da instituição.		

NIC: *Nursing Intervention Classification*

Para os cuidados com acessos venosos periféricos, foram mapeadas as seguintes atividades de enfermagem: *Realizar verificações do local da punção, conforme protocolo da instituição; Assegurar manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas; Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso; Trocar equipamento para cuidado do paciente conforme protocolo da instituição ou Substituir o dispositivo IV, o sistema e a solução de infusão a cada 48/72 horas, conforme protocolo da instituição; Trocar cateter conforme protocolo da instituição ou Trocar os acessos endovenosos periféricos, conforme orientações atuais do CDC.* Cabe salientar que todos os indivíduos utilizaram de dispositivos para acesso venoso periférico.

Tabela 6.15. Porcentagem da conformidade de cuidados para uso de Acesso Venoso Periférico prescritos e os recomendados pelo manual da CCIH. São Paulo, 2016. N = 159 indivíduos.

Atividade NIC para manuseio de acesso periférico	Número de indivíduos com prescrição de atividades NIC	Porcentagem (%)
Realizar verificações do local da punção, conforme protocolo da instituição	1	0,6
Assegurar manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas.		
ou	0	0
Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso.		
Trocar equipamento para cuidado do paciente conforme protocolo da instituição.		
ou	0	0
Substituir o dispositivo IV, o sistema e a solução de infusão a cada 48/72 horas, conforme protocolo da instituição.		
Trocar cateter conforme protocolo da instituição.		
ou	0	0
Trocar os acessos endovenosos periféricos, conforme orientações atuais do CDC.		

CDC: Center for Disease Control; NIC: *Nursing Intervention Classification*.

Os DE mais prevalentes atribuídos para indivíduos em uso de cateter venoso central estão representados na Tabela 6.16.

Tabela 6.16. Principais Diagnósticos de Enfermagem NANDA atribuídos aos indivíduos dos hospitalizados na unidade de clínica médica em uso de Cateter Venoso Central. São Paulo, 2016. N = 14.

Diagnósticos de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição	Porcentagem (%)
Risco de Infecção	12	85,7
Perfusão Tissular Renal Ineficaz	10	71,4
Risco de Glicemia Instável	7	50,0
Integridade Tissular Prejudicada	6	42,8

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

Para os diagnósticos mencionados, a tabela 6.17 revela as principais atividades de enfermagem prescritas, para tentar atender as necessidades identificadas por cada diagnóstico.

Tabela 6.17. Principais Atividades de Enfermagem, relacionadas a intervenções NIC atribuídos aos indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica em uso de Cateter Venosos Central. São Paulo, 2016. N = 14.

Atividades de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição	Porcentagem (%)
Verificar sinais vitais	13	92,8
Proteger cateter no banho	11	78,5
Observar padrão respiratório	10	71,4
Hidratar pele	10	71,4
Medir volume de ingeridos e eliminados	9	64,2

Realizar glicemia capilar	9	64,2
---------------------------	---	------

NIC: Nursing Intervention Classification

Quanto aos DE mais prevalentes, atribuídos à indivíduos em uso de Cateter Vesical de Demora, destaca-se principalmente Integridade Tissular Prejudicada presente em 64,7% doas adultos internados na clínica médica que utilizaram destes dispositivos. Os principais diagnósticos encontrados estão presentes na Tabela 6.18.

Tabela 6.18. Diagnósticos de Enfermagem NANDA mais prevalentes em indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica em uso de Cateter Vesical de Demora. São Paulo, 2016. N = 17 indivíduos.

Diagnósticos de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição	Porcentagem (%)
Integridade Tissular Prejudicada	11	64,7
Perfusão Tissular Renal Ineficaz	10	58,8
Risco de Quedas	10	58,8
Risco de Glicemia	10	58,8

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

Da mesma forma, destacamos as atividades de enfermagem mais prevalentes, atribuídas aos principais DE apresentados aos indivíduos em uso de cateterismo vesical de demora.

Tabela 6.19. Principais Atividades de Enfermagem NIC atribuídas aos indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica em uso de uso de Cateter Vesical de Demora. São Paulo, 2016. N = 17 indivíduos.

Atividades de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição	Porcentagem (%)
Monitorar sinais vitais	17	100
Manter decúbito elevado a	13	76,4

Atividades de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição	Porcentagem (%)
30°/45°		
Verificar Saturação de oxigênio	11	64,7
Hidratar pele	11	64,7
Observar padrão respiratório	11	64,7
Realizar higiene oral	9	52,9
Realizar banho no leito	9	52,9
Realizar banho de chuveiro		52,9
Medir volumes de ingeridos e eliminados	9	52,9
Pesar	9	52,9

NIC: Nursing Intervention Classification

Também foram identificados os principais diagnósticos presentes nas Prescrições de Enfermagem de indivíduos com feridas, conforme a Tabela 6.20.

Tabela 6.20. Diagnósticos de Enfermagem NANDA mais prevalentes em indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica com feridas. São Paulo, 2016. N = 15 indivíduos.

Diagnósticos de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição	Porcentagem (%)
Integridade Tissular Prejudicada	15	100
Dor Aguda	8	53,3

NANDA: North American Nursing Diagnoses Association

As atividades de enfermagem mais frequentes atribuídas aos indivíduos com feridas durante o período de coleta de dados estão destacadas na tabela Tabela 6.21.

Tabela 6.21. Principais Atividades de Enfermagem NIC atribuídas aos indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica com feridas. São Paulo, 2016. N = 15 indivíduos.

Atividades de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição	Porcentagem (%)
Monitorar sinais vitais	15	100,0
Trocar curativo	11	73,3
Monitorar grau de desconforto ou dor	10	66,6
Manter decúbito elevado a 30°/45°	9	60,0
Observar padrão respiratório	8	53,3

NIC: Nursing Intervention Classification

Quanto ao uso de precauções específicas, os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes por tipo de precaução estão identificados na Tabela 6.22.

Tabela 6.22. Diagnósticos de Enfermagem NANDA mais prevalentes em indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica em precauções específicas, por tipo de precaução. São Paulo, 2016.

Precaução específica (N)	Diagnósticos de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição (%)
Contato (20)	Déficit no Autocuidado para Banho e Higiene	13 (65,0)
	Integridade Tissular Prejudicada	13 (65,0)
	Risco de Quedas	12 (60,0)
Aerossóis (12)	Desobstrução Ineficaz das	8 (66,6)

Precaução específica (N)	Diagnósticos de Enfermagem	Número de indivíduos com prescrição (%)
Gotícula (7)	Vias Aéreas	
	Risco de Glicemia Instável	5 (71,4)
	Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas	5 (71,4)

NANDA: North American Nursing Diagnoses Association

Cabe destacar também as principais atividades de enfermagem atribuídas aos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes, identificados dentre os indivíduos em precauções específicas.

Tabela 6.23. Principais atividades de enfermagem NIC atribuídas aos indivíduos hospitalizados na unidade de clínica médica em precauções específicas, por tipo de precaução. São Paulo, 2016.

Precaução específica (N)	Atividades de enfermagem	Número de indivíduos com prescrição (%)
Contato (20)	Monitorar sinais vitais	20 (100,0)
	Realizar glicemia capilar	14 (70,0)
	Realizar higiene íntima	13 (65,0)
	Realizar higiene oral	13 (65,0)
	Manter isolamento, conforme adequado	12 (60,0)
Aerossóis (12)	Monitorar sinais vitais	10 (83,3)
	Verificar saturação de oxigênio	10 (83,3)
	Observar padrão respiratório	9 (75,0)

Gotículas (7)	Manter decúbito elevado 30°/45°	8 (66,6)
	Manter isolamento conforme adequado	8 (66,6)
	Monitorar sinais vitais	6 (85,7)
	Observar padrão respiratório	6 (85,7)
	Observar características da tosse e expectoração	6 (85,7)
	Manter técnica de isolamento, conforme adequado	5 (71,4)

NIC: Nursing Intervention Classification

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

A amostra de pesquisa consistiu-se predominantemente, de indivíduos de ambos os sexos, idosos, portadores de hipertensão e diabetes e tabagistas que permaneceram hospitalizados em média 9,6 dias, principalmente, por morbidades de origem cardíaca e pulmonar. A população em questão apresenta características intrínsecas (tabagismo, comorbidades e internação prolongada) e extrínsecas (terapêutica e uso de dispositivos) relevantes a IRAS.

A população idosa, que segundo estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, inclui indivíduos acima dos 60 anos (OMS, 2003), necessita de internação hospitalar com maior frequência para cuidados de suas condições clínicas. A infecção adquirida em ambiente hospitalar, por sua vez, assume, nesta faixa etária, grande importância, pois o indivíduo idoso, devido às alterações fisiológicas e declínio da resposta imunológica, está mais sujeito a IRAS (Bôas, Ruiz, 2004).

Estudos têm demonstrado que IRAS são mais frequentes em idosos do que em jovens, principalmente, no que diz respeito a Pneumonias associadas à ventilação mecânica, infecções por agentes patogênicos Gram-negativos e infecções do trato urinário. Dentre os principais fatores identificados como de risco para o desenvolvimento de IRAS em idosos destacam-se: diagnóstico de diabetes mellitus, diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, necessidade de cateterismo urinário, realização de procedimentos invasivos, lesões por pressão, internação com infecção comunitária e ventilação mecânica (Bôas, Ruiz, 2004; Solis-Hernandez et al., 2016; Laurent et al., 2012).

Além disso, um estudo multicêntrico realizado pela Universidade do Alabama, em 2000, com total de 861 indivíduos, destacou as doenças crônicas e degenerativas, senilidade, prematuridade, neoplasias e alterações do trato urinário como condições frequentemente associadas a infecções urinárias por fungo. O diabetes mellitus, neste estudo, esteve presente em 25% dos indivíduos, sendo a moléstia que isoladamente mais se relacionou com este tipo de infecção (Kauffmam et al., 2000).

Um estudo brasileiro semelhante apresentou como principais fatores predisponentes para infecção urinária por fungo, o uso antibioticoterapia prévia, cateter vesical de demora, cirurgia

nos últimos 60 dias, insuficiência renal, infecção bacteriana simultânea e uso de corticosteróides ou imunossupressores (Oliveira, Maffeti, Martinez, 2001).

A presença de feridas, sejam agudas ou crônicas, também torna os indivíduos mais propensos a infecções. Fatores relacionados ao paciente, como idade, doenças pré-existentes (diabetes mellitus, obesidade), período longo de hospitalização, desnutrição e fatores relacionados ao procedimento cirúrgico como, por exemplo, a tricotomia, a presença de drenos e a técnica cirúrgica, são alguns dos preditores de risco para infecção de feridas (Poveda, Galvão, Hayashida, 2003).

Associado a isso, o uso de nicotina pode atrasar a cicatrização de feridas e aumentar o risco de infecção do sítio cirúrgico. Em um grande estudo prospectivo, o tabagismo foi um fator de risco independente para infecção do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas (Mangram et al., 1999).

A principal terapia intravenosa utilizada foi a antibioticoterapia. Este é um achado importante, uma vez que a enfermagem possui papel importante para que a farmacodinâmica da droga ocorra de forma esperada, sendo importante a precisão na dose, tempo e forma de infusão, além de possíveis interações medicamentosas. Interferências na eficácia da antibioticoterapia podem favorecer a seleção de agentes resistentes aos antimicrobianos. Além disto, é preciso que a equipe de enfermagem esteja atenta a potenciais reações adversas a estes medicamentos (Hoefel & Lautert, 2006). Em um estudo multicêntrico (Marques et al, 2008), realizado em 2008, verificou-se a ocorrência de erros na administração de antimicrobianos, sendo a principal deles o erro de horário; entretanto o erro de dose também foi observado.

Nesta amostra, aproximadamente, 50% dos indivíduos fizeram uso de terapia intravenosa desta classe medicamentosa. Dessa forma, a enfermagem deve atuar realizando intervenções que previnam o desenvolvimento de microorganismos resistentes. É responsabilidade da enfermagem programar os horários e o tempo de administração das drogas, para que o antibiótico mantenha a dosagem sérica apropriada (Hoefel, Lautert, 2006).

Destaque-se também o uso de corticóides, presentes em aproximadamente 25% das prescrições médicas. Cerca de um quarto dos indivíduos necessitaram de alguma precaução

específica e aproximadamente 10% apresentavam perda da continuidade da pele, com feridas de origem crônica ou cirúrgica.

Por fim, o próprio ambiente hospitalar, com tempo prolongado de internação, predispõe a ocorrências de IRAS. A exposição a este ambiente favorece a aquisição de agentes infecciosos resistentes aos antimicrobianos, em decorrência da combinação de vários fatores: uso disseminado de antimicrobianos, agrupamento de indivíduos com diferentes vulnerabilidades à infecção e realização frequente de procedimentos invasivos (Andrade, Agerami, 1999).

Desta forma, podemos considerar os indivíduos pertencentes à amostra como de risco para o desenvolvimento de IRAS, por apresentarem diversas características compatíveis com as consideradas de risco em estudos anteriores, sendo principalmente, idade superior a 60 anos, presença de comorbidades (Diabetes mellitus), presença de dispositivos terapêuticos invasivos, uso de antibióticos e corticóides. Assim, há necessidade de cuidado preventivo, evitando a ocorrência de infecção em uma população que apresenta características favoráveis ao acontecimento de IRAS.

É importante registrar que a enfermagem assume as funções de prevenção e controle de IRAS, desde Florence Nightingale. No final do século XIX, Florence utilizava a limpeza, o isolamento, a individualização do cuidado, dieta adequada, diminuição do número de leitos por enfermaria e a diminuição da circulação de pessoas estranhas ao serviço, como forma de reduzir os efeitos negativos do meio hospitalar sobre o paciente (Potter, 2005; Gill, Gill, 2005).

No presente estudo destacam-se o uso de pelo menos um AVP em 100% dos indivíduos encontrados. No entanto, poucos foram os indivíduos que apresentaram cuidados relacionados a este dispositivo. Este fato pode estar relacionado a menor importância dada ao AVP, pela equipe de enfermagem, comparado ao destaque atribuído ao CVC.

Ao realizar a análise de conformidade quanto aos cuidados com este dispositivo e as atividades propostas pelos documentos da CCIH, apenas uma prescrição de enfermagem conteve a atividade de “Realizar verificações do local da punção, conforme protocolo da instituição”, não havendo as demais atividades recomendadas pela CCIH para cuidados com acesso venosos periférico.

Apesar da punção de acesso venoso periférico ser o procedimento invasivo mais comum realizado entre indivíduos hospitalizados, ele não está livre de riscos. Dentre as principais complicações, destacam-se a tromboflebite, infiltração, hematomas e a complicação mais grave: infecção da corrente sanguínea, que ocorre em cerca de 0,1% de casos (Maki, Kluger, Crnich, 2006). A infecção devido a AVP pode ocorrer na veia de inserção do dispositivo ou a nível sistêmico (Miranda et al., 2012).

Além disso, um estudo brasileiro de 2002, comparando o perfil de IRAS entre indivíduos HIV positivos e negativos, identificou elevação de risco de IRAS associada a AVP em indivíduos HIV positivos (Padoveze et al., 2002).

O tempo de permanência do dispositivo de AVP é o principal fator de risco para o desenvolvimento de infecção dado ao aumento da probabilidade de colonização microbiana (Damani, 2012; Martins et al., 2008). A adoção de medidas preventivas é fundamental para a redução de infecções associadas ao AVP.

Desta forma, sendo a equipe de enfermagem a principal responsável pela prestação de cuidados, é de fundamental importância que esta monitore o sítio de inserção deste dispositivo e verifique sua funcionalidade, o retirando o mais precocemente possível, quando não mais necessário ou em presença de sinais flogísticos (Miranda et al., 2012).

O segundo dispositivo terapêutico mais utilizado na população em questão foi o cateter vesical de demora, presente em 10,8%. Os principais fatores de risco para infecção associados ao uso do cateter vesical de demora são a indicação para o cateterismo, a duração do cateterismo, os cuidados com o cateter e a contaminação cruzada (Souza Neto et al., 2008; Lenz, 2006; Maki, Tobyah, 2001).

As ações de enfermagem que podem contribuir de maneira preventiva para que a infecção do trato urinário não ocorra são: esvaziar coletores de urina ao menos a cada 8 horas, não posicionar o saco coletor em um nível acima do púbis, realizar higiene perineal com água e sabão, e do meato uretral e atentar para queixas de disúria (Maki, Tobyah, 2001; Chaves, Moraes, 2015).

Não foram identificadas nas prescrições de cuidados as atividades de esvaziar coletores de urina ao menos a cada 8 horas, não posicionar o saco coletor em um nível acima do púbis e atentar par disúria. Para os indivíduos com CVD, a prescrição de Realizar higiene íntima esteve presente em 41,1% (N = 17) e Realizar higiene do meato uretral com antimicrobiano, em 23,4%. Destaca-se que não há registro de recomendação, por parte da CCIH, para o uso de antimicrobiano na higiene íntima.

Quanto aos cuidados com cateteres venosos centrais, observamos que 85,7% dos CVC eram para realização do procedimento de hemodiálise. Esta prática de terapia renal substitutiva não é realizada na unidade de internação em questão. Os indivíduos são encaminhados para o setor específico para realização desta terapia. Cabe informar que os profissionais do setor de hemodiálise são os principais responsáveis pela manipulação deste cateter e estes profissionais não seguem as listas de cuidados de enfermagem prescritas na unidade de clínica médica. Assim sendo, eles realizam apenas as atividades de rotina específicas do setor que segue protocolo específico pré-determinado. Chama a atenção, no entanto, a ausência de documentação específica no prontuário, das atividades de enfermagem realizadas por esta equipe. Estes profissionais somente realizam anotação de enfermagem, informando a realização de curativo, sinais vitais e o saldo hídrico após o procedimento. As anotações não informam como e com que tipo de material este procedimento foi realizado. Isto aponta para a necessidade de uma articulação institucional para assegurar o adequado registro de enfermagem que permita a rastreabilidade de todas as ações tomadas visando à prevenção de IRAS para cada indivíduo atendido. Uma possível alternativa, seria enviar o plano de cuidados juntamente com o paciente, quando encaminhado a este setor, devendo também a equipe de hemodiálise cumpri-lo.

A literatura adota como boas práticas no cuidado ao cateter de hemodiálise: a higienização das mãos, o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) pelos profissionais que manipulam o cateter, uso de antissépticos na realização de curativos, troca de curativos sempre que estiverem úmidos ou com sujidade, realizar curativo, preferencialmente pré-sessão de hemodiálise, avaliação do aspecto do curativo e realização da higienização dos conectores com álcool 70% (Spry et al., 2015; Neves Junior et al., 2013).

Neste estudo a conformidade com as práticas sugeridas pela CCIH pode ser verificada quanto a evitar a umidade no curativo, com a prescrição da atividade Não molhar curativo de cateter no banho, para 78,5% dos indivíduos.

Identificou-se a necessidade de um registro adequado quanto à realização do cuidado com cateter venoso para hemodiálise, contemplando as seguintes informações: o tipo de cateter; localização do acesso; tempo de permanência do cateter; uso de antissépticos e/ou antibióticos utilizados; presença de sinais flogísticos; indicativo de infecção da corrente sanguínea e complicações locais (Erdmann, Lentz, 2006). A anotação adequada confirma a realização do procedimento dentro das normas propostas e documenta oficialmente a realização do procedimento.

Para os outros dois tipos de cateteres venosos centrais, houve a prescrição de Trocar curativo conforme protocolo da instituição e Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado.

Para cuidados com cateter venoso central a literatura recomenda, como práticas para prevenção da infecção da corrente sanguínea: higienização das mãos, utilização de luva estéril para realização de curativos, limpeza do sítio de inserção utilizando solução de gluconato de clorhexidina a 2%, fricção do hub do cateter com antissépticos, proteção das conexões do cateter, realização de curativos utilizando filme transparente estéril ou gaze estéril e inspeção diária da inserção do cateter (Santos et al., 2014).

Como mencionado anteriormente, a prática adequada e segura da terapia intravenosa exige não somente o cuidado com o dispositivo intravenoso, mas também com os conectores. Além disso, outro cuidado de enfermagem, não menos importante, que visa à prevenção de infecções refere-se à identificação e troca dos equipos de soro, os quais devem ser substituídos de acordo com o seu tipo e finalidade, conforme prazos definidos pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2010; Murassaki et al., 2013).

Quanto à instituição de precauções específicas, embora quase a totalidade dos indivíduos tenha recebido os cuidados indicados por tipo de precaução, somente 64,1% (n = 39) dos indivíduos tiveram este cuidado prescrito em seus planos de cuidados. Cabe ressaltar também que 71,4% (n = 7) dos que tiveram como hipótese diagnóstica tuberculose, obtiveram confirmação

diagnóstica, sugerindo a necessidade de adesão às práticas de precauções específicas, mesmo enquanto suspeita.

Com relação à prevenção e controle de IRAS, é necessário difundir e incentivar o comportamento positivo relacionado à prática das diretrizes de isolamentos, dado que estas têm por objetivo minimizar a disseminação de patógenos de indivíduos infectados/colonizados aos demais indivíduos e profissionais de saúde (Oliveira, Cardoso, Mascarenhas, 2010; Dhar et al., 2014). Apesar da recomendação em documentos da CCIH da realização destes procedimentos, não houve prescrição de grande parte destas atividades de enfermagem por parte dos enfermeiros para os indivíduos analisados. Por este motivo, fica limitada a rastreabilidade quanto à prática de precauções, o que pode prejudicar eventuais investigações de surtos, caso estes ocorram.

Ressaltamos, assim, que o Processo de Enfermagem tem como principais propósitos indicar cuidado sistematizado, promover efetiva comunicação com a equipe envolvida no cuidado e prover registros permanentes para buscas futuras. Desta forma, o Processo de Enfermagem se faz essencial, pois permite a documentação da assistência prestada, bem como o acompanhamento das condições de saúde do indivíduos, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações dos profissionais em sua área de conhecimento (Matsuda, Carvalho, Évora, 2007).

Desta forma, destaca-se a necessidade de documentar todas as fases do Processo de Enfermagem no prontuário, são elas: histórico, diagnóstico, intervenções aplicadas e avaliação da assistência de enfermagem (Achoa-Vigo et al., 2001).

Apesar de sua importância, considerando que o registro escrito é a prova mais concreta e permanente da atuação profissional e da qualidade do cuidado, o profissional de enfermagem ainda negligencia esta parte de sua atuação profissional (Achoa-Vigo et al., 2001; Matsuda et al., 2006).

Tendo como referência o respaldo legal, os tribunais adotam a atitude de assumir que se não está documentado, o cuidado não aconteceu e, portanto, os profissionais de enfermagem têm o dever profissional e legal de manter registros. Desta maneira, os registros de atividades de enfermagem devem conter: um relato completo da apreciação do enfermeiro e cuidado planejado

e previsto para o paciente; informações relevantes sobre o estado do paciente; atividades propostas pelo enfermeiro em resposta às necessidades do paciente (Wood, 2015).

Sendo assim, o registro do cuidados prestado torna-se a prova de que os profissionais de enfermagem honraram com o dever de cuidado, tomando todas as medidas necessárias para cuidar do paciente e que qualquer ação ou omissão não comprometeu sua segurança (Wood, 2015).

Além disso, ressaltamos a necessidade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar indicar as recomendações das práticas em tudo o que tange o controle de infecção no cuidado de enfermagem. Na instituição em questão, muitas recomendações estavam omissas dos documentos da CCIH, por estarem presentes somente em protocolos de procedimentos construídos pelo Departamento de Enfermagem. Para minimizar este problema, algumas instituições hospitalares têm adotado a prática de documentar oficialmente que a CCIH endossa os protocolos de enfermagem, por meio de um adendo em cada protocolo, contendo o aval do responsável da CCIH pela revisão do mesmo.

Dentre as atividades atribuídas à CCIH destacam-se: a realização de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares; atividades de coleta, análise e divulgação de dados dos casos de infecções hospitalares; atividades de vigilância de eventos e condições que afetam o risco de ocorrência de infecção hospitalar; atividades de avaliação de produtos químicos, recursos materiais e procedimentos; atividades de controle de doenças de notificação compulsória e zoonoses; atividades de ensino e educação continuada; atividades de assessoria em projetos relacionados à planta física e atividades relacionadas à segurança do trabalho (Silva, Oliveira, 2001).

Dentre as principais atividades atribuídas aos enfermeiros de controle de infecção destacam-se a busca ativa de casos, medidas de prevenção e medidas educativas. O enfermeiro é uma peça fundamental dentro das CCIHs, e suas atividades são de grande importância para toda a comunidade hospitalar, tanto para os colaboradores como para os indivíduos (Santana et al., 2015).

Sendo assim, como mencionado, cabe aos profissionais da CCIH avaliar a realização de procedimentos. Desta forma, estes profissionais devem, à luz de seu conhecimento específico e

voltado para o controle de infecção, concatenar esforços com os profissionais assistenciais para atingir o objetivo de diminuir a incidência de IRAS.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes, destacam-se, com ocorrência superior a 20%: Risco de Quedas (45,9%), Integridade Tissular Prejudicada (43,3%), Risco de Glicemia Instável (37,1%), Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas (28,9%), Dor Aguda (27,0%), Déficit de Autocuidado para Banho e Higiene (26,4%) e Perfusão Tissular Renal Ineficaz (22,6%). Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes pertenceram em sua maioria ao domínio de Segurança e Proteção. Esse domínio tem como definição: Estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico, preservação contra perda e proteção da segurança e seguridade (NANDA,2013).

Em estudo semelhante, com análise de 30 prontuários de indivíduos internados na unidade de Clínica Médica, cujos participantes eram 60% mulheres, a idade média era $60,9 \pm 23,1$ anos e a média de internação = $5,8 \pm 2,7$ dias, os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: Dor Aguda (66,7%), Integridade Tissular Prejudicada (63,3%), Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas (43,3%), Risco da Integridade da Pele Prejudicada (36,7%) e Integridade da Pele Prejudicada (33,3%), Proteção Ineficaz (23,3%), Padrão Respiratório Ineficaz (23,3%) e Risco de Queda (20,0%). Neste estudo, semelhantemente, o domínio que mais prevaleceu foi o de Segurança e Proteção (Fontes, Cruz, 2007).

Em outro estudo que visava identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em uma unidade Médico-cirúrgica, foram avaliados 60 indivíduos, com média de idade de 49,7 anos. Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: Risco de Infecção (58,3%), Dor Aguda (50,0%), Constipação (41,6%) e Intolerância a Atividade (35,0%). Nesta população, os domínios Segurança e Proteção, Conforto, Eliminação e Troca e Atividade e Repouso foram proporcionalmente identificados (Volpato, Cruz, 2007).

Quanto aos principais diagnósticos de enfermagem atribuídos aos indivíduos de nossa população de estudo, em uso de CVC destacam-se: Risco de Infecção (85,7%), Perfusão Tissular Renal Ineficaz (71,4%) e Risco de Glicemia Instável (50%). Considerando $n = 14$, sendo 12 cateteres de hemodiálise.

Em um estudo realizado com 20 clientes de uma unidade dialítica com acompanhamento supervisionado, os diagnósticos de enfermagem encontrados em 50% ou mais dos indivíduos renais crônicos, foram: Risco para Infecção (100%), Proteção Ineficaz (100%) e Conforto Prejudicado (60%). Neste estudo, o diagnóstico de Risco de Infecção foi confirmado baseando-se nos fatores de riscos observados na amostra estudada como: procedimentos invasivos (venopunção, cateteres), defesas secundárias inadequadas (diminuição da taxa de hemoglobina e hematócrito) e doença crônica (IRC, HAS e diabetes) (Souza et al.,2007).

Não foi identificado na literatura trabalhos que apontassem diagnósticos de enfermagem mais prevalentes quanto ao uso de CVD ou para indivíduos em situação de precauções específicas.

Quanto às principais intervenções identificadas na população do estudo com presença superior a 20% foram: Monitorar sinais vitais, Observar padrão respiratório, Manter decúbito elevado a 30°/45°, Realizar glicemia capilar, Verificar saturação de oxigênio, Banho de chuveiro em cadeira, Monitorar grau de desconforto e dor, Pesar, Auxiliar deambulação, Hidratar a pele, Medir volume de ingeridos e eliminados, Observar características da tosse/expectoração, Observar sangramento, Realizar higiene oral, Aplicar unguento em equimoses, Observar edema, Manter grades elevadas.

De modo geral, no presente estudo, as atividades de intervenção mais prevalentes demonstram que a preocupação dos enfermeiros priorizou a identificação de parâmetros vitais, procedimentos de higiene e manutenção de ambiente seguro.

Isso se torna bastante evidente ao analisarmos a Tabela 6.23, em que se avaliam as atividades de intervenção mais prevalentes por tipo de precaução específica. Embora todos os indivíduos tenham indicação de prescrição de isolamento, atividades que buscavam intervir na identificação e monitoração de parâmetros vitais e procedimentos de higiene foram prioritariamente consideradas. Compreendemos, no entanto, que práticas de higiene também previnem infecções e que atenção aos parâmetros vitais é de fundamental importância para seu diagnóstico precoce (Pereira et al., 2005; Chaves, Moraes, 2015). Contudo, é importante trazer a discussão sobre a necessidade da identificação e registro de práticas de enfermagem para a

prevenção de infecção que sejam individualizadas e que permitam a avaliação futura do impacto das ações de enfermagem.

Dada a ausência de informações nos documentos da CCIH, que inviabilizaram o mapeamento das demais atividades de prevenção de infecção, o estudo em questão apresenta limitações quanto a identificação de diagnósticos de enfermagem característicos em indivíduos com risco de infecção.

8. CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

Os indivíduos internados na unidade de Clínica Médica, no período determinado, possuem diversos fatores de risco para ocorrências de IRAS, decorrentes principalmente do extremo de idade, uso de dispositivos terapêuticos, tipo de terapia intravenosa e perda da integralidade da pele.

Os diagnósticos e atividades relacionadas às intervenções de enfermagem mais prevalentes na população foram principalmente relacionados à mensuração de parâmetros vitais e medidas de higiene, e apresentou baixa frequência de medidas de prevenção de infecção específicas para cada fator de risco identificado.

A maior parte das atividades de enfermagem apontadas nos documentos da CCIH pode ser mapeada de modo cruzado para nomenclatura da NIC (81,6%). Certas práticas de controle de infecção não puderam ser mapeadas, pois os documentos da CCIH não continham as informações necessárias, tendo sido estas indicadas apenas no protocolo de enfermagem. Neste fato, destaca-se a necessidade de discussão do papel da CCIH como a estrutura que tem como atribuição oferecer suporte técnico e avaliar oficialmente as medidas preconizadas para prevenção de infecção na instituição. Contudo, poucas foram as atividades com índice de conformidade superior a 50%, pois houve falha no registro de atividades realizadas pela enfermagem na unidade do estudo.

Destaca-se a necessidade de incentivo ao registro das atividades realizadas por profissionais enfermeiros, não somente para mensuração de resultados e avaliação da prestação de cuidados, mas também para respaldo legal.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É essencial salientar a importância da CCIH como uma estrutura formal dentro da instituição, composta por profissionais que possuem conhecimento especializado no que tange à prevenção e controle de IRAS. Desta forma, é altamente recomendável que os protocolos de procedimentos de enfermagem sejam submetidos a apreciação e avaliação de maneira sistematizada, por parte da CCIH.

Em princípio, todo o corpo de enfermeiros tem formação técnica científica para reconhecimentos de situações potenciais e reais de IRAS. No entanto, no trabalho em questão, mesmo em face de dispositivos terapêuticos e vigência de precauções específicas houve ausência de registro de atividades relacionadas ao cuidado de dispositivos terapêuticos e precauções de isolamento. Note-se que o registro da prestação do cuidado é tão importante quanto à realização do mesmo.

A prestação de cuidados ao paciente deve ser individualizada, e o Processo de Enfermagem é uma ferramenta que se propõe a esta individualização. O registro apropriado das ações de enfermagem poderá ser utilizado para avaliar o impacto das ações de enfermagem na prevenção de IRAS.

Dadas as limitações em identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem característicos em pacientes com risco de infecção, buscando contemplar parcialmente essa necessidade, após leitura e análise da NANDA e NIC, sugerimos os seguintes diagnósticos e intervenções de enfermagem, justificados pelos fatores de risco ou características definidoras presentes nesta população em estudo.

Quadro 9.1. Sugestão de diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado em prevenção e controle de infecção, para o perfil de indivíduos identificados na unidade de Clínica Médica, no período de maio a dezembro de 2016.

Risco de Infecção: Risco de ser invadido por organismos patogênicos
Fatores de risco: Defesa primária inadequada (pele rompida: procedimentos invasivos e feridas),

tabagismo, tecido traumatizado, Defesa secundária inadequada (imunidade adquirida inadequada: esteróides), doenças crônicas e procedimentos invasivos.	
NICs associados à prevenção de infecção	
Controle de doenças transmissíveis	Controle de medicamentos
Cuidados com local da incisão	Cuidados com períneo
Controle de infecção	Cuidados com úlcera por pressão
Proteção contra infecção	Assistência para parar de fumar
Cuidados com lesões	Cuidados com sondas: urinário
Proteção Ineficaz: Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.	
Características definidoras: deficiência na imunidade, dispnéia, fadiga, prejuízo da cicatrização, tosse e úlceras por pressão.	
Fatores relacionados: extremo de idade e terapia com medicamentos (corticosteróide)	
NICs associados aos fatores relacionados do diagnóstico Proteção Ineficaz	
Controle de Infecção	Proteção contra infecção

Fonte: NANDA, 2013; NIC 2010.

REFERÊNCIAS

Referências

Andrade D, Angerami ELS. Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milênio. *Medicina, Ribeirão Preto*. 1999; 32:492-7.

Andrade JS, Vieira MJ. Prática Assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enferm* 2005 maio-jun; 58(3):261-5.

Azambuja EP, Pires DP, Cezar Vaz MR. Prevenção e controle de infecção hospitalar: as interfaces como o processo de formação do trabalhador. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(n.esp):79-86.

Barbosa MEM. A atuação do enfermeiro no controle de infecção no estado do Paraná [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2007.

Barros ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC Acta Paul Enferm. 2009;22(Especial - 70 Anos):864-7.

Bôas PJFV, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):372-8.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2616/1998. dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares. In:Ministério da Saúde. Brasília; 1998.

Cassettari, VC; Balsamo NA, Silveira IR. Manual para prevenção das infecções hospitalares 2009. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Centro de Vigilância Epidemiológica. Análise dos dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo [relatório]. São Paulo: Divisão de Infecção Hospitalar – CVE/CCD/SES – SP; 2013.

Chaves NMC, Moraes CLK. Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015; 5(2):1650-7.

Chianca TCM. Mapeamento das ações de enfermagem do CIPESC às intervenções de enfermagem da NIC. REBEn. 2003;56 (5):513-8.

Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection, Am J Infect Control. 2012; 40(6): 486–90.

Classificação de intervenções de enfermagem(NIC)/ Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM; [tradução Soraya Imon de Oliveira et al].-Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Classificação de Resultados de enfermagem (NOC)/ Moorhead et al; [tradução Regina Machado Garcez et al]. – Rio de Janeiro: Elsevier,2010.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. Relatório Anual da CCIH. [relatório estatístico]. São Paulo: Hospital Universitário, Universidade de São Paulo; 2015.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas //instituições de Saúde Brasileiras. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. Brasília; 2002.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. Brasília; 2009.

Costa Valle ARMC, Feitosa MBF, Araújo VMD, Moura MEB, Santos AMR, Monteiro CFS. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12 (2):304-9.

Cubas MR, Denipote AGM, Malucelli A, Nóbrega MML. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(4):[06 telas].

Cubas MR, Engry EY. Classificação internacional de praticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42 (1): 181-6.

Cubas MR, Silva SH, Rosso M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(1):186-94.

Damani, N. Manual of Infection Prevention and Control. 3ª ed. United States: Oxford University Press. 2012.

Dhar S, Marchaim D, Tansek R, Chopra T, Yousuf A, Bhargava A, et al. Source: Infection Control and Hospital Epidemiology. 2014; 35(3):213-21.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014/ [NANDA International]; tradução: /Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lúcia Bottura Leite de Barros [et al].- Porto Alegre : Artmed, 2013. 609p.

Dick AW, Perencevich EN, Pogorzelska-Maziarz M, Zwanziger J, Larson EL, Stone PW. Decade of investment in infection prevention: A cost-effectiveness analysis. AJIC. 2015;43:4-9.

Erdmann AL, Lentz RA. Critérios, tipos e composição das anotações de enfermagem. In: Artigo Informativo: Gerência do trabalho da enfermagem. 2006.

Figueiredo RM, Zem-Mascarenhas SH, Napoleão AA, Camargo AB. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(2):299-303.

Fontes CMB, Monteiro da Cruz DAL. Diagnósticos de enfermagem documentados para indivíduos de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):395-402.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de indivíduos: identificação do perfil assistencial dos indivíduos das unidades de internação do HU- USP.. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(1):72-8.

Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(6):883-7.

Garcia TR, Nóbrega MML. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):142-50.

Gnatta JR, Bálsamo AC, Silveira IR, Padoveze MC. Características de pneumonias hospitalares em indivíduos sem ventilação mecânica. *J Infect Control* 2014; 3 (2):32-35.

Gonçalves DC, Kreutz I, Lins JFABA. A infecção hospitalar em Mato Grosso: desafios e perspectivas para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(n.esp):71-8.

Hoefel HHK, Lautert L. Administração Endovenosa de antibióticos e resistência bacteriana: responsabilidade da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2006;8(3):441-9.

Horan, TC; Andrus M; Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care–associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control*. 2008;36(5):311-31.

Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. <http://www.hu.usp.br/> [acesso em outubro de 2016]

International Organization for Standardization. Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing: ISO 18104. Geneva (Switzerland) 2003.

Kauffman CA, Vazquez JA, Sobe JD, Gallis HA, McKinsey DS, Karchmer AW et al. Prospective Multicenter Surveillance Study of Funguria in Hospitalized Patients. *Prospective Surveillance of Funguria*. 2000;30.

Klevens RM, Edwards JR, Richards Jr CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollack DA, et al. Estimating health care-associated infections and deaths in US hospitals. *Public Health Rep*. 2007;122(2):160-6.

Lacerda RA. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10(1):55-63.

Laurent M, Bories PN, Le Thuaut A, Liuu E, Ledudal K, Bastuji-Garin S, Paillaud E. Impact of comorbidities on hospital-acquired infections in a geriatric rehabilitation unit: prospective study of 252 patients. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Oct;13(8):760.e7-12. doi: 10.1016/j.jamda.2012.07.002. Epub 2012 Aug 11.

Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Acessado em 01/11/2014.

Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Volume I. 866 p.

Lenardt MH, Betiolli SE, Willig MH, Lourenço TM, Carneiro NHK, Neu DKM. Fatores de risco para mortalidade de idosos com infecção do sítio cirúrgico. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2010; 13(3):383-93.

Lenz LL. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2006; 35(1): 82-91.

Lima AFC, Melo TO. Percepção de enfermeiros em relação à implementação da informatização da documentação clínica de enfermagem. *Rev Esc Enferm*. 2012; 46(1):175-83.

Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternative para análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(1):82-8.

Lunney, M. Where are we now? Accuracy of nurses' diagnoses: Foundation of NANDA, NIC, and NOC. *Nursing Diagnosis*. 2008;9(2), 83-85.

Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA. Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care–Associated Infections. 2014; *N Engl J Med*; 370(13):1198-208.

Maki DG, Tambyah PA. Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerging Infectious Diseases*. 2001; 7(2):342-7.

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WB. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee GUIDELINE FOR PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION. 1999;20(4): 247-78.

Marques TC, Reis AMM, Silva AEBC, Gimenes FRE, Opitz SP, Teixeira TCT. Erros de administração de antimicrobianos identificados em estudo multicêntrico brasileiro *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008;44(2).

Martins K, Tipple A, Souza A, Barreto R., Siqueira K, & Barbosa J. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*; 7(4):485-492.

Mata LRF, Souza CC, Chianca TCM, Carvalho EC. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(6):1512-18

Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. *Cienc Cuid Saúde*. 2007; 6(2):337-346.

Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(3):415-21. Available from:http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm.

Miranda S., Coiado C., Silva, R. Alves A. Complicações e riscos em Terapias Intravenosas. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds., Terapia intravenosa: atualidades (pp.45-58). São Paulo: Martinari.

Monteiro da Cruz DAL. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. 1.Ed. São Paulo: Artmed; 2008. Capítulo 1, Processo de Enfermagem e classificações; p 25-37.

Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules. Nursing Diagnosis. 1997; 8(4):137-44

Murassaki ACY, Versa GLGS, Bellucci JJA, Meireles VC, Vituri DW, Matsuda LM. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. Escola Anna Nery. 2013;17(1), 11-6.

NANDA- International (Eds.) (2013). Nursing Diagnoses: Definition & Classification 2012-2014 (8th ed.). Philadelphia.

Napoleão AA, Chianca TCM, Carvalho EC, Dalri MCB. Análise da produção científica sobre a Classificação da Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. Ver Latino-am Enfermagem. 2006; 14(4):608-13.

Neves Junior MA, Petnys A, Melo RC, Rabboni EC. Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo?. J Vasc Bras. 2013;12(3):221-5.

Nichiata LYI, Padoveze MC, Ciosak SI, Gryschek ALFPL, Costa AA, Takahashi RF, et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC[®] : instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):766-71.

Gill CJ, Gill GC. Nightingale in Scutari: her legacy reexamined. *Clin Infect Dis*. 2005 Jun 15;40(12):1799-805. Epub 2005 May 4.

Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(4): 390-8.

O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*[internet]. 2002;51(RR-10):1-29. Disponível em:<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>.

Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. *Ver Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):161-5.

Oliveira RDR, Maffei CML, Martinez R. Infecção urinária hospitalar por leveduras do gênero *Candida*. *Rev Ass Med Brasil*. 2001; 47(3): 231-5.

Padoveze MC, Trabasso P, Branchini MLM. Nosocomial infections among HIV positive and HIV negative patients in a Brazilian infectious diseases unit. *Am J Infect Control*. 2002;30(6):346-5.

Padoveze MC, Valente MG, Assis DB, Fortaleza CMCB, Freire MP, Madalosso G, et al. Surveillance programme for healthcare associated infections in the state of São Paulo, Brazil. implementation and the first three years' results. *J Hosp Infect*. 2012; 76 (2010):311-5.

Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(6):995-1001.

Pereira MS, Moriya TM, Gir E. Infecção hospitalar nos hospitais escola: uma análise sobre seu controle. *Rev.latino-am Enfermagem*. 1996; 4(1):45-62.

Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. A infecção hospitalar e sua implicação para o cuidar da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(2):250-7.

Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MAA. Infecção Hospitalar e suas implicações para o cuidar na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(2):250-7.

Peres HHC, Lima AFC, Monteiro da Cruz, Gaidzinki RR, Oliveira NB, Ortiz DCF. Avaliação de sistema eletrônico para documentação clínica de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(4):543-8.

Peres HHC, Monteiro da Cruz DAL, Lima AFC, Gaidzinki RR, Ortiz DCF, Trindade MM, et al. Desenvolvimento de sistema eletrônico de documentação clínica de enfermagem estruturado em diagnóstico, resultados e intervenções. *Rev Esc Enferm.* 2009; 43(Esp2):1149-55.

Poveda VB, Galvão CM, Hayashida M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias. *Rev Esc Enferm USP.* 2003; 37(1):81-9.

Santana RS, Brito BAM, Ferreira JLS, Deus SRM, Moraes MEA, Gama MEA. Atribuição do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar: Revisão Integrativa. *Rev. Pre. Infec e Saúde.* 2015; 1(2):67-75.

Santos SF, Viana RS, Alcoforado CLGC, Campos CC, Matos SS, Ercole FF. Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. *Rev. SOBECC.* 2014; 19(4): 219-25.

Schulz CEF, Lopes CT, Herdman H, Lopes JL, Barros ALBL. Construction and validation of an instrument for assessment of the nursing diagnosis, risk for infection, in patients following cardiac surgery. *Int J Nursing Knowledge.* 2014; 25 (2):94-101.

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME. Dados do anuário estatístico HU-USP [relatório estatístico]. São Paulo: Hospital Universitário, Universidade de São Paulo; 2013.

Silva MFI, Oliveira Santos BM. Estudo histórico-organizacional da comissão de controle de infecção hospitalar de um hospital universitário. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2001; 34: 170-6.

Silva Pereira AG, Santos CT, Menegon DB, Mello B, Azambuja F, Lucena AF. Mapping the nursing care with the NIC for patients in risk for pressure ulcer. *Rev Esc Enferm*. 2014; 48(3):454-61.

Solis-Hernandez PA, Vidales-Reyes M, Garza-Gonzalez E, Guajardo-Alvarez G, Chavez-Moreno S, Camacho-Ortiz A. Hospital-Acquired Infections in Elderly Versus Younger Patients in an Acute Care Hospital. *Int J Infect*. 2016; 3(1): e32620.

Souza EF, Martino MMF, Lopes MHB. Diagnósticos de enfermagem em indivíduos com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):629-35.

Souza Neto JL, Oliveira FV, Kobaz AK, Silva MNP, Lima AR, Maciel LC. Infecção do trato urinários relacionada com utilização de cateter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. *Rev Col Bra Cir*. 2008; 35(1):28-33.

Spry LA, Burkart JM, Holcroft C, Mortier L, Glickmans JD. Survey of home hemodialysis patients and nursing staff regarding vascular access use and care *Hemodialysis International*. 2015; 19:225–34.

Stamm AMNF, Coutinho MSSA. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. *Rev Ass Med Brasil* 1999; 45(1): 27-33.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*. 2011;90-102. (Série Saúde no Brasil 6).

Volpato MP, Cruz DAL. Diagnósticos de enfermagem de indivíduos internados em unidade médico-cirúrgicas. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):119-24.

Weaver CW, Delaney PW. Nursing and informatics for the 21st century: an international look at practice, trends and the future. (pp.13-23). Chicago, IL: Health care information and management systems society.

Wood C. The importance of good record-keeping for nurses. *Practice nursing*. 2015; 99(02):26.

World Health Organization (WHO). Prevention of hospital-acquired infections. disponível em <http://WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12> [acesso em fevereiro de 2015].

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de coleta de dados

Projeto: O uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Pesquisador: Talita Raquel dos Santos

Nº _____

Data da avaliação: _____ Data de internação: _____

Caracterização do paciente e identificação dos componentes da SAE

1. Caracterização do paciente e histórico

Iniciais do paciente: _____ **Nº do registro:** _____ **Data de nascimento:** __/__/____

Causa principal da internação: _____

Sexo: () F () M

Comorbidades:

() Diabetes descompensada () Hipertensão () Dislipidemia () Insuficiência cardíaca () Neoplasia sólida () Neoplasia sanguínea () Úlcera gástrica

() Insuficiência renal () Insuficiência Hepática

() Etilismo () Tabagismo () SIDA () Doença pulmonar obstrutiva crônica

() Doenças imunossupressoras Qual? _____ () Outras Qual? _____

Dispositivos invasivos:

() Acesso venoso periférico () Cateter venoso central () Cateter vesical de demora

() Cateter vesical de alívio () Sonda nasogástrica () Sonda nasoenteral () Drenos

() Traqueostomia () Cistostomia () Gastrostomia () Outros: _____

Medicamentos:

()Corticóide ()Antibióticos ()Antiretrovirais ()Antifúngico ()Antineoplásicos

Presença de Feridas:

() Crônicas Sítio: _____ () Cirúrgicas Sítio: _____

Uso de precauções

()contato ()aerossol ()gotícula () nenhuma

Culturas

Microorganismos:_____Data:_____Local:_____

Microorganismos:_____Data:_____Local:_____

Microorganismos:_____Data:_____Local:_____

Microorganismos:_____Data:_____Local:_____

Microorganismos:_____Data:_____Local:_____

Microorganismos:_____Data:_____Local:_____

Microorganismos:_____Data:_____Local:_____

Outros exames relevantes:

()RX Data:_____laudo médico:_____

()Broncoscopia Data:_____laudo médico:_____

() TC Data:_____laudo médico:_____

() Pesquisa de vírus Data:_____Resultado:_____

() Outro_____Data:_____Resultado:_____

() Outro_____Data:_____Resultado:_____

() Outro_____Data:_____Resultado:_____

2. Identificação dos componentes da SAE

Número do diagnóstico prescrito	Diagnóstico de enfermagem prescrito	D I: _____	DI: _____	DI: _____
		Evolução do diagnóstico*	Evolução do diagnóstico*	Evolução do diagnóstico*

* Evolução do diagnóstico: P (presente), Me(Melhorado), I (Inalterado) e R (Resolvido). DI: Dia de internação

Número do diagnóstico correspondente	Intervenção de enfermagem prescrita	DI:____ —	DI:____	DI:____
		P/A	P/A	P/A

DI: dia de internação; P:presente; A: ausente

APÊNDICE II

Lista de procedimentos propostos pelo Manual da CCIH

1. Instituir precauções específicas quando necessário:

Precauções para:	Condição clínica	Possibilidade diagnóstica
Aerossóis	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema vesicular. • Exantema máculo-papular com febre e coriza. • Tosse, febre, infiltrado pulmonar em paciente HIV+. 	Varicela, Herpes Zoster disseminado Rubéola, Sarampo Tuberculose
Gotículas	<ul style="list-style-type: none"> • Meningite. • Petéquias e febre. • Tosse persistente paroxística ou severa durante períodos de ocorrência de Coqueluche. 	D. Meningocócica D. Meningocócica Coqueluche
Contato	<ul style="list-style-type: none"> • Diarréia aguda infecciosa em paciente incontinente ou em uso de fralda. • Diarréia em adulto com história de uso recente de antimicrobiano. 	Bactérias ou vírus entéricos <i>Clostridium difficile</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema vesicular. 	Varicela, Herpes Zoster disseminado
	<ul style="list-style-type: none"> • Bronquiolite em lactentes e crianças jovens. 	VRS, Vírus Parainfluenza, Metapneumovírus
	<ul style="list-style-type: none"> • História de colonização ou infecção por bactéria multi-R. 	Bactéria multi-R
	<ul style="list-style-type: none"> • Internação recente em outro hospital ou instituição de longa permanência. 	Bactéria multi-R
	<ul style="list-style-type: none"> • Abscessos ou feridas com drenagem de secreção não contida pelo curativo 	<i>Staphylococcus</i> / <i>Streptococcus</i>

2. Recomendação para manuseio de Cateter Venoso Central e cateteres venosos periféricos:

- ❖ Não molhar o curativo no banho.
- ❖ Troca de curativo:
 - Trocar sempre que estiver úmido, sujo ou solto. A instituição recomenda a troca a cada 24 horas, após o banho, para os curativos com gaze, e a cada 7 dias para os curativos transparentes.
 - Lavar as mãos antes de trocar o curativo.

- Utilizar pacote de curativo, com pinças, ou então calçar luvas estéreis, a fim de garantir técnica asséptica.
- ❖ Realizar inspeção e anti-sepsia do local de inserção a cada troca.
- ❖ Limpar o local com antisséptico (povidine-iodo aquoso ou clorexidina alcoólica) e ocluir com gaze estéril. Em caso de oclusão com curativo transparente poroso evitar o povidine, pois dificulta visualização de hiperemia.
- ❖ Fazer anti-sepsia do dispositivo de conexão (“torneirinha” ou Polifix) com álcool 70% antes de qualquer manipulação (ex: administrar medicamento).
- ❖ Trocar equipos conforme prazos recomendados.
- ❖ Administrar NPP por cateter de lúmen único, exclusivo para esse fim. Se utilizado cateter de múltiplos lumens, reservar para NPP a via mais longa (distal).
- ❖ Sacar o cateter se apresentar secreção ou sinais flogísticos no local de inserção, e mandar ponta para cultura. Na suspeita de infecção sem sinais flogísticos, trocar cateter com fio guia e mandar a ponta para cultura. Se a cultura for positiva (>15 UFC), sacar o cateter e obter novo acesso, em outro local.
- ❖ Trocar cateter venoso periférico a cada 72-96hs, e se inserido em situação de emergência, com quebra de técnica asséptica, remover em até 48 horas.

Recomendações para manuseio e troca de materiais utilizados para infusões de medicamentos:

Material	Intervalo de troca	Observação
EQUIPO (macrogotas, microgotas, bureta), Polifix, PVC, torneirinha	72 horas	Trocar em intervalo menor se houver sujeira visível.
EQUIPO para bomba de infusão de medicamentos não lipídicos	72 horas	Trocar em intervalo menor se houver sujeira visível.
EQUIPO para bomba de infusão de dieta enteral	72 horas	

EQUIPO para administração de soluções lipídicas ou hemoderivados	Após cada infusão	Infundir emulsões lipídicas em até 12h, e NPP em até 24h a partir da instalação.
EQUIPO para administração de propofol no Centro Cirúrgico	6 horas	
EQUIPO para administração intermitente de medicamentos (ex: antibióticos)	Manter rotina atual de cada unidade, sendo aceitável trocar a cada dose, bem como a cada 72 h ou menos.	É questão não resolvida na literatura.

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante;

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: **O USO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE**, realizado para aquisição do título de mestre, pela Escola de Enfermagem da USP, Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGE, orientada pela Prof^a Dr^a Maria Clara Padoveze.

Este, tem por objetivo identificar o reconhecimento no Processo de Enfermagem, por parte do enfermeiro, de respostas humanas relacionadas ao risco e ocorrência de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (IRAS) e intervenções implementadas, bem como correspondências destas com os protocolos de prevenção disponíveis na instituição. Ao realizar essa pesquisa, poderemos esclarecer a participação da enfermagem no reconhecimento de situações que demandem prevenção e controle de IRAS, utilizando de recurso próprio da profissão, as linguagens padronizadas de enfermagem.

Sua participação se dará pela autorização de acesso a seu prontuário. Os dados nele presentes serão utilizados para coleta e análise de dados da pesquisa em questão e terão acesso restrito aos pesquisadores. O período de coleta de dados terá duração de quatro meses. Informamos que sua identidade não será revelada em qualquer fase da pesquisa, garantindo seu anonimato.

O presente projeto oferece risco mínimo aos participantes da pesquisa e busca minimizá-los através da garantia de anonimato.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador principal

Esclarecemos que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou ainda descontinuar sua participação, retirando o seu consentimento, se assim o preferir, sem penalização alguma. Informamos, também, que não haverá gastos por parte do participante, bem como não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Este termo foi elaborado em duas vias, permanecendo uma em posse do participante e outra em posse do pesquisador. Caso haja dúvida(s) e necessidade de qualquer outro esclarecimento sobre esta pesquisa, o participante poderá entrar em contato com o pesquisador principal, no e-mail e telefone mencionados no final deste termo.

Declaramos, ainda, que o projeto está de acordo com a resolução 466 de 2012 e foi submetido ao **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, **edipesq@usp.br**, tel: (11) 3061-7548, bem como o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP**, CEP-HU/USP: Av. Prof. Lineu Pestes, 2565 - Cidade Universitária - CEP: 05508-000 - São Paulo - SP - Telefone: (11) 3091-9457 - E-mail: **cep@hu.usp.br**, obtendo consentimento de ambos.

Eu _____, participante da pesquisa, portador do número de identidade: _____, do sexo: ()F ()M , nascido em (dia/mês/ano): ____/____/____, Endereço: _____, Tel: _____, Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa.

Local e data: São Paulo, ____ de ____ de 20____.

Participante da Pesquisa

Talita Raquel dos Santos - Pesquisadora Principal
Mestranda em Ciências da Saúde pela
Escola de Enfermagem da USP
E-mail: talita.santos@usp.br tel: (11) 995158062

Profª Drª Maria Clara Padoveze
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Escola de Enfermagem da USP
E-mail: padoveze@usp.br