

LUCÉLIA CAMPELO DE MELO SANTOS

CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE

TERESINA
2017

LUCÉLIA CAMPELO DE MELO SANTOS

CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso – TCM, apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura

TERESINA
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

S237c Santos, Lucelia Campelo de Melo.

Conhecimento de cuidadores da atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência a saúde / Lucelia Campelo de Melo Santos. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Luana Kelle Batista Moura: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2017.

83. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família) – UNINOVAFAPI, 2017.

1. Cuidador. 2. Educação em Saúde. 3. Prevenção e Controle. 4. Infecção. I. Título. II. Moura, Luana Kelle Batista.

CDD 610.73

LUCÉLIA CAMPELO DE MELO SANTOS

CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso – TCM, apresentado à
Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em
Saúde da Família do Centro Universitário
UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título
de mestre em Saúde da Família.

Data da Defesa: 28/02/2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Prof. Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle (1ª Examinadora)
Universidade Federal do Piauí–UFPI

Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita (2ª Examinador)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Profa. Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa (Suplente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida, saúde e força para superar as dificuldades.

Ao meu pai Antônio José e a minha mãe Rosa, pelo amor incondicional, o apoio constante em todas as fases da minha vida e pelo esforço ao me proporcionar uma boa educação. Não tenho e nunca terei palavras suficiente para agradecê-los. Amo vocês!

Ao meu adorável marido Hiran pelo incentivo, por acreditar em mim, pelo carinho, pelo amor, pela paciência e pela compreensão nos momentos que estive ausente. Obrigada, amor da minha vida!

À minha linda e carinhosa princesinha Cristal, que mesmo com quatro aninhos muito compreendeu minha ausência. Obrigada, filha amada!

Às minhas amadas irmãs Lucilea e Lucicléia, pelo amor e pela torcida. Amo vocês, maninhas!

À minha orientadora, Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura pela paciência, pelo suporte, dedicação, pelas suas correções e incentivos. O mérito também é seu e foi uma honra tê-la como orientadora, meu muito obrigada!

Aos componentes da banca examinadora, obrigada por suas valiosas contribuições.

Ao Centro Universitário UNINIVAFAPI e ao seu corpo docente, direção e administração por terem me oportunizado essa conquista.

À coordenadora do mestrado Profa. Dra. Eliana Lago, obrigada pelo incentivo e dedicação para com seus alunos.

Aos funcionários do mestrado, em nome da Sra. Gelsemania Barros, obrigada pela determinação em nos ajudar a alcançar nosso objetivo final.

Aos meus amigos da V turma do mestrado pela amizade e torcida.

À Fundação Hospitalar de Teresina, por meio da Dra. Maria Edna, que possibilitou a realização desse trabalho.

À Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar do Hospital de Urgência de Teresina, pela ajuda na viabilização dessa pesquisa.

Aos cuidadores, por terem aceitado participar dessa pesquisa.

Por fim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, obrigada!

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

Florence Nightingale

RESUMO

O cenário do envelhecimento da população associado ao aumento das doenças crônicas tem sobrecarregado os hospitais e proporciona uma demanda crescente de internações domiciliares, uma situação que exige atenção especial dos cuidadores que estão presentes na rotina dos pacientes. O estudo tem como objetivos: avaliar o conhecimento de cuidadores na atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência à saúde; analisar como o conhecimento de cuidadores influencia na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde na atenção domiciliar; e elaborar uma cartilha de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde na atenção domiciliar. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com 75 cuidadores de paciente internados em domicílio e atendidos pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) de um hospital de urgência na cidade de Teresina-Piauí. Os dados foram produzidos por meio de um roteiro de entrevistas semiestruturado, no período entre os meses de agosto e setembro de 2016, processados no software IRAMUTEQ e analisados pela técnica de classificação hierárquica descendente. Os resultados foram apresentados em 2 eixos: Eixo 1 – Fatores de riscos que contribuem para a infecção domiciliar sob o olhar do cuidador, contendo 4 classes – Classe 3 – Higienização e cuidado com os alimentos no ambiente domiciliar – a higienização dos alimentos é percebida como fator importante para prevenir infecção; Classe – 4 – Limpeza de ambiente domiciliar – o cuidador compreende a necessidade de higienização do ambiente para torná-lo seguro e livre de infecção; Classe – 5 – O manuseio do paciente como risco de infecção – demonstra que a relação do manuseio e a falta de higienização com o ambiente pode levar ao risco de infecção domiciliar; Classe 6 - Cuidados na prevenção de infecção de ambiente domiciliar – relata a importância de saber como higienizar o ambiente e os alimentos para prevenir a infecção domiciliar; Eixo 2 – Conceito de infecção para o cuidador, contendo as classes – Classe 1 – A doença relacionada com a rotina diária – As atividades rotineiras e a falta de higienização estão diretamente relacionadas ao risco de infecção; Classe 2 – O conceito de infecção com base na sujeidade – os cuidadores conceituam infecção baseados na sujeidade e falta de cuidados com ambiente e paciente. Os cuidadores da atenção domiciliar demonstram ter conhecimento da relação existente entre a falta de higienização do ambiente e dos alimentos com infecção. Neste sentido, reconhecem os riscos aos quais as pessoas que eles cuidam estão expostas e reportam a doença e a sujeidade como inerentes ao conceito de infecção, reconhecendo a falta de segurança e qualidade na sua prática. A partir da análise desse conhecimento é possível propor estratégias de intervenção que gerem reflexos sobre a problemática com os pacientes mais dependentes e que necessitam de um cuidado seguro para prevenir e tratar infecções. Com esses resultados, o estudo apresenta como contribuição um produto intitulado: Cartilha – Guia sobre prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde na atenção domiciliar – orientações para o cuidador.

Palavras-chave: Cuidador. Educação em saúde. Prevenção e controle. Infecção.

ABSTRACT

The population aging scenario associated with the increase of chronic diseases has overloaded hospitals and increases the home hospitalizations demand, a situation that requires special attention to the caregivers that act in the patients daily routine. The study aims to evaluate the home care professional knowledge about infections related to healthcare; to analyze how the caregivers knowledge influences the prevention of infections related to healthcare in home care and to elaborate a guide booklet for prevention of infections related to health care in home care. This is an exploratory, descriptive, and qualitative study, carried out with 75 home care professionals that takes care of patients assisted by the Multi Professional Home Care Team (EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar), from an emergency hospital in Teresina-Piauí-Brazil. The data were produced through a semistructured interview script, from the period between August and September 2016, processed in the IRAMUTEQ software and analyzed by the descending hierarchical classification. The results were presented in 2 axes: Axis 1 - Risk factors that contribute to home infection in the caregiver perspective, containing 4 classes - Class 3 - Hygiene and care with food in the home environment - food hygiene seen as an important factor to prevent infection; Class - 4 - Home environment cleaning - the caregiver understands the need to clean the environment to make it safe and free of infection; Class 5 - Handling the patient as a risk of infection - demonstrates that the relationship of handling and the lack of environment hygiene may lead to the home infection risk; Class 6 - The home environment prevention of infection care - reports the importance of knowing how to sanitize the environment and food and prevent home infection; Axis 2 - The caregiver concept of infection, containing classes - Class 1 - Disease related to daily routine - Routine activities and lack of sanitation are directly related to the risk of infection; Class 2 - The concept of infection based on dirt - caregivers conceptualized infection based on dirt and lack of care with environment and patient. Home care professionals have demonstrated being aware of the relationship between the lack of environment and food hygiene and infections risks. In this sense, they recognize the risks that the people they care of are exposed. They have reported disease and dirt as an inherent factor to infection and recognize the lack of safety and quality in their practice. Based on this analysis, it is possible to propose intervention strategies that generate reflexes to the most dependent patients problems and for those who need a safe care to prevent and treat infections. With these results, the study presents as a contribution a product entitled: Booklet – A guide for prevention of infections related to home care healthcare - guidelines for the caregiver.

Keywords: Caregiver. Health education. Prevention and control. Infection.

RESUMÉN

El escenario de envejecimiento de la población asociado al aumento de las enfermedades crónicas ha sobrecargado los hospitales e incrementa la demanda de hospitalizaciones domiciliarias, situación que requiere atención especial a los cuidadores que actúan en la rutina diaria del paciente. El estudio tiene como objetivo evaluar el conocimiento de los profesionales del cuidado del hogar sobre las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria; Analizar cómo el conocimiento de los cuidadores influye en la prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria en el hogar y elaborar un folleto guía para la prevención de infecciones relacionadas con la atención de salud en el cuidado domiciliario. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo, realizado con 75 profesionales de atención domiciliaria que cuida a pacientes atendidos por el Equipo Multi Profesional de Atención Domiciliaria (EMAD- Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar), de un hospital de emergencia de Teresina-Piauí- Brasil. Los datos fueron obtenidos a través de un guión de entrevista semiestructurado, del período comprendido entre agosto y septiembre de 2016, procesados en el software IRAMUTEQ y analizados por la clasificación jerárquica descendente. Los resultados se presentaron en 2 ejes: Eje 1 - Factores de riesgo que contribuyen a la infección en el hogar en la perspectiva del cuidador, que contiene 4 clases - Clase 3 - Higiene y cuidado con los alimentos en el hogar - Higiene de los alimentos vista como un factor importante para prevenir la infección ; Clase - 4 - Limpieza en el hogar - el cuidador entiende la necesidad de limpiar el ambiente para hacerlo seguro y libre de infección; Clase 5 - Manejo del paciente como un riesgo de infección - demuestra que la relación de manejo y la falta de higiene ambiental pueden conducir al riesgo de infección en el hogar; Clase 6 - Prevención del medio ambiente en el hogar de la atención de la infección - informa la importancia de saber cómo desinfectar el medio ambiente y los alimentos y prevenir la infección en el hogar; Eje 2 - El concepto de cuidador de la infección, que contiene clases - Clase 1 - Enfermedad relacionada con la rutina diaria - Las actividades de rutina y la falta de saneamiento están directamente relacionadas con el riesgo de infección; Clase 2 - El concepto de infección basada en suciedad - cuidadores conceptualizó la infección basada en la suciedad y la falta de cuidado con el medio ambiente y el paciente. Los profesionales de atención a domicilio han demostrado ser conscientes de la relación entre la falta de ambiente y la higiene de los alimentos y los riesgos de infecciones. En este sentido, reconocen los riesgos a los que se exponen las personas a las que cuidan. Ellos han reportado la enfermedad y la suciedad como un factor inherente a la infección y reconocen la falta de seguridad y calidad en su práctica. Con base en este análisis, es posible proponer estrategias de intervención que generen reflejos a los problemas de los pacientes más dependientes y para aquellos que necesitan un cuidado seguro para prevenir y tratar las infecciones. Con estos resultados, el estudio presenta como una contribución un producto titulado: Folleto - Guía para la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en el hogar - pautas para el cuidador. Palabras clave: Cuidador. Educación para la salud. Prevención y control. Infección.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização do problema	11
1.2	Questão norteadora	12
1.3	Objetivos	13
1.4	Justificativa	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Infecção Relacionada à Saúde–IRAS	13
2.2	Política de Atenção Domiciliar como Modalidade de Atenção à Saúde.....	16
2.3	Cuidadores	17
3	METODOLOGIA	25
3.1	Tipo do estudo	25
3.2	Cenário do estudo	25
3.3	Participantes do estudo	26
3.4	Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	26
3.5	Processamentos e análise dos dados	26
3.6	Aspectos éticos e legais	28
4	RESULTADOS.....	30
4.1	Manuscrito-Conhecimento dos Cuidadores da Atenção Domiciliar sobre Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.....	30
4.2	Produto: Cartilha Educativa sobre prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde na atenção domiciliar.....	40
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES.....	83
	ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O serviço de assistência domiciliar adequado necessita de alguns parâmetros que devem ser seguidos observando-se as necessidades de cada paciente, tais como planejamento e coordenação, a fim de garantir conforto e qualidade de vida em seu quadro de saúde. Com o processo de desospitalização, os pacientes com alguma dependência e cuidadores podem ficar desassistidos e propensos a adquirir infecções relacionadas à assistência à saúde.

A mudança no perfil da assistência à saúde reduz o tempo de internação hospitalar. Com a transferência do paciente do hospital para o seu domicílio, há consequente aumento na proximidade com a família e isso pode diminuir o estresse emocional, colaborando para a evolução clínica do paciente. Porém, mesmo com a saída do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar, os riscos de infecções ainda são altos se não houverem medidas de prevenção.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 963 de maio de 2013, conceitua atenção domiciliar como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar àquelas já existentes, promovendo o tratamento e reabilitação, gerenciando as Equipes de Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Nesta Portaria, o cuidador é definido como a pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes, que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à diminuição da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, à humanização da atenção, à desinstitucionalização e à ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

As infecções relacionadas à assistência representam um agravamento clínico de maior impacto para a humanidade face as altas taxas de morbidade e mortalidade (VALLE, 2013). O principal problema é a contaminação do paciente, tanto pelos equipamentos quanto pelos

profissionais de saúde e cuidadores. Os prestadores de assistência também podem ser expostos aos pacientes infectados durante o atendimento (FERNANDES; RIBEIRO FILHO; BARROSO, 2000).

As infecções relacionadas à assistência à saúde mais prevalentes são: respiratórias, do trato urinário, infecções de pele e as doenças parasitárias, sendo os extremos de idades fatores determinantes para infecção devidos a fragilidade do seu sistema imunológico. Tal fato, associado a doenças crônicas torna a situação ainda mais grave (FALSEY *et al.*, 2005).

Entretanto, a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde está diretamente relacionada às competências e habilidades dos cuidadores, trabalhadas em programas contínuos de educação. Há uma escassez de estudos sobre o conhecimento e capacitação de cuidadores para desempenharem com segurança e qualidade a assistência ao paciente.

A qualidade dos cuidados a partir da perspectiva do paciente, especialmente nos cuidados de saúde em casa, passou a ser investigada apenas muito recentemente (PÉRODEAU *et al.*, 2011). O cuidador assume a responsabilidade de cuidar, no entanto, na maioria das vezes, não recebeu nenhum tipo de preparo para esta situação, adquirindo experiência pela tentativa e erro, pela repetição ou orientações informais da comunidade adjacente (BRONDANI, 2008).

Entre os sujeitos cuidados existe um alto grau de dependência, situação agravada pelo uso de dieta enteral, via sonda nasogástrica, gastrostomia ou jejunostomia, traqueostomia com necessidade de aspiração e oxigenoterapia (CARVALHO *et al.*, 2015).

Dessa forma, a família deve assumir para si a responsabilidade de realizar procedimentos e cuidados complexos, anteriormente realizados por profissionais de saúde e nunca antes realizados pelos cuidadores, o que pode acarretar prejuízos para o sujeito cuidado (BRASIL, 2012).

Diante dessa problemática, o estudo tem como objeto o conhecimento de cuidadores da atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência à saúde.

1.2 Questões norteadoras

Qual o conhecimento que os cuidadores na atenção domiciliar possuem sobre infecções relacionadas à assistência à saúde?

Como esse conhecimento influencia na prevenção de infecções em internações domiciliares?

1.3 Objetivos

Avaliar o conhecimento de cuidadores na atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência à saúde.

Analisar como o conhecimento de cuidadores influencia na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde na atenção domiciliar.

Elaborar uma cartilha de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde na atenção domiciliar.

1.4 Justificativa

A principal motivação para o desenvolvimento desse estudo surgiu diante do crescimento de serviços de atenção domiciliar e da importância desse processo na qualidade de vida da população.

A inquietação acerca do conhecimento dos cuidadores sobre IRAS emerge a partir do entendimento que a complexidade dos cuidados prestados em domicílio tem aumentado e que grande parte desses cuidados estão sendo delegados aos cuidadores leigos. Apesar da dimensão do problema, existe uma lacuna muito grande na literatura acerca da efetivação de uma educação continuada voltada para esse público.

A partir de um paralelo entre o cuidado nos hospitais e o doméstico, no primeiro toda assistência ao paciente é prestada por profissionais formados e conscientes da importância da prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde e ainda assim os índices de infecção são uma preocupação constante, no segundo a maioria é composta de familiares e leigos, por este motivo surgiu a necessidade de se investigar o conhecimento dos cuidadores em relação à temática. Além disso, são escassos os estudos voltados para essa população,

especialmente que tratem sobre a importância da prevenção de infecções em atendimentos domiciliar para diminuir a morbidade e prevenir a re-internação.

Essa pesquisa torna-se de grande importância ao possibilitar aos profissionais de saúde a melhor compreensão dos conceitos que os cuidadores leigos detêm sobre a prevenção de IRAS na internação domiciliar e com base nesses conhecimentos ter mais embasamento para elaborar um planejamento centrado no paciente com foco na qualidade e segurança do cuidado.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1. Infecção Relacionada à Saúde - IRAS.

O aparecimento das infecções vem desde os primórdios da criação dos hospitais. Segundo Foucault (2007), antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, assim como de separação e exclusão. À época, o pobre com recursos limitados, tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. O hospital foi criado tanto para recolhê-lo até a morte, dando os últimos cuidados e o sacramento, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna e é tido como instrumento terapêutico, tratando-se de uma invenção relativamente nova. Pode e deve ser um instrumento destinado a curar e é assinalado por uma nova prática: a visita e a observação sistemática é comparada àquela dos hospitais. Percebe-se que o primeiro fator da transformação não foi a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas sim a anulação dos efeitos negativos do hospital, ou seja, as doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo. Tal fato demonstra a preocupação com o controle de infecção nos hospitais.

Infecção é a penetração e/ou desenvolvimento de microrganismos no organismo, que pode promover consequências nocivas aos indivíduos. Tal circunstância surgiu nos hospitais como uma consequência das precárias condições em que as pessoas eram dispostas e

atendidas naqueles ambientes. A precariedade das condições, por sua vez, contribuiu para a evolução do conhecimento sobre o hospital e sua finalidade, que, gradativamente, passa a ter uma nova função na assistência à saúde (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008). Demonstrando ser um tema de relevância, surgiram vários estudos, inclusive portarias, que têm como objetivo nortear o trabalho dos profissionais na prevenção de infecção.

Na Portaria do Ministério da Saúde (MS), nº 2616 de 12/05/1998, define-se a Infecção Hospitalar (IH) como “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998). Para Andrade e Angerami (1999), as infecções hospitalares não só elevam as taxas de morbimortalidade, como também ampliam o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais, com o consequente aumento do custo do tratamento e menor utilização dos leitos hospitalares. Portanto, na medida em que a população tem acesso às instituições hospitalares, devem serem tomadas medidas rigorosas de prevenção e de controle das infecções hospitalares para que não haja risco de se contraírem as infecções.

Apesar dos diversos esforços e estudos na área, para Andrade e Angerami (1999), os hospitais brasileiros centralizavam a prestação de cuidados à saúde, enfrentando o grave problema da ampliação da demanda social aliada à magnitude da recessão quantitativa e qualitativa de recursos humanos. Hoje, a realidade é a mesma, o cuidado continua voltado apenas para a assistência à saúde, com poucas ações na promoção da saúde, além do aumento expressivo da população.

Esse aumento populacional deve-se à transição demográfica e epidemiológica que são outros fortes determinantes na demanda por assistência extra-hospitalar, principalmente para idosos, como é o caso das instituições de longa permanência. Isto implica no aumento das infecções. Nos últimos 50 anos a população dos países desenvolvidos com mais de 65 anos triplicou (12,2 milhões para 36 milhões). No Brasil, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final de 2020, aproximadamente 13% da população. Até 2025, o país será sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas (BRASIL, 2008a).

Essa transição ocorreu em consequências de diversos fatores, como a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, possibilitando as pessoas viverem por mais

tempo. Além disso, os avanços na área da saúde têm possibilitado que cada vez mais pessoas consigam viver por um período mais prolongado (BRASIL, 2008).

Com a atual situação de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Tal fato evidencia a presença cada vez mais frequente do cuidador nos lares, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. O cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, desta forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares. Nota-se que a educação do cuidador é um dos pontos mais importantes na redução dos riscos de infecção e consequentemente, diminuição das internações e gastos em saúde pública (BRASIL, 2008b).

A compreensão da dinâmica da IH vem sendo estudada desde a idade média, os fatores de risco e casualidades modificaram com o passar dos tempos, principalmente na inserção e na intervenção nos serviços de saúde (LACERDA; ERGY, 1997).

As IHS são caracterizadas por patologias causadas muitas vezes por múltiplos organismos associados a vários cofatores, a multicasualidade é um fenômeno determinante para auxiliar na intervenção dos segmentos da área de saúde no tratamento, no controle e na prevenção das infecções hospitalares (COUTO; NOGUEIRA; NOGUEIRA, 1999).

Dados da década de 1950, demonstram que a transmissão de doenças infecciosas no hospital era uma preocupação dos profissionais de saúde (LACERDA; ERGY, 1997). Temas como infecções no pós-operatório, técnicas assépticas, desinfetantes, esterilizantes e problemas com o lixo hospitalar, assim como a resistência microbiana (LACERDA, 2002).

Em 1979, o Governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, participou junto com outros países da América Latina e os Estados Unidos de uma conferência multidisciplinar na Guatemala, patrocinada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com o objetivo de verificar a situação dos programas de infecções (RODRIGUES; ALMEIDA, 2005).

As atividades do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) foram delineadas pela Lei nº9431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade de os hospitais manter um Programa de Infecções hospitalares e criarem uma Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) para execução deste controle (BRASIL, 2003).

As CCIH devem ser formadas por profissionais médicos e enfermeiros especializados. Representantes de outras áreas do hospital também podem colaborar com essa Comissão, como os setores de farmácia, nutrição, laboratório.

Segundo Valle (2013), a falta de padronização dos procedimentos, inexistência de normas e rotinas para a prevenção e controle dos riscos de infecção e a não utilização de metodologia da assistência predispoem a ocorrência de infecções cruzadas e acidentes ocupacionais. Além disso, a falta de padronização também pode levar a resultados diferentes ou dificultar o alcance dos resultados esperados. As dificuldades para o desenvolvimento de um programa de controle de infecção na Atenção Domiciliar são várias: a falta de profissional capacitado para conduzir e investir em prevenção, educação e intervenção; a ausência de protocolos de como realizar a vigilância; dificuldades na realização de exames complementares que possam auxiliar no diagnóstico das infecções; dificuldades em calcular taxas; e, além disso, quando o paciente se hospitaliza por complicações infecciosas, não há comunicação entre o hospital e a instituição que promoveu a assistência no domicílio

Entende-se que é necessária a realização de campanhas com práticas efetivas seguras de prevenção e controle da infecção. Tal fato contribuirá diretamente para a formação de conceitos, diretrizes e protocolos que serão elaborados e revisados à luz das evidências científicas de maneira que haja eliminação ou a redução máxima da ocorrência de infecção, além da elucidação das lacunas do conhecimento nos desafios emergentes.

2.2 Política de Atenção Domiciliar Como Modalidade de Atenção à Saúde

Segundo Amaral *et al.*, (2001), a saúde tem como base o Dispensário de Boston (1796) , em 1850, sob a liderança de Lilian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio.

Existem poucas legislações e normas sobre o processo operacional da assistência domiciliar, como a portaria GM/MS nº 2416 de 1998, sobre as internações domiciliares no SUS e também SAS/MS nº 249 de 2002. Em 2006 foi aprovada a política Nacional de Atenção (BRASIL, 1998).

Quanto à organização domiciliar, está dividida em três modalidades: atenção domiciliar tipo I, tipo II e tipo III. A atenção domiciliar tipo I destinada ao usuário que possua

problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção. Atenção domiciliar tipo II é destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção e que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundo de diferentes serviços da rede de atenção. Atenção domiciliar tipo III é cabida aos pacientes que utilizam de oxigenoterapia e diálise peritoneal (BRASIL, 2011).

Internações domiciliares são atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

Em um outra perspectiva, podemos entender a atenção domiciliar como redução de custos, principalmente para os pacientes que possuem patologias que necessitam de internações prolongadas ou reinternações (OSMO; CASTELLANOS, 2007). Com o crescente aumento de internações domiciliares nos últimos anos, cresce também o número de cuidadores domiciliares (SILVA, 2005).

2.3 Cuidadores

Um conceito de grande valor para a compreensão dessa pesquisa é o do próprio cuidador que para BRASIL (2008b) é aquele ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. Na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, a ocupação de cuidador é definida como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

Cuidadores leigos são pessoas que prestam o cuidado ao doente, tanto no âmbito institucional quanto no familiar, no qual atuam sem remuneração e/ou formação profissional especializada. Atualmente, a prática profissional permite afirmar que, muitas vezes, o ser adoecido enfrenta essa etapa da vida com a presença de algum familiar, o qual, por necessidade, mesmo sem formação especializada, torna-se cuidador. Em contrapartida, os programas de saúde, vigentes no Brasil, desconsideram o cuidador leigo, que é componente

fundamental para a reabilitação e recuperação das pessoas enfermas (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

O cuidador é, por vezes, um familiar, vizinho, amigo ou até mesmo um empregado contratado, cujo papel principal é cuidar do paciente. É peça fundamental no processo de internação domiciliar (AMARAL *et al.*, 2001). O cuidador informal, na grande maioria das vezes, é papel reservado para mulheres, como tradicional provedora de cuidados básicos aos idosos dentro da família.

Mesmo com a profissionalização do cuidador, o cuidador informal continua existindo no cotidiano das famílias de cada paciente. Cunha (1991) ressalta a necessidade de se repensar a assistência à saúde centrada no hospital, no qual tendem a negligenciar a saúde do paciente descapitalizado. O trabalho cita as altas precoces, o alto custo do tratamento, a carência de leitos e a alta incidência de doenças crônicas como motivos para a prestação de assistência domiciliar.

No ensino ao cuidador, o primeiro conceito que precisa conhecer é o de que cuidado e cuidar. De acordo com BRASIL (2008b) cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é ainda perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e suas falas, sua dor e limitação. Desta forma, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa cuidada.

Para Boff (2000), cuidar é mais uma atitude de carinho que abrange muito mais que um momento de atenção, de primor e de desvelo. É uma atitude de ocupação que requer responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Os cuidadores ao se perceberem sobrecarregados, tendem a sentir maiores níveis de tensão e, conseqüentemente, a desempenharem suas funções aquém de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado desequilibrada, normalmente acompanhada por resultados insatisfatórios (FERNANDES; GARCIA, 2009).

O cuidado com o núcleo familiar deve fazer parte do processo de trabalho das equipes, porém, fortalecer a rede de apoio formal ou informal, neste contexto, torna-se fundamental,

visto a necessidade de compartilhar medos e dificuldades dos familiares e cuidadores e envolver outras formas de apoio existentes na comunidade em que reside (BRASIL, 2008a).

O ato de cuidar no domicílio foi caracterizado por Brondani e Beuter (2009) como um aprendizado constante, diário, em que a cuidadora adquire experiência pela repetição e pela observação dos profissionais que atuaram junto ao familiar. Assim, o aprendizado da cuidadora não deve ser restrito ao período domiciliar do tratamento. Para eles, há necessidade do profissional iniciar as atividades educativas durante a internação hospitalar do doente, utilizando todos os momentos disponíveis para orientar e educar a cuidadora familiar.

Dessa forma, as atividades realizadas pelo cuidador devem ser planejadas em conjunto entre o mesmo, a equipe multidisciplinar e a família. É importante que as orientações sejam claras registradas no prontuário domiciliar. A parceria entre os profissionais e o cuidador deverá possibilitar a sistematização dos trabalhos a serem realizados no domicílio, buscando a promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional do paciente e do seu cuidador, evitando-se assim, a institucionalização e outras formas que podem levar a segregação e/ou isolamento (BRASIL, 2012).

A incorporação de ações para a prevenção e controle das infecções no ambiente domiciliar pelo sistema de saúde brasileiro não é uma prática difundida, tendo escassos estudos nacionais sobre fatores de riscos, ressaltando o risco de infecções de acordo com a higiene e a má manipulação de insumos como na administração, nos procedimentos invasivos (VALLE, 2013).

É importante caracterizar as doenças que mais acometem pacientes dependentes hospitalizados que são cuidadas por cuidadores familiares ou mesmo para uma reinternação. Segundo a literatura, o principal motivo para internação foram as afecções pulmonares. Os dados revelam que 30% dos pacientes apresentam problemas e diagnósticos relacionados ao sistema respiratório. Essa ocorrência é devida à maior susceptibilidade fisiológica e imunológica as infecções, contribuindo para a redução da capacidade física e biológica e diminuindo sua autonomia. Ainda foram vistas complicações decorrentes da longa permanência no leito aliadas às condições nutricionais, como lesões por pressão, o que evidencia altos riscos de infecções, necessidade de mais tempo de internação, como também mais chance de reinternação por piora da lesão tegumentar e riscos inerentes à doença (SOUZA, *et al.*, 2014).

Durante a internação do paciente observou-se o momento ideal para orientar os cuidadores sobre o cuidado com o paciente. Acredita-se que essa interação entre os profissionais de saúde e os cuidadores, ainda no ambiente hospitalar, preparando-os para o cuidado domiciliar, acelera o processo de aprendizagem, trazendo segurança e qualidade ao cuidado (SOUZA, *et al.*, 2014).

Em estudos visando estratégias de educação em saúde direcionadas aos cuidadores, durante a internação, a percepção dos cuidadores em relação às práticas educativas, a permanência do cuidador no hospital foi apontada como momento oportuno para que eles pudessem observar e praticar os procedimentos voltados para o sujeito cuidado no domicílio. Os depoimentos evidenciaram importante aprendizado, desde atividades simples como o banho, até atividades mais complexas como o manuseio da dieta enteral, aspiração e cuidados com a traqueostomia. Os cuidadores afirmaram que o aprendizado e as atividades realizadas durante o período de internação hospitalar facilitaram a compreensão das orientações prestadas pelas equipes de atenção domiciliar (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013).

Identificam-se vários entraves para se trabalhar a prevenção de infecções relacionadas à assistência no domicílio, sendo o maior deles o baixo conhecimento dos cuidadores relacionado à temática. Com isso, a prevenção de infecções no domicílio é um grande desafio a ser superado na perspectiva do cuidador.

No estudo do perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares, realizado por SOUZA *et al.* (2014), quando questionados sobre saber cuidar do seu familiar, 60% dos cuidadores afirmaram saber cuidar do paciente a partir de explicações e acompanhamento no recinto hospitalar. Porém, percebeu-se a alta prevalência de cuidadores sem o preparo adequado para o cuidado. Na mesma pesquisa, 48% dos cuidadores disseram encontrarem-se preparados para a prática no lar.

Para Carvalho, Rodrigues e Braz (2013), considerando que os cuidadores pesquisados não apresentaram formação pregressa para o cuidado, aliada a complexidade dos sujeitos cuidados e as necessidades apresentadas pelos mesmos, é possível afirmar que as práticas educativas realizadas durante a internação, contribuíram sobremaneira com o aprendizado dos cuidadores, pois manifestaram em seus depoimentos que estavam adequadamente preparados para os cuidados domiciliares. Neste sentido, as práticas educativas devem ser mantidas,

priorizadas e, principalmente sistematizadas, para que possam subsidiar os cuidadores no enfrentamento da experiência de tornar-se cuidador.

Nesse contexto, pode-se notar ainda a importância da orientação diária do cuidador sobre os cuidados prestados ao paciente. Para Souza *et al.* (2014), muitas vezes, a atuação dos profissionais de saúde no preparo para alta ocorre simultaneamente à alta hospitalar, sendo que a orientação do paciente deve ser planejada pela equipe de saúde desde sua admissão para que não haja sobrecarga de informação no momento da saída do hospital.

É importante que a educação seja continuada fora do ambiente hospitalar com apoio da rede de atenção básica. O perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares demonstra que 96% pessoas foram acolhidas pelo serviço de atenção básica de saúde, mostrando um cenário favorável para a construção de redes e parcerias facilitadoras para o cuidado domiciliar (SOUZA et al., 2014). A construção de redes favorece o cuidado, visto que aproxima os profissionais um dos outros, possibilitando a troca de experiência em educação do cuidador.

Para Carvalho, Rodrigues e Braz (2013), o deslocamento do cuidado para o âmbito domiciliar, isoladamente, não garante uma política de saúde adequada, sendo necessários investimentos em recursos físicos e humanos, habilitados e capazes de garantir um atendimento sensível às demandas dos usuários, no contexto em que estão inseridos e livres de prejuízos. Nesta perspectiva, a desospitalização do indivíduo, não se encerra no contexto da alta, especialmente nos casos em que os sujeitos dependerão de cuidados contínuos em nível domiciliar.

Afinal, de acordo com Valle (2013), diversos fatores de risco estão presentes no ambiente domiciliar e peridomiciliar como: falta de saneamento básico; precárias condições de higiene pessoal, no preparo de alimentos; inadequado armazenamento e coleta do lixo domiciliar; deficiência na imunização; presença de animais e vetores contaminados ou potencialmente contaminados por agentes infecciosos, quais sejam, bactérias, fungos, helmintos ou protozoários.

Nesse ambiente, o foco da assistência é a família, os fatores de risco intensificam-se com a idade ou prematuridade, sendo os idosos e bebês prematuros mais vulneráveis às doenças infecciosas, principalmente pelo déficit da imunidade, pelo menor poder cognitivo ou de apreensão dos riscos, pela redução das atividades de vida diária e da capacidade funcional.

Além disso, a presença de agravos incapacitantes, como o acidente vascular cerebral, o politraumatismo, a evolução de complicações do diabetes mellitus e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas viabilizam o surgimento de infecções pela necessidade constante de assistência, muitas vezes realizada por meio de procedimentos invasivos, mesmo no domicílio, seja pelo atendimento, internação ou atenção domiciliar (VALLE, 2013). Com tudo isso, torna-se imprescindível a visita ao ambiente domiciliar, que pode ser realizado com o apoio da Atenção Básica, como forma de conhecer a realidade de cada paciente.

Os profissionais de saúde, ao realizarem orientações em relação ao cuidado domiciliar, precisam estar atentos na utilização de uma linguagem adequada, considerando a realidade cultural e social de cada família. Portanto, o processo educativo desenvolvido no âmbito domiciliar deve estar embasado em uma relação horizontal, dialógica, reflexiva entre os profissionais de saúde e as cuidadoras, possibilitando que estas encontrem formas e alternativas de solucionar os problemas decorrentes da doença do familiar. (Brondani; Beuter, 2009). A linguagem é o meio mais importante de compreensão, lembrando que essa linguagem pode ser verbal e não-verbal.

Como forma de aprendizado, podem ser utilizadas cartilhas com imagem, algo que faz parte da linguagem não-verbal, e palestras com práticas que facilitem a compreensão, principalmente dos pacientes com menor grau de instrução. Em estudo realizado por Carvalho, Rodrigues e Braz (2013), os cuidadores atribuíram valorização positiva ao conteúdo disponibilizado. No entanto, os depoimentos demonstraram que a consulta ao material aconteceu com maior frequência no primeiro mês após a alta hospitalar, tornando-se esporádica à medida que os cuidadores adquiriam prática em relação às técnicas e procedimentos de cuidado. Considerando a baixa escolaridade da amostra, dois cuidadores relataram dificuldades para compreensão do material, cuja linguagem foi descrita como excessivamente técnica, inferindo necessidade de adequações. Porém, houve consenso que os impressos com figuras facilitaram a compreensão do conteúdo.

Entretanto, um estudo realizado por Castro *et al.* (2014) sobre educação em saúde na atenção ao paciente traqueostomizado, os autores demonstraram que o fator limitante da ação educativa pode não ser a escolaridade, mas sim a inadequação entre as estratégias de ensino e avaliação em relação aos anos de escolaridade do educando. A criação de um projeto que norteara a ação educativa foi requerida pelos trabalhadores de enfermagem e os depoimentos

traduziram as dificuldades tanto na estruturação da equipe, número insuficiente de trabalhadores e papéis profissionais pouco delimitados quanto no preparo técnico-científico para a ação educativa.

De acordo com Del Duca, Thume e Hallal (2011) podem ser criados programas de apoio dirigidos ao cuidador principal ou mesmo a vários membros da família, operacionalizados a partir de atendimentos individuais ou grupais, com trocas de experiências e repasse de orientação prática quanto aos procedimentos de cuidado. Atenção específica deve ser destinada a indivíduos com as mesmas características daqueles que apresentaram as maiores ocorrências de cuidado domiciliar: idade avançada, baixa escolaridade e incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária.

O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto, o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas. A parceria entre os profissionais e os cuidadores deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador. Evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento (BRASIL, 2008b).

Em um estudo sobre conhecimentos e dificuldades do cuidador do doente dependente (MARQUES; DIXE, 2010), os cuidadores destacam a importância de contar com o apoio de um profissional de referência que os instruisse sobre o cuidar, pois teriam uma pessoa específica a quem se dirigir quando surgissem dúvidas, preferencialmente em domicílio, a fim de adequar o ensino aos recursos humanos, materiais e ao material. Considerando igualmente importante que as orientações fossem efetuadas em local privado e com tempo necessário, permitindo que cuidador conseguissem aprender as informações, ou seja, pelo método da demonstração.

Embora a temática infecção hospitalar seja muito frequente nos estudos, nas publicações e discussões de eventos científicos, ainda assim existem algumas questões que apontam lacunas ou a necessidade de estudos. Nessa pesquisa encontrou-se uma dessa

lacunas, que deve ser estudada ainda mais, para uma melhor avaliação do controle de infecção pelo cuidador do paciente, com resultado na diminuição das internações.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. Para Gil (1999), a pesquisa exploratória proporciona uma maior familiaridade com o problema, fazendo com que possamos construir hipóteses sobre o assunto abordado, dando uma visão geral do determinado fato. Uma pesquisa é de origem exploratória quando envolver levantamentos bibliográficos, entrevistas com pessoas que vivenciam o problema pesquisado, possuindo a finalidade de desenvolver esclarecimentos, modificando conceitos e ideias para formulação de abordagens posteriores.

O método qualitativo não é apenas um modo de pesquisa que atende a certas demandas. Ele tem o fim comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. Saliente-se ainda o termo processo, aqui particularmente rico, caracterizando o método qualitativo como aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta (TURATO, 2005).

Desta forma esse tipo de estudo busca-se compreender o conhecimento dos cuidadores da atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência à saúde.

3.2 Cenário do estudo

Este estudo foi desenvolvido na residência de pacientes internados em domicílio e atendidos pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) de um hospital de urgência na cidade de Teresina, Piauí, Brasil.

Trata-se de uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar tipo 2, habilitada pela Portaria MS nº6 de 9/01/2014 e Portaria interna da instituição de referência nº1 de 16/01/2015. A equipe iniciou suas atividades em 12 de fevereiro de 2015, funcionando 12 horas com nove profissionais, sendo 2 enfermeiros (30h), 2 médicos (20h), 1 fisioterapeuta (30h) e 4 técnicos de enfermagem (120h). Atualmente, a Equipe encontra-se com 75 pacientes em atenção de domiciliar, sendo considerado um campo vasto e propício para a realização deste estudo (Portaria nº1/2015 do hospital de Urgência de Teresina).

A escolha em desenvolver este estudo especialmente nessa equipe aconteceu de forma intencional, por tratar-se da única EMAD atuando na capital do Piauí.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes desse estudo foram 75 cuidadores de pacientes cadastrados da EMAD tipo 2 de um hospital de urgência em Teresina. Como critério de inclusão desses participantes, foi utilizado o seguinte: ser cuidador de paciente em internação domiciliar da referida equipe. Foram excluídos cuidadores de pacientes não oriundos do hospital de urgência de Teresina. Esse estudo foi realizado após aprovação da instituição (ANEXO A).

A seleção dos participantes aconteceu considerando a disponibilidade e o interesse dos mesmos em participarem da pesquisa. Foi realizado um primeiro contato pessoal pela própria pesquisadora a fim de oficializar o convite. Ao concordarem, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Para analisar o conhecimento dos cuidadores sobre as infecções relacionadas à assistência à saúde foi utilizado, como instrumento da pesquisa, um roteiro para entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) visando alcançar o objetivo proposto. Essa coleta de dados foi realizada de 30 agosto a 30 de setembro de 2016 na Fundação Hospitalar de Teresina, mediante autorização (APÊNDICE C). Para Minayo (2008), a entrevista constitui a representação do indivíduo por meio de ideias, sentimentos, condutas e projeções para o futuro, fornecidas apenas mediante a contribuição do entrevistado. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em uma sala reservada nas dependências do cenário do estudo, conforme disponibilidade dos participantes.

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados por meio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

De acordo com Camargo e Justo (2013), trata-se de um programa que permite a análise de elementos textuais desde lexicografia básica até análises multivariadas e sua

vantagem e praticidade são caracterizadas por uma distribuição de vocabulário claro. Viabiliza a análises sobre corpus textuais (nuvem de palavras, análise de similitude, Classificação Hierárquica Descendentes (CDH), estatísticas textuais clássicas) e análises sobre tabelas indivíduos/palavras (CDH por matrizes de distâncias, nuvem de palavras, análise de similitude, descrição e quiquadrado (X^2)).

O *software* IRAMUTEQ[®] apresenta rigor estatístico e permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical. Além disso, sua interface é simples e facilmente compreensível, e, sobretudo seu acesso é gratuito. Por estas características acredita-se que o mesmo possa trazer muitas contribuições ao campo de estudo das ciências humanas e sociais, em diversos países do mundo, e em especial nos de língua portuguesa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Dentre os vários tipos de análise de dados textuais que o programa supracitado pode realizar foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), seguindo os passos recomendados pelo tutorial do IRAMUTEQ[®].

Os textos foram transcritos seguindo linhas de comando sempre antes de cada conteúdo, com o intuito de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI). Estes conjuntos de textos, formaram o *corpus* analisado.

Um *corpus* adequado à análise do tipo CHD deve constituir-se num conjunto textual centrado em um tema. O material textual deve ser monotemático, pois a análise de textos sobre vários itens previamente estruturados ou diversos temas resulta na reprodução da estruturação prévia dos mesmos. Durante a preparação do corpus fez-se leituras, correções e decodificações das variáveis fixas, conforme mostra o quadro 1 a seguir:

Quadro 1 –Banco de dados para decodificar variáveis

	GÊNERO	IDADE	ESCOLARIDADE
*Suj_1 a	*Sex_1 feminino	*ida_1 15 __22	*esc_1 analfabeto
*Suj_75	*Sex_2 masculino	*ida_2 22 __29	*esc_2 fundamental incompleto
(Sujeitos		*ida_3 29 __36	*esc_3 fundamental completo
Participantes)		*ida_4 36 __43	*esc_4 ensino médio incompleto
		*ida_5 43 __50	*esc_5 ensino médio completo
		*ida_6 50 __57	*esc_6 superior
		*ida_7 57 __64	

Fonte: IRAMUTEQ, 2016.

Posteriormente, o programa realizou a divisão do *corpus*, com base na ocorrência das palavras em função de suas raízes e procedeu o cálculo da frequência destas formas reduzidas para obter um significado das classes produzidas. Para obtenção das classes, foi aplicado o método de CHD, utilizando-se o teste quiquadrado (X^2) das formas reduzidas.

3.6 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAP, com o número de aprovação de CAEE nº 58950816.6.00005210 (ANEXO B) e encaminhado para a Fundação Hospitalar de Teresina (ANEXO A). Os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram garantidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE e pela declaração de compromisso dos pesquisadores (ANEXO C), atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos, onde foram explicados aos participantes as etapas da pesquisa e objetivos da mesma. A participação se deu em total anonimato, onde as identidades dos participantes ficaram em sigilo somente com a pesquisadora. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o TCLE (APÊNDICE A), ficando uma via para o participante e outra para o pesquisador, garantindo a segurança de ambos.

Para sanar e reduzir os riscos, o trabalho foi embasado em todos os procedimentos éticos, legais na adoção de medidas que venham a priorizar o bem-estar de todos os participantes envolvidos. No tocante as informações estas foram expressas não expondo os participantes, sendo estas informações obtidas utilizadas exclusivamente para o cunho científico. As entrevistas foram realizadas em uma sala de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador.

Os benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, os quais irão possibilitar o conhecimento dos cuidadores da atenção domiciliar sobre as infecções relacionadas a assistência a saúde. Permitirá a definição de ações que estimulem a interação entre a pesquisa e a prática, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade. Também foi elaborada uma cartilha de prevenção de infecções relacionadas a assistência a saúde na atenção domiciliar voltado para o cuidador e acredita-se que irá auxiliá-lo na prática de um cuidado seguro, livre de prejuízos.

4 RESULTADOS

4.1 MANUSCRITO

International
Medical Society
<http://imedsociety.org>

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
SECTION: INFECTIOUS DISEASES
ISSN: 1755-7682

2017

Vol. 10 No. 60
doi: 10.3823/2330

Home Care Caregivers Knowledge about Infections Related to Health Care

ORIGINAL

Lucélia Campelo de Melo Santos¹, Luana Kelle Batista Moura²,
Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle³, Gerardo Vasconcelos Mesquita⁴,
Luciela Galvão Godim Correia Feitosa⁵

Abstract

Objective: Analyze the knowledge of home caregivers about health care related infections.

Method: Descriptive and exploratory research, with qualitative approach, conducted with 75 caregivers of patient hospitalized at home. The data was collected through a semi-structured interview script, from August to September, 2016, processed on the IRAMUTEQ software and analyzed by the descending hierarchical classification.

Results: The results were presented with two axis: Axis 1. Risk factors that contribute to the home infection by the caregiver point of view, containing the classes; Class 3. Sanitation and caring with the food in the home ambient; Class 4. Home ambient cleaning; Class 5. The handling of patient with infection risks; Class 6. Cares on the prevention of infections in the home ambient; Axis 2. The concept of home infection to the caregiver, containing the classes; Class 1. The knowledge about the disease on the daily routine; Class 2. The concept of the infection based on the dirtiness and on the disease.

Conclusion: The home care caregivers showed to know the relation between the lack of sanitation in the ambient and the infected food. In this sense, the caregivers recognize that the risks which their patient are exposed. They report the disease and the dirtiness as inherent to the infection concept and recognize the lack of security and quality in its practice.

Keywords

Caregiver; Health education; Community infection.

- 1 Nurse, Professional MSc in Family Health, UNINOVAFAP, Teresina, Piauí, Brazil.
- 2 Dentist, Doctor, Professional MSc in Family Health, UNINOVAFAP, Teresina, Piauí, Brazil.
- 3 Nurse, Doctor, Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Piauí, UFPI, Teresina, Piauí, Brazil.
- 4 Physician, Doctor, Professional MSc in Family Health, UNINOVAFAP, Teresina, Piauí, Brazil.
- 5 Nurse, Doctor, Professional MSc in Family Health, UNINOVAFAP, Teresina, Piauí, Brazil.

Contact information:

Lucélia Campelo de Melo Santos

Address: 4209, Monsenhor José Luiz Cortez street, Santa Isabel, Teresina-Piauí, 64.053-090.

Tel: (86) 99974-5318.

✉ lucellyacampello@yahoo.com.br

Introduction

In Brazil, with the health assistance profile, the hospital hospitalization time can be reduced. With the patient transference from the hospital to his home, increases the proximity with the family and can consequently decrease the emotional stress and collaborate to the good clinical evolution. However, even with the hospital ambient leaving to the home ambient, the infection risks are still high if there aren't prevention measures.

The Ministry of Health of Brazil, through the concierge number 963 from May 2013, concepts the home care as a new modality of the health care, substitutive or complementary to the existents promoting the treatment and the rehabilitation, managing the Multi professional Home Care Teams (MHCT) and without familiar bond to the user, capable to help him in his necessities and daily life activities [1].

According to the Health Ministry, the home care aims the work process reorganization of the teams that provides home care on the basic care, outpatient, on the urgency and emergence hospital services, aiming to decrease the demand for hospital attendant and/or reduction of the permanence period of the hospitalized users, the humanization care, the deinstitutionalization and the users autonomy spread [1].

Infections related to care represent a serious public health problem due to high morbidity and mortality [2]. The main problem is patient contamination during care. Caregivers may also be exposed to infected patients during care [3].

The infections related to the health assistance more prevalent are: respiratory, urinary tract, skin infections and parasitic diseases, being the extremes ages determinants factors to the infection due to their immunologic system fragility. This fact associated to chronic diseases turns the situation even more serious [4].

However, the infection prevention related to the health assistance is directly related to the caregivers'

skills and abilities worked in continuously education programs. There is a scarcity of studies about the caregivers' knowledge and training to make, with safety and quality, the patient assistance.

The care quality through the patient perspective, specially on the home health care, started to be investigated very recently [5]. The caregiver assumes the responsibility to take care, however, in the most part of the times he didn't receive any kind of prepare to this situation, acquiring experience by the tentative and mistakes, by the repetition or informal orientations of the adjacent community [6].

Among the cared individuals, there is a high dependence level, situation grieved by the enteral diet use, through nasogastric tube, gastronomy or jejunostomy, tracheostomy with the necessity of aspiration and oxygen therapy [7].

Thereby, the family shall assume to themselves the responsibility to conduct complex procedures and cares, previously conducted by health professionals and never before by the care givers, what can result in injury to the cared individual [1].

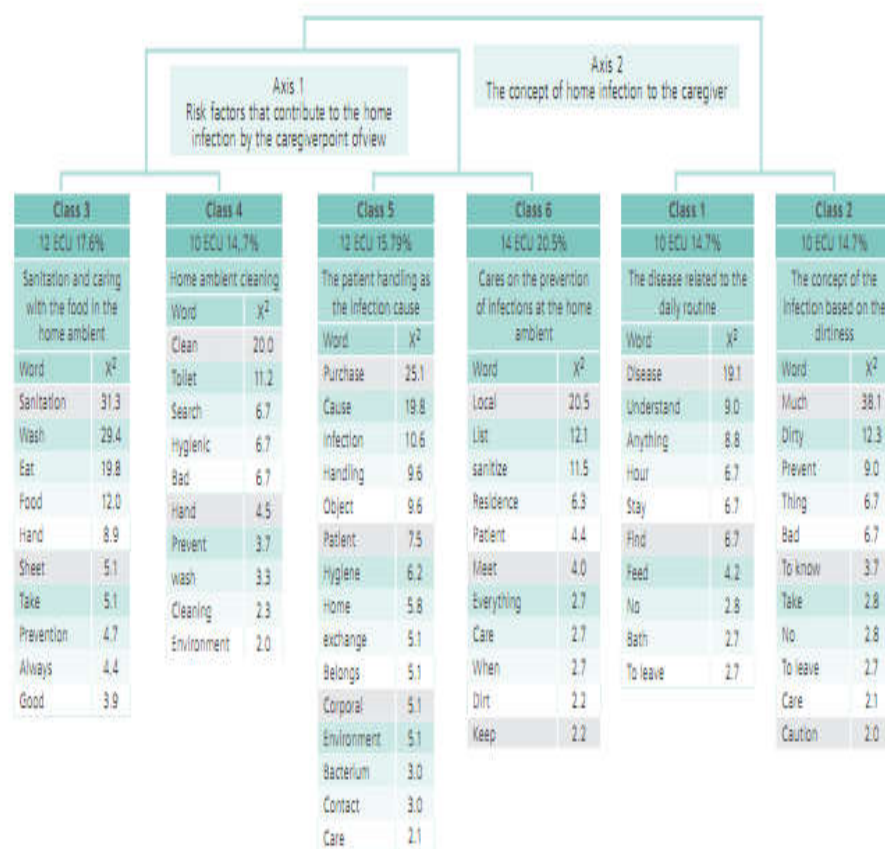
From this problematic, the study aim to analyze the knowledge of home caregivers about health care related infections.

Methods

It is about an exploratory and descriptive research with qualitative approach, conducted with 75 patient's caregivers hospitalized at home and accompanied with the Multiprofessional Home Care Team (MHCT), of an urgency hospital in Teresina, Piauí, Brazil.

The data were collected through a semi-structured interview script, recorded with the help of an MP4 device, with ten open questions, from August to September 2016, in an environment reserved for participants' privacy after signing Of the Term of Consent. The interviews had an average duration of 30 minutes. The inclusion criteria to participate in the study were: to be a caregiver of a previously

Figure 1: Dendrogram of classes derived from the corpus. ECU: elementary context units.



hospitalized patient in the emergency hospital in Teresina, Piauí, Brazil and to be over 18 years old. The exclusion criteria were: to be a caregiver away from their activities and on vacation.

The data were processed through the IRAMUTEQ software (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). The texts were transcribed following command lines, always before each content, aiming to separate each Initial Context Unit (ICU) or interview. Those groups of texts created the analyzed corpus [8].

Posteriorly, the program conducted the corpus division, based on the occurrence of the words in function to its roots and proceeded the frequency calculus of those forms conducted to obtain the produced classes significance. To obtain the classes, was applied the descending hierarchical rank method, that is the relation between classes, using the chi-square test (χ^2) on the reduced forms.

The research was approved by the Research Ethics Committee from the UNINOVAFAPI university center, with the protocol number 58950816.6.0000.5210.

Results and Discussion

The IRAMUTEQ recognized that the corpus separation in 73 elementary text unities (ECU), from 93 texts segments. Were registered 2762 occurrences, with profit of 73.12% of the total corpus. The classified segments were divided in 06 classes, according to the dendrogram represented on the Figure 1, with occurrence percentage and value of χ^2 most elevated of the classes.

The results were presented in 2 axis, Axis 1. Risk factors that contribute to the home infection by the caregiver point of view, containing 4 classes and the Axis 2. The concept of home infection to the caregiver, containing 2 classes.

Through the descending hierarchical rank method, were possible the textual domain iden-

tification and analyzes, and also significant interpretation, giving them names with their respective senses in classes, as presented on the Table 1 below.

Axis 1. Risk factors that contribute to the home infection by the caregiver point of view

Class 3: Sanitation and caring with the food in the home ambient

With 12 ECU, that corresponds to 17.6% of the total corpus and it directly associated to classes 4, 5 and 6. The words (sanitation, cleaning, eat and food) were selected by the frequency and values of χ^2 more elevated in this class.

The main risk factors that contribute to infections on the home hospitalization according to the speeches extracted by the caregivers were related according to the ambient sanitation and the food: sanitation, cleaning, and food. The recognition from the layman caregivers of the relation between the sanitation and food is of great important to the adhesion to process of secure care, when associated to future infection prevention.

Be careful with the patient; be careful with the food cleaning, ambient cleaning, etc. wash the hand when deal with food, clean the dishes when cleaned, using gloves and sanitize the ambient.

Ind.36

Always be clean, be careful when eating the food, cleaning it before the consumption, walking always with something on the feet when entering in the bathroom, and wash the hands in all the meals.

Ind.37

Be hygienic with the hand, always wash the food before the consumption, cleaning, and wash always the hand before eating.

Ind.43

The ingestion of contaminated food can result in diseases or even outbreaks. In 2003, epidemiological data from the USA revealed that 76 millions of people got sick per food intoxication, resulting in 325.000 hospitalizations and 5.000 deaths per year [9].

In Brazil it is estimated 6320 deaths per year, caused infection, according to the Information System about mortality. This fact impacts in high spent to the public system with hospitalization and establishes the promotion necessity for a sanitary public policy as IRA's prevention.

The food contamination reflects directly on the hygiene precarious conditions at the storage, prepare and handling of those in home ambient [10]. The implementation of infection prevention and control strategies, including the decontamination appropriate on superficies, stops the transmission range and reinforce the necessity to approach the ambient factors on the infections prevention [11].

Class4: Home ambient cleaning

With 10 ECU, what correspond to 14.7% of the total corpus, and is directly associated with the classes 5 and 6. The words (clean, bathroom, try, hygienic) were selected by the frequency and values of χ^2 most elevated in this class.

The knowledge extracted from this class shows that the caregiver understands that he needs to know how to sanitize the ambient to a secure care, free of infection. They highlighted the concerning in keep the ambient and house containing clean and mainly the patient clean. Thus they established a relation between the ambient and the sanitation measures to the infection control at the home hospitalization.

Try to handle the objects as also the patient always with cleaned and sanitized hands and also the clean ambient.

Ind.49.

Prevent and maintain always the ambient clean and have the hygienic care with the patient, always cleaning.

Ind.68.

The inability to maintain the ambient clean, to clean the sink, bathroom and glasses, try to clean the ambient.

Ind.71.

The infections can be transmitted out of the hospital ambient, it is, they are present in everywhere, even where the activities about the health assistance are in low complexity, as the home ambient, what results in risk factors, as the sanitation, precarious hygienic, food unduly adequate, home garbage collection and other vectors containing microorganisms capable to promote infections [12].

The principal exogenous factors are the low adhesion to the hands sanitation and ambient cleaning, and they present direct influence on the infection acquisition [13].

The cleaning processes, ambient disinfection and continuous intervention on the dynamic use of educational measures are used to intervene on the microorganisms' control. Thereby the knowledge of the relation between the superficies of the diseases transmission range, in special, the ones with direct contact to the patient as the bed, turns relevant by the necessity of strategies to the IRAS control [14].

The main objective of the IRAS prevention is to protect the patient, the health worker and other people in the health assistance ambient, as the home caregivers. They are part of the group components essential of measures implemented to the hand sanitation, the care with the physical area and the ambient care [15].

Class 5: The patient handling as the infection cause

With 12 ECU, that corresponds to 15.79% of the total corpus, and is directly associated to class 6.

The words (acquire, cause, infection, handling) were selected by the frequency and values of χ^2 more elevated in this class.

In this class is understood that the caregivers establish a relation between way of handling the belongings inserted on the home ambient and the lack of sanitation that can promote a home infection. The care and handling are responsible for the main cause of IRAS on the moment of the patient assistance.

The home infection can be the condition grievance of the patient who is being treated and accompanied at home and can be related to the lack of adequated care and or handling administration of material to the patient condition.

Ind.39.

The patient contagious or contamination can be occasioned by the clack of care with the sanitation during their belongings, food, bath handling. We must keep the house and all objects clean. Sanitize with alcohol 70 percent or purified water solution and sanitary water.

Ind.49.

Acquire infection at the patient home is avoid to create eschar and have all the hygienic care and in food, as well as to use the equipments, change all the bed cloths and daily make the body hygiene.

Ind.60.

The occupational risks on the home care represent an area needy for investments mainly on the prevention of cross infection and or accidents. This include to explore the standard precautions that must be applied on the attendance to all the patients, in the presence of a contact risk with blood; body flawed; secretions and excretions; skin with continuity solution; and mucous [16].

In a study conducted with the home caregivers in a home care service, the presented results proves that all the caregivers conducted the hand

hygiene before conducting the procedure, being that some of them used water and soap while others used only water as a hygiene way [17]. It is observed the needy of a more expressive orientation about the hand hygiene focusing on the right technique, and also work the orientations by the caregiver view, due to a hard adhesion to the hygiene protocols and the not relevance about its importance.

Authors relate about the main measures to the equipment or articles hygiene. It is recommend using detergent and water to a medium disinfection, or even the sodium hypochlorite in 1 % per 10 minutes using, after we shall proceed the drying with a clean cloth. It is also recommended the use of alcohol 70% to disinfection in low level in equipments as stand or even beds [18].

The equipments use to individual protection shall be used always that anticipates the risk of contact to blood splash or other matter and shall be largely available, being them: gloves, facial masks (common surgical), waterproof apron, protection glasses [19]. The alcohol gel using on the hands hygiene and consequently contributes to the infection rates [20].

Class 6: Cares on the prevention of infections at the home ambient

With 14 ECU, that corresponds to 20.5% of the total corpus and is directly associated to the classes 1 and 2. The words (local, relate, to hygiene, home) were selected by the frequency and values of χ^2 more elevated in this class.

The knowledge of the caregivers presented in this class show the importance to hygiene the ambient and the food and preventive measures to face home infections. The relation between the sanitation and the superficies cleaning showed itself as a concept well assimilated by the caregivers. However the concept of disinfection wasn't understood yet, even being protocols exhaustively worked by the infection control commissions.

...when infected in their own home by lack of caring with the food, hygiene and cleaning.

Ind.27.

To hygiene the food and house, keep the house clean, to hygiene food, the cleaning is the main way of hygiene and to keep your house and your family far from infection.

Ind.15.

Home infection is when all that the patient use has to be dropped and what is not dropped must be sterilized manually, what I know, is the principal to that the infection no happens, to hygiene the home and disinfect the bathroom and the rest bed.

Ind.79.

The patient safety is defined as the absence of injuries during the care process, and spreads in its contexts the efficient assistance promotion, in opportune time, that is equanimity and founded on the best scientific information and on the integral and individual necessities of the patient and his family [21].

So that can be ensured the control and prevention of home care infections are necessary, besides the inputs/material use of insatiable of contamination and clean ambient, the awareness as for the asepsis principles adoptions with emphasis on the hand sanitation, for application of alcoholically solutions on the situations where there is the lack of infrastructure to the simple cleaning of the hands with water and soap, and the bio security rules [22].

Actually a increasing number of health waste are being generating at home and the guidelines absence or technical orientation and legal regarding them is favor to the packaging and inadequate final disposition, putting in risk the community health and contributing to the environmental degradation [23]. This fact shows that the health programs shall

insert in their routines educational actions as orientation in an individual and collective level, directed to the health promotion.

Axis 2 - The concept of home infection to the caregiver, containing 2 classes

Class 1: The disease related to the daily routine

With 10 ECU, that corresponds to 14.7% of the total corpus and is directly associated to the classes 6 and 2. The words (disease, understand, nothing, hour) were selected by the frequency and values of χ^2 more elevated in this class.

From this class it is possible to understand the relation to the infections presence with the lack of hygiene at the caregiver and patient daily routine. It shows clearly the association with the infection prevention practices during the home hospitalization caring with the nurse; ambient, food hygiene and the care to avoid contact to contaminated superficies and the present routine activities conducted by the caregiver. Through the interviewers speech was established a nexus between the infection presence and the daily lack of hygiene.

The infection occurring in a dirty dusty ambient, the floor completely dirty, the patient stays totally vulnerable to any kind of respiratory disease, the flu or even a pneumonia... The place's hygiene is fundamental to the prevention and avoids all kind of diseases... I don't understand, but I thing that keeping the place always clean and airy, bathing the patient, clean or combed, it is good, feed him in each three hours with each plate separated.

Ind.1.

At the meal time and etc, having care with the thing, having a lot of hygiene with everything and all the things.

Ind.21.

We must keep the patient always clean, when bathing, dry completely and don't let anything wet to avoid infection, because it is in all the parts, caring to the sick patient and not get so close to them, mainly people with the flu, because the patient can be vulnerable.

Ind.51.

Some of the activities that are responsibility of the caregiver in his daily activity, being able to vary conform to the patient necessities: help on the hygiene caring. Stimulate and help on the feeding, help on the locomotion and physical activities, such as: walk, take a sun bath and physical exercises; stimulate leisure and occupational activities, conducting changes of position on the bed and chair, and comfort massages; managing medication, conform the prescription and health team orientation and other situations that were necessary to the life quality improvement and this person's health recovery [24].

It is up to the caregiver the executions of daily life basic activities that evolves actions as feed, dress, bath, mobilize, wander the dependent person among others, well as the daily life instrumental activities, it is, those related to the person capacity to take a life independent of the community [25].

The contamination of places apparently cleans reinforces the possibility to disseminate pathogens, places analyzed as clean superficies; without apparent dirty, making many times to ignore efficient cleaning measures. Patients, objects and many superficies confer the possibility to disseminate pathogens if not observed the due precautions, highlighting the hand hygiene [26].

There is the necessity to the home care organization formulate instruments that normalize the infection control at the AD, with the view centered on the user and evolving the familiar panorama singularity trying to break the working fragmented practice [27].

Class 2: The concept of the infection based on the dirtiness

With 10 ECU, corresponding to 14.7% of the total corpus and is directly associated to the classes 6 and 1. The words (many, dirty, prevent, thing) were selected by the frequency and values of χ^2 most elevated in this class.

In this class is understood that the caregivers construct even that primitively the basic concept of how to acquire the home infection based on the lack of hygiene. A concept focused on the relation dirtiness of the ambient and personal hygiene. This fact that although is very relevant, is much vague in relation to the working processes necessary to a caring free of infection.

Me in the point of view to be something seriously be very careful, that we can kill if we don't take care of them, knowing that not only the infection kills but also the lack of prevention.

Ind.63.

When the person doesn't hygiene and doesn't care of the ambient that he/she lives, they shall prevent to care about our self cleaning and our home, when it doesn't happen, the disease comes. We shall take care of our food, physical and emotional health and have all the hygiene.

Ind.53.

The infection caught at home due to a bad caring with the food, not letting the food bad organized, taking care and being really important to be prevented.

Ind.29.

It is necessary to recognize the actors power evolved on the caring process. The caregiver shall know his role in this process and be aware about their power. The people must be educate and informed to the chronicle health and its possible complications [28]. It is understood that when not including the family in their caring plans, there isn't advance

on propose of care model guided according to the precepts of the health promotion and the integrity principle [29].

The superficies contamination could be reduced with the hand hygiene before and after contact with the patients and with those. The clarification of the superficies role on the dissemination of the IRAS can provide subsidies that favor larger adherence the control measure and policy revision, and also alert to the dissemination ways still underestimated [18].

Conclusions

The home care caregivers know the relation between the ambient lack of hygiene and food with the infection. Recognize the risks that people they care of are exposed. They report the disease and dirtiness as inherent to the infection concept and recognize the lack of security and quality in their practice. It was possible through this study to observe that the risks to acquire an infection related to the assistance during the home hospitalization compared to the risks of the hospitalization are lower, however they are directly associated to the risks caused by the lack of hygiene on the food, ambient and also the patient handling the equipments.

The caregiver has the perception of the necessity to maintain a clean ambient as infection prevention measure, however this fact does not guarantee a safe care and shows the necessity to invest on the caregivers' capacity and their powdering is an essential action to minimize the infection risks.

From the analyzes of this knowledge it is possible to propose intervention strategy that generate reflexes on the home care problematic, specially to the most dependent patients who needs a safe care to prevent and treat infections related to the health assistance.

References

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. 7 p.
2. Valle ARM. Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2013.
3. Fernandes AT, Ribeiro Filho N, Barroso EAR, Conceito, Cadeia Epidemiológica das Infecções Hospitalares e Avaliação Custo-Benefício das Medidas de Controle. In: Fernandes AT, editores. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Felsey AR, Hennessey PA, Formica MA, Cox C, Walsh EE. Respiratory syncytial virus infection in elderly and high-risk adults. *N Engl J Med*. 2005; 352:1749-1759.
5. Péronneau G, Paradi L, Grenier S, Connor KO, Grenon E. Chronic psychotropic drug use among frail elderly women receiving home care services. *J. Women Aging*. 2011; 23: 321-341.
6. Brondani CM. Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria; 2008.
7. Carvalho DP, Toso BRGO, Viera CS. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24: 450-8.
8. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um Software gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas de Psicologia*. 2013; 21:513-18.
9. Dewaal CS. Safe food from a consumer perspective. *Food Control*. 2003; 14:75-9.
10. Franco BDGM, Landgraf M. Microbiologia dos alimentos. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2008.
11. Kenneley IL. Infection Control and the home care environment. *HHCMP*. 2010; 22:195-201.
12. Marques ADB, Branco JGO, Cavalcante RC, Lima TR, Rolim KMC, Amorim RF. Os fatores de risco para infecção no domicílio estudados pela análise de similitude. *Rev. Pre. Infec e Saúde*. 2015; 1:20-27.
13. Cataneo C, Carini SRMS, Oliveira PT, Hayashida M, Gir E. Avaliação da sensibilidade e da especificidade dos critérios para isolamento de pacientes admitidos em um hospital especializado em oncologia. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2011; 19:1072-9.
14. Ratti RP, Sousa CP. *Staphylococcus aureus* metilicina resistente (MRSA) e infecções nosocomiais/Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) and nosocomial infections. *Rev. ciênc. farm. básica apl*. 2009; 30:9-16.
15. Padoveze MC, Figueiredo RM. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48:1137-1144.

16. Markkanen P, Galigan C, Laramie A, Fisher J, Sama S, Quinn M. Understanding sharps injuries in home healthcare: The Safe Home Care qualitative methods study to identify pathways for injury prevention. *BMC public health*. 2015; 15:1-12.
17. Campos CVS, Silva KL. Cateterismo vesical intermitente realizado pelos cuidadores domiciliares em um serviço de atenção domiciliar. *Rev Min Enferm*. 2013; 17:753-62.
18. Metz M, Dias LC. Assistência domiciliar (home care) e instituições de longa permanência. *J. Infect Control*. 2013; 2:153-75.
19. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. *Am J Infect Control*. 2007; 35:S65-S164.
20. Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: a worldwide priority. *Lancet*. 2005; 366: 1246-1247.
21. World Health Organization. 10 facts on patient safety. Geneva (SW): WHO; 2012.
22. Farsi D, Zare MA, Hassani SA, Abbasi S, Emamian A, Hafezimoghadam P, Rezaei M. Prevalence of occupational exposure to blood and body secretions and its related effective factors among health care workers of three Emergency Departments in Tehran. *J Res Med Sci*. 2012; 17: 656-61.
23. André SCDS, Takayanagui AMM. Orientações sobre o descarte de resíduos gerados em domicílios de usuários de insulina. *RBSF*. 2015; 39: 105-118.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2008.
25. Mascarenhas SHZ, Barros ACT. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Rev Eletr Enf*. 2009; 11:45-54.
26. Wybo I, Blommaert L, Beer T, Soetens O, Regt J, Lacor P, Lauwers S. Outbreak of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in a Belgian university hospital after transfer of patients from Greece. *J. Hosp. Infect*. 2007; 67:374-80.
27. Valle ARMDC, Andrade DD, Sousa ARLD, Carvalho PRMD. Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. *Acta paul. enferm*. 2016; 29:239-44.
28. Bellera LR, Vendrell MB, Surroca CB, Poveda M, Méndez PP, Sánchez JJZ. Empoderamiento y poder. Su vinculación en el proceso de cuidar al enfermo crónico en atención primaria/ Empowerment and power: their relationship in the process of caring for the chronically ill in primary care. *Rev Enferm*. 2014; 37:424-31.
29. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev. bras. enferm*. 2014; 67:979-86.

Publish in International Archives of Medicine

International Archives of Medicine is an open access journal publishing articles encompassing all aspects of medical science and clinical practice. IAM is considered a megajournal with independent sections on all areas of medicine. IAM is a truly international journal with authors and board members from all around the world. The journal is widely indexed and classified Q2 in category Medicine.

4.2 Produto: Cartilha educativa sobre



FICHA CATALOGRÁFICA

S237c Santos, Lucelia Campelo de Melo.

Conhecimento de cuidadores da atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência a saúde / Lucelia Campelo de Melo Santos. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Luana Kelle Batista Moura: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2017.

37. p.; il. 23cm.

Cartilha (Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional

REALIZAÇÃO

Lucélia Campelo de Melo Santos

Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ

Prof. Dra. Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ / UFPI

Profa. Dra. Lucilene Galvão Gondim Cordeiro
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ / UFPI

Daniel de Sousa Veras
Design Gráfico

Teresina - Piauí
2016

PREZADO CUIDADOR

As vantagens da internação domiciliar são inúmeras. Entre elas o menor número de complicações clínicas e reinternações desnecessárias. Além disso, o conforto do lar e a companhia da família e amigos tornam o atendimento mais humanizado o que favorece uma recuperação mais rápida.

Os pacientes em internação domiciliar têm um risco menor de adquirir infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), mas o risco apenas diminui. Por isso, é função de todos envolvidos no cuidado do paciente

Esta cartilha traz algumas informações importantes para orientá-lo na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Leia tudo com muita atenção e, caso tenha dúvidas, procure a equipe de saúde para esclarecê-las. Não tenha vergonha de perguntar. Os profissionais de saúde estarão sempre dispostos a ajudá-lo no que for possível para garantir o bem-estar e a segurança do paciente.

SUMÁRIO

O que são infecções relacionadas à assistência à saúde - IRAS?	7
Quais são os principais meios de adquirir IRAS?	7
O que fazer para prevenir?	8
Higienizar as mãos	8
Higienizando as mãos de forma correta	9
Manter precauções por contato	10
Higienizar o ambiente do paciente	11
Prevenir pneumonia	12
Cuidados com sonda vesical de demora	13
Cuidados com sonda nasogastrica e nasointestinal	14
Cuidados com ostomias (gastrotomias, ileostomias, jejunostomia)	15
Cuidados com traqueostomias	16
Orientações quanto aos acessórios respiratórios	18
Fluxograma de aspiração de vias aéreas	20
Como esterilizar o conjunto?	22
Cuidados com a higiene pessoal	23
Cuidados na troca de fraldas	24
Cuidados na administração de medicamentos	25
Cuidados com curativos	26
Prevenção de quedas	27
Prevenção de lesão por pressão	29
Prevenção do SEPSE	31
Cuidados com resíduos de saúde	32
Anexos	32
Sinais de perigo	33
Relógio para controle de medicamentos	34
Ficha para controle de medicações	35
Anote suas dúvidas	36
Referências	37

O QUE É INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE (IRAS)?

As IRAS são toda infecção (pneumonia, infecção urinária, infecção feridas, etc.) adquirida durante a assistência ao paciente.



QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS MODOS DE ADQUIRIR IRAS?

A maioria dessas infecções são causadas por microrganismos do próprio paciente. Isto pode ocorrer por fatores inerentes ao próprio paciente (ex: diabetes tabagismo, obesidade, baixa imunidade, alcoolismo, etc.) ou pelo fato de, durante a internação, o paciente ser submetido a procedimentos invasivos (cirurgias, cateteres vasculares, sondas vesicais, ventilação mecânica, etc.)

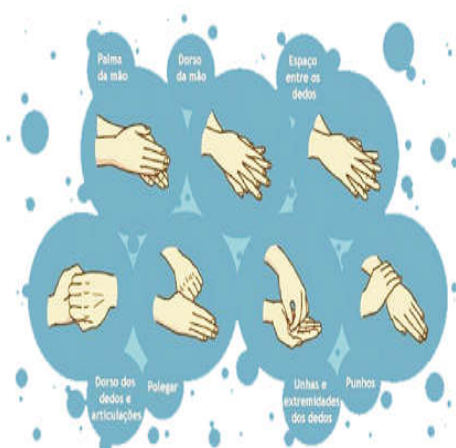
Outra forma de adquirir infecção é através das mãos dos profissionais de saúde, materiais ou outras pessoas que entrem em contato com o paciente e até o próprio paciente pode se contaminar. Este tipo de infecção chamamos de infecção cruzada.



O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?



HIGIENIZANDO AS MÃOS DE FORMA CORRETA



Lembre-se de retirar anéis, pulseiras e relógio.
A higienização das mãos pode ser com água
e sabão ou com álcool gel ou espuma.





O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?

MANTER PRECAUÇÕES POR CONTATO

Os micro-organismos ditos "hospitais" muitas vezes permanecem no indivíduo desospitalizado alguns meses após a alta, o que não necessariamente significa infecção ou necessidade de tratamento específico.

Para evitar que outras pessoas adoçam:

Evite contato do paciente com recém-nascidos e pessoas muito debilitadas. Se o paciente necessitar de atendimento em algum serviço de saúde avise da necessidade de precauções por contato.



O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?



HIGIENIZAR O AMBIENTE
DO PACIENTE





O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?

PREVENIR PNEUMONIA

Uma boa higiene da boca é de grande importância para prevenir pneumonia pois as bactérias da boca podem se deslocar para os pulmões e provocar infecção, portanto:

* Lave as próteses, dentes naturais, gengivas, bochechas e língua, após as refeições, utilizando a escova, creme dental, fio dental e, se possível, o antisséptico bucal.

* É extremamente importante observar as condições de conservação das próteses, isto porque próteses desajustadas na boca provocam ferimentos nas gengivas.

* Faça tratamento dentário das cáries.

Você também pode prevenir pneumonia:

* Colocando o paciente sentado ou semi-sentado quando for alimentá-lo, principalmente se for ao leito, para evitar o desvio do alimento para os pulmões.

* Nos casos mais graves deve-se elevar a cabeceira da cama, mesmo durante o sono.

12



O que você pode fazer para prevenir IRAS?

MAOS LIMPAS SALVAM VIDAS

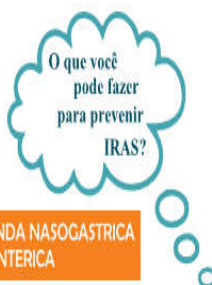
CUIDADOS COM A Sonda Vesical de Demora

- ✓ Higienize suas mãos antes de tocar na sonda
- ✓ Não desconecte a sonda da bolsa coletora, para evitar entrada de bactérias.
- ✓ Evitar puxar ou empurrar a sonda vesical, pois pode provocar feridas na bexiga e na uretra;
- ✓ Lave com água e sabão o tubo da sonda vesical 3 vezes por dia, para evitar que as bactérias contaminem a sonda;
- ✓ Não levantar o saco coletor acima do quadril (nível da bexiga), mantenha-o sempre pendurado para a urina não entrar na bexiga novamente;
- ✓ Nunca coloque o saco coletor no chão, transporte-o sempre que for preciso dentro de uma sacola de plástico ou amarrado na perna, para evitar que as bactérias do chão contaminem a sonda;
- ✓ Esvazie o saco coletor da sonda sempre que estiver com metade da sua capacidade preenchida de urina.
- ✓ Alterne a cada 6h o lado de fixação da bolsa coletora para evitar lesão no meato urinário (entrada da uretra) e na pele onde a sonda se apoia.
- ✓ Faça a higiene íntima sempre da frente para trás, evitando trazer sujeira do ânus para a uretra;
- ✓ Lave a região perianal após as evacuações evitando contato prolongado de fezes com a sonda
- ✓ Use roupas mais leves para evitar transpiração excessiva na região genital;
- ✓ Evite o uso indiscriminado de antibióticos.

Procure posto de saúde se:

- Sonda desconectar
- Sangue dentro do saco coletor da sonda vesical.
- Urina saindo fora da sonda.
- Febre acima de 38° C e calafrios.
- Dor na bexiga.
- Bexiga dura
- Quantidade reduzida de urina
- Mal-estar geral

13



CUIDADOS COM Sonda NASOGÁSTRICA NASOENTÉRICA



- * Cuidados com retrações, pois pode deslocar a sonda do posicionamento correto.
- * Mantenha a fixação da sonda na sempre limpa e seca,
- * Higienize as narinas do paciente e tome cuidado para não tracionar a asa nasal ao fixar a sonda, causando lesões.
- * Para diminuir engasgos ao administrar dieta, líquidos e medicamentos coloquem o paciente sentado. Se for acamado levante a cabeceira no mínimo 30 graus,
- * Não deite o paciente logo após fornecer alimentos e água,
- * Para evitar o entupimento da sonda sempre a lave com água filtrada após administração de alimentos (1-2 seringas de 20 ml),
- * Pergunte aos profissionais de saúde o prazo de troca da sonda e fique atenta a data.

Procure posto de saúde se:

Entupimento
(Obstrução) da sonda
Vazamentos
Quebras dos conectores
das extremidades proximais

O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?

CUIDADOS COM AS OSTOMIAS (gastrostomias, ilioestomas, jejunostomias)



- * O estoma normal é vermelho vivo, brilhante e úmido. A pele ao seu redor deve estar lisa, sem vermelhidão, coceiras, feridas ou dor.
- * A limpeza da pele ao redor do estoma deve ser feita com água e sabonete neutro, sem esfregar com força, nem usar esponjas ásperas.
- * Os pêlos ao redor do estoma devem ser aparados bem curtos, com tesoura.
- * Exponha a pele ao redor do estoma (sempre que possível) ao sol da manhã, de 15 a 20 minutos por dia.
- * Não utilize substâncias agressivas à pele, como álcool, benzina, colônias, tintura de benjaim, mercúrio, merthiolate, pomadas e cremes. Estes produtos podem ressecar a pele, ferindo-a e causando reações alérgicas.
- * Esvazie quando estiverem com pelo menos 1/3 de seu espaço preenchido. É necessário esvaziar constantemente para que ele não pese muito e descole da pele.
- * Para evitar feridas o orifício de abertura da sua bolsa deve ser igual ou no máximo 3 milímetros maior que o seu estoma. Informe-se com o profissional de saúde como fazer o molde para cortar a bolsa.

Lembre-se:

Meu paciente com gastrostomia precisa manter a boca limpa! Escove os dentes, gengivas e língua pelo menos duas vezes ao dia. Para evitar secura na boca use creme ou loção própria para os lábios.



Procure perto de saúde se

Vazamentos
Edemas
Irritação, vermelhidão,
fisuras na pele e dor



15

**MAOS LIMPAS
SALVAM VIDAS**

O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?

CUIDADOS COM A TRAQUEOSTOMIAS



* Faça a higiene correta da cânula interna, no mínimo três vezes por dia, lembre-se de higienizar as mãos antes e após.

* Mantenha sempre a área ao redor da traqueostomia limpa, seca e bem hidratada. Lave com sabonete neutro e água limpa, pelo menos duas vezes ao dia e hidrate com um creme suave, sem perfume.

* Utilize duas gazes dobradas entre a cânula e a pele do pescoço, mantendo-as sempre limpas e secas.

* Use material macio para o cadarço e não o coloque muito apertado. Realize a troca do cadarço sempre que tiver sujo ou úmido.

ATENÇÃO



Se entupir a cânula de traqueostomia você deve trocar a cânula interna (se o modelo que você utiliza tem esse dispositivo), após isso você deve aspirar com uma sonda cateterizada ou até, em último caso você terá que retirar a cânula e trocar por outra. Se a cânula estiver entupida dificilmente haverá tempo para você correr até um hospital, portanto o paciente não irá suportar tanto tempo sem respirar.

16

* Quando for trocar fique ao lado do paciente, evite deixar seu rosto à frente, pois pode ocorrer um episódio de tosse inesperado e a secreção virá em seu rosto.

* Mantenha janelas abertas de sua casa para que o ar se renove e com isso diminua a quantidade de vírus e bactéria no local.

* Mantenha o cartão de vacina atualizado, incluindo vacinas para gripe e pneumonia.

* Evite contato com pessoas gripadas ou resfriadas ou peça as elas para usar uma máscara.

* Mantenha o ambiente com um grau de umidade (preferencialmente com 50% ou mais) irá prevenir a formação de "rolhas" de secreção que podem entupir a cânula de traqueostomia.

* Mantenha o orifício da traqueostomia coberto com uma máscara ou uma gaze. Isso ajuda a perder pouca umidade e a proteger contra poluentes do ar.

* Se possível use um umidificador no quarto durante a noite. Não esqueça que esses equipamentos têm que ser limpos diariamente.

* Fique atenta a necessidade de troca do conjunto completo da cânula de traqueostomia. Converse com a equipe de saúde sobre o assunto.

* Faça nebulizações sempre que sentir muito ressecamento nas vias aéreas ou estiver com dificuldade para expelir a secreção dos pulmões.

* Não deixe que a secreção expectorada fique acumulada ao redor da cânula. Isso favorece a infecções e atrai insetos devido ao mau cheiro que produz.

* Se a cânula interna sair durante os acessos de tosse coloque outra limpa no lugar. Lave e esterilize (fervendo e passando álcool) novamente aquela que caiu.

Procure posto de saúde se:

Febre
Mudança da cor
da secreção traqueal
Tosse com padrão
diferente do habitual





ORIENTAÇÕES QUANTO AOS ACESSÓRIOS RESPIRATÓRIOS

BIPAP	INALADOR	CONCENTRADOR	ASPIRADOR PORTÁTIL
- Manter o BIPAP em cima de um móvel, NUNCA no chão; - Manter o "No Break" sempre na tomada; - Limpá-lo por fora com pano úmido e sabão; - Devemos aguardar o término da água do umidificador para realizar a troca, utilizando água fervida ou filtrada; - Quando o circuito e o copo umidificador apresentarem sujidade, o profissional do Melhor Em Casa deve ser comunicado para que seja providenciado a troca.	- Após cada utilização lavar a máscara e o copo com água e sabão; - A cada três dias após lavar com água e sabão, o copo e a máscara devem ser colocados de molho no hipoclorito, conforme recomendação no rótulo do fabricante; - Quando o inalador apresentar sujidade, o profissional do Melhor Em Casa deve ser comunicado para que seja providenciado a troca.	- A água utilizada no umidificador deve ser trocada todos os dias, sempre utilizando água fervida ou filtrada, não esquecendo de desprezar a água que sobrou; - Lavar o copo umidificador com água e sabão, em cada troca de água; - Realizar lavagem do filtro, localizado na parte posterior ou lateral do concentrador, uma vez por semana; - Quando o umidificador e a extensão apresentarem sujidade, o profissional do Melhor Em Casa deve ser comunicado para que seja providenciado a troca.	- Depois de usada a sonda envolvê-la na luva e descartar em lixo comum; - A extensão deverá ser lavada com água, com o aspirador ligado; - A secreção deve ser desprezada no vaso sanitário. O copo e a tampa do aspirador lavados com água e sabão, sempre após utilização; - A cada três dias após lavar com água e sabão, o copo e a extensão devem ser colocados de molho no hipoclorito, conforme recomendação no rótulo do fabricante.



TRAQUEOSTOMIA METÁLICA
- Lavar as mãos e calçar luvas antes de qualquer contato com o paciente; - A fixação da traqueostomia deve ser trocada sempre que apresentar sujidade, fragilidade ou umidade; - O intermediário da traqueostomia deve ser retirado e lavado em água corrente, passar uma gaze dentro para retirar o excesso de secreção; depois de secar reintroduzir na traqueostomia, recomendado três vezes ao dia; - A gaze utilizada nas laterais da traqueostomia, deve ser trocada diariamente, não esquecendo de higienizar ao redor da traqueostomia;

FONTE: SAD - HOSPITAL DA CIDADE DE TIRADENTES, 2016



FLUXOGRAMA DE VIAS



FONTE: SAD - HOSPITAL

DE ASPIRAÇÃO AÉREAS



DA CIDADE DE TIRADENTES, 2016



O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?

COMO ESTERILIZAR O CONJUNTO?

Seu conjunto de cânula deve ser esterilizado sempre que for trocado. Para isto, faça o seguinte:

1. Retire o cadarço antigo. Lave-o ou jogue-o fora se estiver muito desfiado.
2. Coloque o conjunto de cânula de molho em água e sabão por alguns minutos. Use um recipiente somente para isso.
3. Depois que a crosta de secreções estiver amolecida, esfregue bem a cânula e a cânula interna, por dentro e por fora, usando uma esponja ou uma tira de tecido com sabão.
4. Enxágüe com água corrente para tirar todo o resíduo do sabão.
5. Esterilize o conjunto completo em água fervente por 10 minutos, no mínimo.
6. Após a esterilização, guardar em recipiente com tampa (também esterilizado ou bem desinfetado com álcool). Este recipiente deve ser utilizado apenas para a cânula.

O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?



CUIDADOS COM A HIGIENE PESSOAL



* O banho de chuveiro é o tipo de banho mais adequado. O banho deve ser diário, no chuveiro, banheira ou na cama.

* Procure fazer do horário do banho um momento de relaxamento

* O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos,

* Seque bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.

* A higiene dos cabelos deve ser feita no mínimo três vezes por semana. Diariamente inspecione o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceira ou áreas de quedas de cabelo.



CUIDADOS NA TROCA DE FRALDAS

* O uso de fraldas descartáveis pode ser útil para as pessoas que apresentam incontinência urinária e/ou fecal.

* A troca de fraldas deve ser feita em intervalos regulares. Nunca deixe fraldas molhadas no corpo por muito tempo, evitando assaduras e feridas na pele.

* O cuidador deve sempre usar luvas descartáveis para este procedimento.

* No momento da troca deve ser feita a higiene íntima. Se não der para realizar a lavagem da região genital em todas as trocas de fraldas, deve-se pelo menos fazer a higiene com lenços umedecidos, utilizando depois pomadas próprias para evitar assaduras.

O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?

MAOS LIMPAS
SALVAM VIDAS

CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO
DE MEDICAMENTOS

- * Verifique a validade e o estado de conservação dos medicamentos antes de administrá-los;
- * Coloque os medicamentos em uma caixa com tampa, tomando o cuidado de usar caixas diferentes para medicamentos via oral, para material de curativo e material/medicamentos para inalação;
- * Converse com o médico sobre a possibilidade de dividir as medicações em horários padronizados como: café-da-manhã, almoço e jantar.
- * Evite sempre que possíveis medicações durante a madrugada.
- * Deixe apenas a última receita médica junto a caixa de medicamentos.
- * Se o paciente apresentar dificuldades para engolir comprimidos, veja com o médico a possibilidade de dissolvê-lo em água ou suco, ou mesmo macerar e misturar na comida.
- * Separar a medicação em potinhos com os devidos horários escritos no mesmo, com antecedência para evitar confusão.

25





O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?

COMO FAZER CURATIVOS?

1. Lave muito bem as mãos (leia com atenção as instruções na página 9);
2. Retire o curativo com cuidado para que não encoste-se à ferida e lave novamente as mãos (para o caso de contato acidental com a lesão);
3. Lave bem a lesão com soro fisiológico (solução de cloreto de sódio a 0,9%);
4. Com uma gaze estéril (totalmente livre de bactérias) limpe ao redor da ferida, sem encostar na lesão;
5. Cubra a ferida, sem apertar, com outras gazes e coloque o esparadrapo;
6. Volte a lavar as mãos.



O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?

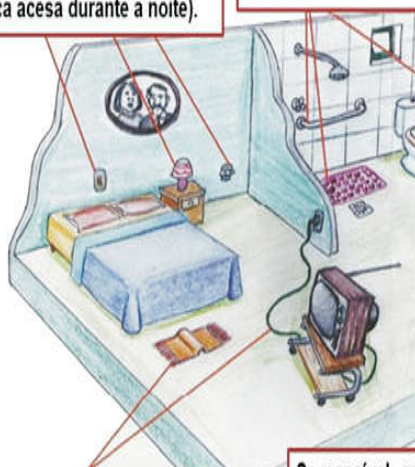
PREVENÇÃO

No quarto, tente colocar a cama perto do interruptor de luz ou ter uma luminária ao alcance de quem está na cama (pode-se deixar uma luz fraca acesa durante a noite).

O banheiro é o local mais perigoso por causa da umidade. É ideal colocar um apoio ao lado do vaso e no box e usar um tapete antiderrapante. Mantenha o tapete fixo no chão por meio de uma fita adesiva.

Em toda a casa e também no pátio, evitar usar tapetes soltos e deixar extensões e objetos no caminho por onde as pessoas passam.

Se possível, colocar corrimão nas escadas e tapetes antiderrapantes em toda a casa.



DE QUEDAS

local mais
do piso
barras de
sanitário
apete que
ara tomar

Procure guardar objetos de uso diário em locais de fácil alcance. Não deixe nada em locais muito altos ou muito baixos. Evite subir em bancos ou escadas para limpar ou reparar a casa. Peça ajuda.



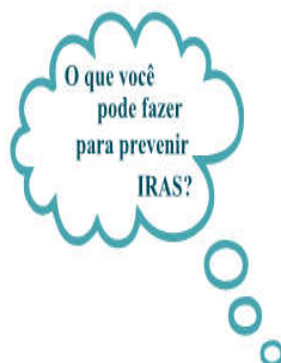
loque corrimãos
e use pisos
. Evite encerar a

É preciso tomar cuidado com os cantos dos móveis. Prefira móveis com cantos arredondados ou proteja com espuma aqueles que oferecerem perigo.

ARTE: JORGE ROGELSON DA SILVA

FONTE: SAD - GRUPO HOSPITALAR, 2016





PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

As lesões por pressão são resultados da pressão ou da combinação entre pressão e fricção e causam danos aos pacientes, como dores, infecções graves, internações prolongadas e sepse.

Orientações sobre a prevenção de lesões por pressão

- Mudar a posição do paciente no leito a cada 2 horas
- Usar almofadas/travesseiros e colchões de espuma para proteger o corpo nos locais de pressão
- Posicionar o paciente de maneira que não fique deitado sobre cateteres/sondas



Posição do paciente na cama

- Deixar os calcanhares suspensos, distribuindo a pressão de apoio pela extensão da panturrilha da perna.



- Observar a pele durante o banho para avaliar o surgimento de feridas, áreas de vermelhidão, calor e endurecimento da pele, atentar as regiões de contato com as fraldas
- Hidratar a pele, não massagear sobre regiões ósseas

- Utilizar lençol móvel para posicionar o paciente, não arrastá-lo sobre a cama



- Apoiar os pés do paciente quando estiver sentado para não escorregar



- Pedir a colaboração do paciente na identificação de áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuídos a danos na pele

O que você
pode fazer
para prevenir
IRAS?



PREVENÇÃO SEPSE

A sepsé é uma condição de risco de vida que surge como resposta do corpo a uma infecção, danificando os seus próprios tecidos e órgãos. A sepsé é a principal causa de morte por infecção em todo o mundo. Milhões de pessoas ao redor do mundo morrem de sepsé todos os anos.

Você pode prevenir a sepsé:

- * Prevenindo a infecção.
- * Mantendo as vacinas em dia.
- * Mantendo um estilo de vida saudável, com alimentos nutritivos, exercício físico e descanso.
- * Lavando as mãos com frequência.
- * Procurando ajuda médica se a doença não apresentar melhora ou se piorar.
- * Depois de um episódio de infecção, deve tomar antibióticos como prescrito, completar todo o curso de antibióticos, não tomar antibióticos desnecessariamente, não tomar antibióticos prescritos para outra pessoa.

31

O que você pode fazer para prevenir IRAS?

CUIDADOS COM RESÍDUOS (lixo) DE SAÚDE

INFECTANTE
6.2

Descartapack

- * As lixeiras devem ter tampas e o lixo deve ser acondicionado em sacos plásticos colocados nas lixeiras.
- * O lixo deve ser manuseado, preferencialmente com luvas de borracha.
- * As lixeiras devem ser de material de fácil limpeza.
- * Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos, com tampa rosqueada e vedante (garrafa PET, por exemplo).
- * Cuidado com os resíduos perfurocortantes, o descarte deve ser realizado em recipientes adequados. Solicite a equipe de saúde a caixa apropriada. Caso não seja possível, utilize latas ou garrafas PET e identifique como material perfurocortante.
- * Quando a caixa encher até a linha pontilhada, entregue para a equipe de saúde e solicite uma nova.
- * Nunca reencepe, entorte, quebre ou retire manualmente as agulhas das seringas.

32

SINAIS DE PERIGOS

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA QUE DEVO ME ATENTAR?	O QUE É?	QUAL A GRAVIDADE?	O QUE FAZER?
Confusão ou alteração do nível de consciência	Não responde, não se move ao ser estimulado, não abre os olhos...	Grave	Ligar para o SAMU 192 imediatamente e avisar o MELHOR EPI CASA em seguida.
DEBILIDADE: Perda dos movimentos da metade do corpo e da mão.	Não consegue se mover de um lado do corpo e a boca fica torta.	Grave	Ligar para o SAMU 192 imediatamente e avisar o MELHOR EPI CASA em seguida.
MEURINGITE: Rigidez de nuca ou dor intensa no nuca.	O pescoço fica duro e dói quando mexo.	Grave	Ligar para o SAMU 192 imediatamente e avisar o MELHOR EPI CASA em seguida.
Falta de febre e Cansaço	Quando a respiração fica difícil e rápida, colorido grande para respirar, dedos e lábios arroxeados.	Moderado	Ligar para o SAMU 192 imediatamente.
Tosse Produtiva	Tosse com saída de catarro verde-amarelado.	Leve	Ligar para o MELHOR EPI CASA.
Suspeita de aspiração de leite ou saliva*	Falta de ar, cãibras e náusea após administração de leite.	Grave	Ligar para o MELHOR EPI CASA.
Intoxicação ou falha em equipamento	Quando alguns equipamentos óculos de funcionar ou não funcionam.	Grave	Ligar para o MELHOR EPI CASA e em caso de dados ou lábios arroxeados.
Ausultação do Dúglio no domicílio	Quando a frequência do pulmão não consegue entregar um tempo compreendido o paciente.	Grave	Ligar para o MELHOR EPI CASA e em caso de dados ou lábios arroxeados.
Cansado com espasmos	Necessidade de oxigenação de carotídeo com oxigênio especializado.	Leve	Ligar para o MELHOR EPI CASA.
Falta de medicamento fornecido pela UBS	Ausultação de medicamento Prescrito (UBS) se medicamento prescrito não é fornecido pela UBS.	Grave	Ligar para o MELHOR EPI CASA.
Reintrodução Hospitalar	Quando o paciente vai para algum hospital e fica internado.	Leve	Ligar para o MELHOR EPI CASA.
Óbito em domicílio	Quando o paciente vem a falecer dentro de domicílio.	Grave	Ligar para o SAMU 192 imediatamente e avisar o MELHOR EPI CASA em seguida.
FEBRE:	Temperatura elevada com temperatura elevada de 38,3 ou maior que 37,8 Graus.	Moderado	Ligar para o MELHOR EPI CASA.
Má administração do medicamento prescrito pelo MELHOR EPI CASA	Falta de medicamento prescrito pelo profissional do MELHOR EPI CASA.	Moderado	Ligar para o MELHOR EPI CASA.
VÔMITOS:	Mais que 3 episódios de vômitos/suspeita de aspiração*	Moderado	Ligar para o MELHOR EPI CASA.
CONTINUAÇÃO:	Mais que 2 dias sem eliminar FEZES.	Moderado	Ligar para o MELHOR EPI CASA.

Fonte: SAD – Hospital Cidade Tiradentes, São Paulo, 2016.

Relógio para controle de medicamentos

Horário		Medicamento	Dose
			
			
			
			
			
			

Ficha para controle de medicações

Nome: _____ Data: _____

[illegible]

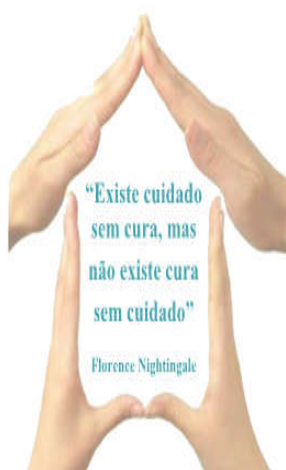
35

Anote suas dúvidas para tirar com os profissionais de saúde

36

REFERÊNCIAS

- BORN, Tomiko. Cuidar melhor e evitar a violência. Manual da pessoa idosa. Brasília, 2008.
- BRASIL. Segurança do paciente no domicílio. Brasília, 2016.
- _____. Guia do cuidador de pacientes acamados. Orientações aos pacientes. Instituto nacional de câncer, 2ª edição. Rio de Janeiro, 2010.
- _____. Orientações aos pacientes traqueostomizados. Instituto nacional de câncer, Rio de Janeiro, 2003.
- _____. Orientações sobre ostomias. Instituto nacional de câncer, Rio de Janeiro, 2003.
- COREN. Sepsis um problema de saúde pública. A atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. São Paulo, 2016.



www.uninovafapi.edu.br
Rua: Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai
CEP: 64.073.505 - Teresina - Piauí
Email: secmestrado@uninovafapi.edu.br
Fone: 0**(86) 2106-0700

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A internação domiciliar tem contribuído significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e para redução de custos na manutenção do paciente, mas a garantia da segurança e a continuidade do cuidado ainda requerem muitas reflexões.

Por meio desse estudo foi possível observar que os riscos de adquirir uma infecção relacionada à assistência, durante a internação domiciliar, comparados aos riscos na internação hospitalar, são menores. Porém, estão diretamente associados aos riscos causados pela falta de higienização dos alimentos, do ambiente e do próprio paciente com manuseio de equipamentos. O cuidador tem a percepção da necessidade de manter um ambiente limpo como medida de prevenção de infecção, entretanto, tal fato não é garantia de um cuidado seguro. Este argumento demonstra a necessidade de investimento na capacitação dos cuidadores e o seu empoderamento, o que são ações imprescindíveis para minimizar os riscos de infecção. O sucesso destas ações depende de uma comunicação efetiva com orientações claras e objetivas.

Diante do estudo, também observou-se que existe a necessidade da construção de instrumentos para avaliar a segurança do cuidado prestado pelo cuidador e dessa forma auxiliá-lo a desenvolver um processo de trabalho seguro e livre de danos, o que amparará o planejamento das ações de saúde para melhorar os padrões de qualidade na internação domiciliar.

Torna-se de significativa importância que as equipes de saúde, em conjunto com o cuidador, trabalhem a discussão sobre a temática e o esclarecimento de dúvidas. Quanto ao cuidador espera-se que esteja aberto para mudanças e sensibilizado com a importância do cuidado seguro. Desta forma, será possível diminuir as complicações relacionadas à internação domiciliar.

REFERÊNCIAS

AMARAL, N. N. et al. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Rev Neurociências**, v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milênio. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 492-497, 1999.

ANDRÉ, S. C. D. S.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações sobre o descarte de resíduos gerados em domicílios de usuários de insulina. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n.1, p. 105, 2015.

BOOF, L. **Saber Cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 5 ed. 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), **Resolução RE 9 de 16.01.2003**. Dispõe sobre padrões referenciais de qualidade do ar interior, em ambientes de uso público e coletivo. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Arquitetura+e+Engenharia/Normas>. Acesso em: 01 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 01 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 963 de 27 de maio de 2013**. Redefine e Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 01 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Editora MS; 2012. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap1.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 –Revisão, 2008. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 2616 de 12/05/1998.**

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRONDANI, C. M. **Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2008.

BRONDANI, C. M.; BEUTER, M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 206, 2009.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **IRAMUTEQ: Um Software gratuito para Análise de Dados Textuais.** Temas de Psicologia, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p.513-518, 2013.

CAMPOS, Camila Vilaça Salles; SILVA, IKênia Lara. Cateterismo vesical intermitente realizado pelos cuidadores domiciliares em um serviço de atenção domiciliar. **Rev Min Enferm.**, v.17, n.4, p.753-762, 2013.

CARVALHO, D. P.; RODRIGUES, R. M.; BRAZ, E. Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 5, p. 455-459, 2013

CARVALHO, D. P. et al. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 450-8, 2015.

CASTRO, A. P., OIKAWA, S. E., DOMINGUES, T. A. M., HORTENSE, F. T. P., & DE DOMENICO, E. B. L. Educação em Saúde na Atenção ao Paciente Traqueostomizado: Percepção de Profissionais de Enfermagem e Cuidadores. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 4, p. 305-313, 2014.

CATANEO, C. et al. Avaliação da sensibilidade e da especificidade dos critérios para isolamento de pacientes admitidos em um hospital especializado em oncologia. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.19, n.5, p.1072-9, 2011.

COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 6, p. 979-986, 2014

- COUTO, R. C.; NOGUEIRA, T. M. G.; NOGUEIRA, M. **Infecção hospitalar: epidemiologia e controle**. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- CUNHA, J. C. K. **Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
- DEL DUCA, G. F.; THUME, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-120, Feb. 2011.
- DEWAAL, C. S. Safe food from a consumer perspective. **Food Control**, v. 14, n. 2, p. 75-79, 2003.
- FABRÍCIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 12, n. 5, p. 721-726, 2004.
- FALSEY, A. R. et al. Respiratory syncytial virus infection in elderly and high-risk adults. **New England Journal of Medicine**, v. 352, n. 17, p. 1749-1759, 2005.
- FARSI, D. *et al.* Prevalence of occupational exposure to blood and body secretions and its related effective factors among health care workers of three Emergency Departments in Tehran. **Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences**, v. 17, n. 7, p. 656, 2012.
- FERNANDES, A. T.; RIBEIRO FILHO, N.; BARROSO, E. A. R. **Conceito, Cadeia Epidemiológica das Infecções Hospitalares e Avaliação Custo-Benefício das Medidas de Controle**. In: FERNANDES, A. T. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo. Ed. Atheneu. 2000.
- FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 3, p. 393-9, 2009.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 23 ed. São Paulo: Graal, 2007.
- FRANCO, D. B. G. M.; LANDGRAF, M.. **Microbiologia dos alimentos**. São Paulo: Atheneu, 2008
- FRANCO, B.D.G. M.; LANDGRAF, M. **Microbiologia dos alimentos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: atlas, 1999.
- KENNELEY, I.L. Infection Control and the home care environment. **Hom Health Care Manag Pract.**, v. 22, n. 3, p. 195-201, 2010.
- LACERDA, R. A. Brazilian scientific production on nosocomial infection and nursing contribution: past, presente and perspectives. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 55-63, 2002.

- LACERDA, R. A.; EGRY, E. Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 5, n. 4, p. 13-23, 1997.
- LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R. S.; PATRÍCIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicologia em Estudo**, v. 2, n. 1, p. 343-351, 2013.
- MARKKANEN, P.; GALLIGAN, C.; LARAMIE, A.; FISHER, J.; SAMA, S.; QUINN, M. Understanding sharps injuries in home healthcare: The Safe Home Care qualitative methods study to identify pathways for injury prevention. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 1, 2015.
- MARQUES, A. D. B. et al. Os fatores de risco para infecção no domicílio estudados pela análise de similitude. **Rev. Pre. Infec e Saúde.**, v. 1, n. 2, p. 20-27, 2015.
- MARQUES, R. M. D; DIXE, M. A. C. R. Cuidar em casa: conhecimentos e dificuldades do cuidador do doente dependente. **CuidArt enfermagem- Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem, Cantaduva, SP**, v. 4, n. 2, 2010.
- MENDES, W. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. UERJ, 2001.
- METZ, M.; DIAS, L. C. Assitencia domiciliar (home care) e instituições de longa permanência. **J. Infect Control.**, v. 2, n. 4, p. 153-175, 2013.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MOURA, M. E. B. et al. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 4, p. 416-21, 2007.
- OLIVEIRA R, MARUYAMA S.A.T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p.775-783, 2008.
- OSMO A. A; CASTELLANOS P.L. **Os cuidados a domicílio: da decisão política à gestão de programas**. São Paulo, 2007. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/pdgs/Cuidadomicilio.htm> Acesso em 09 mar. 2016
- PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 1137-1144, dez. 2014 .
- PÉRODEAU, G. et al. Chronic psychotropic drug use among frail elderly women receiving home care services. **Journal of women & aging.**, v. 23, n. 4, p. 321-341, 2011.
- PITTET, D, DONALDSON, L. Clean care is safer care: a worldwide priority. **Lancet.** , v. 366, n. 9493, p.1246-1247, 2005.

RIBA B. et al. Empoderamiento y poder. Su vinculación en el proceso de cuidar al enfermo crónico en atención primaria / Empowerment and power: their relationship in the process of caring for the chronically ill in primary care. **Rev Enferm.**, v. 37, n. 6, p. 424-431, jun. 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RATTI, R. P; SOUSA, C. P. Staphylococcus aureus metilicina resistente (MRSA) e infecções nosocomiais / Methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) and nosocomial infections. **Rev. ciênc. farm. básica apl**; v. 30, n. 2, 2009.

RODRIGUES, M. R.; ALMEIDA, R. T. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio-um estudo de caso. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 20-24, 2005.

SIEGEL, J. D., RHINEHART, E., JACKSON, M., & CHIARELLO, L. 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. **American journal of infection control**, v. 35, n. 10, p. S65-S164, 2007.

SILVA, A. R. A. **Infecções relacionadas à assistência domiciliar (Home Care) e em unidades de tratamento intensivo** [doutorado]. Instituto Oswaldo Cruz: Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas; 2010.

SILVA, C. P. R. **Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação**. 2005. 101 f. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SOUZA, I. C. P.; SILVA, A. G.; QUIRINO, A. C. D. S.; NEVES, M. S.; MOREIRA, L. R. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 164-180, 2014.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 337-343, abr. 2007.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VALLE, A. R. M. C. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2013.

VALLE, A. R. M.C. et al . Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 29, n. 2, p. 239-244, Apr. 2016.

WACHS, L. S. et al. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. e00048515, 2016.

WYBO, I. *et al.* Outbreak of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in a Belgian university hospital after transfer of patients from Greece. **Journal of Hospital Infection**, v. 67, n. 4, p. 374-380, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **10 facts on patient safety**. Genebra (SW): WHO; 2012

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Rev Eletr Enf.**, v. 11, n. 1, p. 45-54, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTROUNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
Coordenação de Pesquisa

Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) de uma pesquisa. Você pode decidir se quer participar ou não. Não precisa se precipitar para tomar a decisão.

Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura (Pesquisadora Responsável). Após ser esclarecido (a) sobre as informações seguintes e concordar em fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador. Em caso de recusa, você não será penalizado (a). Em caso de dúvidas, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, pelo telefone (86) 2106-0700.

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura, Telefone: (86) 99982-8280, E-mail: luana_moura19@hotmail.com.

Descrição da pesquisa com a Justificativa, os Objetivos e a Metodologia:

Projeto de pesquisa desenvolvido e aprovado pela Coordenação de Pesquisa (Edital de Pesquisa Nº 001/2015-2016), a ser desenvolvido durante as atividades científicas requeridas pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. **Justificativa:** a principal motivação para o desenvolvimento desse estudo surgiu diante do crescimento de Serviços de Atenção Domiciliar, da necessidade de maiores informações sobre o conhecimento dos cuidadores em relação à temática e de estudos que falam sobre a importância da prevenção de infecções em atendimentos domiciliar para diminuir a morbidade e prevenir a re-internação. **Objetivos:** Avaliar a formação de cuidadores na atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência a saúde. Analisar como a formação influencia na prevenção de infecções relacionadas a assistência a saúde na atenção domiciliar. Elaborar um protocolo de prevenção de infecções

Luana Kelle Batista Moura
10/02/2016

relacionadas à assistência a saúde na atenção domiciliar. **Metodologia:** será realizado um descritivo e exploratório, de campo e de cunho quantitativo e qualitativo. O local a ser desenvolvida a pesquisa será no domicílio de pacientes que estão em atendimento domiciliar, na cidade de Teresina, Piauí. Serão entrevistados cuidadores de pacientes da EMAD tipo 2 de um hospital de urgência. Os dados serão obtidos por meio de uma entrevista, utilizando um roteiro de perguntas. Não será permitida consulta bibliográfica, pois poderá comprometer os resultados do estudo. Os participantes do estudo serão abordados em horário conveniente para os mesmos, não sendo imposto pelo pesquisador tempo máximo de resposta para os cuidadores. Os dados qualitativos coletados serão analisados por meio de um programa para análise de elementos textuais, o IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). A organização e análise dos dados quantitativos será realizada no Programa SPSS "Statistical Package for the Social Science" (versão 20.0 for Windows).

Riscos e Benefícios

Há riscos mínimos para os participantes desse estudo, tais como o constrangimento na abordagem, a insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Quanto aos benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, os quais irão possibilitar o conhecimento dos cuidadores sobre infecções relacionadas a assistência a saúde. Permitirá a definição de ações que estimulem a interação entre a pesquisa e a prática, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade. Também será elaborado um protocolo de prevenção de infecções relacionadas a assistência a saúde na atenção domiciliar.

Compromissos de confidencialidade de identidade dos participantes

Os registros desta participação serão mantidos confidenciais. Entretanto, estes registros poderão ser analisados por um representante do Comitê de Ética do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Isso faz parte da responsabilidade destes órgãos em acompanhar a pesquisa. Seu nome nunca será divulgado em nenhum relatório deste estudo. A seguir, alguns esclarecimentos importantes:

- 1 - Compromisso Ético: Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, esse

assinado por
20/08/15

projeto foi baseado nos princípios da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Assim, considerando a normativa do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa buscará ao longo de toda sua evolução, atender à ética emergida em função dos avanços técnico-científicos,

2 - Garantia de Acesso: Você tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, por meio do contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Para maiores informações, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura, por meio do telefone: (86) 999828280. Quando você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, por favor, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI no seguinte endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai. Telefone: (86) 2106-0700.

3 - Garantia de Sigilo: Se você concordar em participar desse estudo, seu nome e identidade serão mantidos em total sigilo. O seu questionário somente será numerado, como "Entrevistado N°".

4 - Direito de Participação: Fica assegurado o seu direito de retirar o consentimento da não continuidade de participação nessa pesquisa, a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo ou penalidade.

Luana Kelle Batista Moura

Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura
Pesquisadora Responsável
CPF: 015171323-55

Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da
Família Centro Universitário UNINOVAFAPI

Lucélia Campelo de Melo Santos

Lucélia Campelo de Melo Santos
Pesquisadora Participante
CPF: 966868713-20

Aluna do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família Centro
Universitário UNINOVAFAPI

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que fui satisfatoriamente informado a respeito das informações referentes ao estudo, compreendi os objetivos e condições de minha participação nesta pesquisa. Portanto, concordo voluntariamente em participar, no qual poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos à minha pessoa.

Teresina-PI, ____ de ____ de ____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível e completo do participante:

RG: _____

CPF: _____

*dan bento
unacpore*

APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Gênero () masculino () feminino

Idade _____

Escolaridade

() analfabeto

() ensino fundamental incompleto

() ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto

() ensino médio completo

() Superior

1. O que você entende sobre infecção domiciliar (relacionada à assistência à saúde)?

2. O que você sabe sobre prevenção de infecção no domicílio?

3. O que você faz para prevenir infecção no domicílio?

APÊNDICE C –TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**COORDENAÇÃO DE PESQUISA E MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Teresina, 09 de maio de 2016.

Ilustríssima Senhora Maria Edna Rodrigues de Lima

Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Teresina

Eu, **Profa Dra. Eliana Campelo Lago**, coordenadora responsável pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, venho pelo presente, solicitar autorização para realizar este projeto de pesquisa na Fundação Hospitalar de Teresina, para o trabalho de pesquisa sob o título **CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE**, juntamente com a aluna do mestrado **Lucélia Campelo de Melo Santos**.

Este projeto de pesquisa atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivos: avaliar o conhecimento de cuidadores na atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência a saúde; analisar como o conhecimento de cuidadores influencia na prevenção de infecções relacionadas à assistência a saúde na atenção domiciliar e elaborar uma cartilha de prevenção de infecções relacionadas à assistência a saúde na atenção domiciliar. As informações obtidas serão confidenciais e em qualquer momento que o cuidador preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida pela pesquisadora.

Quanto aos riscos são mínimos para os participantes desse estudo, tais como o constrangimento na abordagem, a insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Os benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, os quais irão possibilitar o conhecimento dos cuidadores sobre infecções relacionadas a assistência a saúde. Permitirá a definição de ações que estimulem a interação entre a pesquisa e a prática, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade. Também será elaborado um protocolo de prevenção de infecções relacionadas a assistência a saúde na atenção domiciliar.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNINOVAFAPI e pela pesquisadora

responsável através dos e-mails: luanamoura@uninovafapi.edu.br (86) 999828280 lucellyacampello@yahoo.com.br - telefones- (86) 99464-2367.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Profa Dra. Eliana Campelo Lago - CPF: 229.028.483-15

Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Lucélia Campelo de Melo Santos - CPF: 966.868.713-20

Aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Autorização Institucional

Eu, Maria Edna Rodrigues de Lima responsável pelo Comitê de Ética e Pesquisada Fundação Hospitalar de Teresina, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento. Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Maria Edna Rodrigues de Lima Responsável pelo Comitê de Ética e Pesquisa	Prof. Dra. Eliana Campelo Lago Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI
---	---

Dados da instituição de ensino

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI– PROGRAMA DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, nº 6123, Bairro do Uruguai, Teresina - PI,
CEP: 64.073-505 - Fone/Fax: (86)2106-0700 - Fax: (86) 2106-0740.
site: www.uninovafapi.edu.br

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

FHT
Fundação Hospitalar
de TeresinaPrefeitura de
Teresina**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “**CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAÚDE**” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo as pesquisadoras **Luana Kelle Batista Moura e Lucélia Campelo de Melo Santos** realizarem a(s) etapa(s). Acesso ao Hospital de Urgência de Teresina, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Teresina, 30 de maio de 2016.

Maria Edna Rodrigues de Lima
Gerente de Avaliação e Monitoramento
Maria Edna Rodrigues de Lima
Maria Edna Rodrigues de Lima

Gerente de Avaliação e Monitoramento
Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

ANEXO B-PARECER DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Pesquisador: Luana Kelle Batista Moura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58950816.6.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

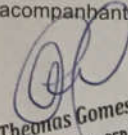
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.710.219

Apresentação do Projeto:

Diante do crescimento de Serviços de Atenção Domiciliar, da necessidade de maiores informações sobre o conhecimento dos cuidadores em relação à temática e da importância da prevenção de infecções em atendimentos domiciliar para diminuir a morbidade e prevenir a re-internação. O estudo descritivo e exploratório, de campo e de cunho qualitativo. O local a ser desenvolvida a pesquisa será no domicílio de pacientes que estão em atendimento domiciliar, na cidade de Teresina, Piauí. Serão entrevistados cuidadores de pacientes da EMAD tipo 2 de um hospital de urgência. Os dados serão obtidos por meio de uma entrevista, utilizando um roteiro de perguntas. Não será permitida consulta bibliográfica, pois poderá comprometer os resultados do estudo. Os participantes do estudo serão abordados em horário conveniente para os mesmos, não sendo imposto pelo pesquisador tempo máximo de resposta para os cuidadores. Os dados qualitativos coletados serão analisados por meio de um programa para análise de elementos textuais, o IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires). A organização e análise dos dados quantitativos será realizada no Programa SPSS "Statistical Package for the Social Science" (versão 20.0 for Windows). Serão incluídos cuidadores que estejam em ambiente domiciliar e Cuidadores de pacientes com alta hospitalar e excluídos cuidadores ou acompanhantes em ambiente hospitalar e cuidadores com pacientes cadastrados utilizando o


Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.710.219

maioria são familiares e leigos, em relação à temática e de estudos voltados para essa população que falem sobre a importância da prevenção de infecções em atendimentos domiciliar para diminuir a morbidade e prevenir a re-internação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os documentos obrigatórios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está elaborado conforme recomendações da Res. 466/12 do CNS, portanto está APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_735474.pdf	17/08/2016 17:52:16		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/08/2016 17:51:27	Luana Kelle Batista Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.pdf	13/07/2016 11:39:34	Luana Kelle Batista Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/07/2016 11:27:54	Luana Kelle Batista Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao.pdf	09/06/2016 11:32:13	Luana Kelle Batista Moura	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/06/2016 10:55:04	Luana Kelle Batista Moura	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.pdf	09/06/2016 10:49:34	Luana Kelle Batista Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso.pdf	09/06/2016 10:43:44	Luana Kelle Batista Moura	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	09/06/2016 10:40:45	Luana Kelle Batista Moura	Aceito
Folha de Rosto	LUANA.pdf	09/06/2016 10:29:06	Luana Kelle Batista Moura	Aceito

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.710.219

serviço de internação. Os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde serão garantidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a formação de cuidadores na atenção domiciliar sobre infecções relacionadas à assistência a saúde.

Objetivo Secundário: Analisar como a formação influencia na prevenção de infecções relacionadas à assistência a saúde na atenção domiciliar. Elaborar um protocolo de prevenção de infecções relacionadas à assistência a saúde na atenção domiciliar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Há riscos mínimos para os participantes desse estudo, tais como o constrangimento na abordagem, a insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Benefícios: Quanto aos benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, os quais irão possibilitar o conhecimento dos cuidadores sobre infecções relacionadas a assistência a saúde. Permitirá a definição de ações que estimulem a interação entre a pesquisa e a prática, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade. Também será elaborado um protocolo de prevenção de infecções relacionadas a assistência a saúde na atenção domiciliar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, pois, os índices de infecção são uma preocupação constante, portanto surge a necessidade de maiores informações sobre o conhecimento dos cuidadores, que em sua grande maioria

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO C - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP /UNINOVAFAPI

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Teresina, 07 de junho de 2016

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Eu Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura, pesquisador responsável e Lucélia Campelo de Melo Santos, pesquisadores participantes da pesquisa intitulada "**CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE**", declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI do UNINOVAFAPI, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi realizada.

Luana Kelle Batista Moura

Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura – CPF: 015171323-55

Pesquisador Responsável

Lucélia Campelo de Melo Santos

Lucélia Campelo de Melo Santos – CPF: 966868713-20

Pesquisador Participante

ANEXO D – DECLARAÇÕES DE TRADUÇÃO INGLÊS E ESPANHOL



DECLARAÇÃO DE TRADUÇÃO

Prezad(o)a Senhor(a),

Referente à dissertação de mestrado **"CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE"** de autoria de Lucélia Campelo de Melo Santos, declaro que os resumos foram traduzidos para a língua inglesa e língua espanhola.

Nossa responsabilidade se limita às atividades descritas no parágrafo anterior de forma que não nos responsabilizamos por possível plágio cometido pelos autores, assim como não fizemos acréscimos ao texto do trabalho, ou considerações que não estejam relacionadas à tradução de resumo e à correção da escrita.

Teresina, 20 de fevereiro de 2017.

Cordialmente,


Rafael Fernandes de Mesquita

CONSULTORIAS TERESINA
consultoriasteresina@gmail.com
Teresina - Piauí • CNPJ: 24.460.926/0001-28

ANEXO E – DECLARAÇÕES DE REVISÃO DE PORTUGUÊS



DECLARAÇÃO DE REVISÃO

Prezad(o)a Senhor(a),

Referente à dissertação de mestrado **"CONHECIMENTO DE CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOBRE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE"** de autoria de Lucélia Campelo de Melo Santos, declaro que o texto completo foi revisado de acordo com as normas cultas da língua portuguesa quanto a correções aos possíveis erros de sintaxe, concordância gramatical e integridade de conteúdo.

Nossa responsabilidade se limita às atividades descritas no parágrafo anterior de forma que não nos responsabilizamos por possível plágio cometido pelos autores, assim como não fizemos acréscimos ao texto do trabalho, ou considerações que não estejam relacionadas à correção da escrita.

Teresina, 21 de fevereiro de 2017.

Cordialmente,

Rafael Fernandes de Mesquita

CONSULTORIAS TERESINA
consultoriasteresina@gmail.com
Teresina - Piauí • CNPJ: 24.460.926/0001-28