



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNI NOVAFAPÍ

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

**FORMAÇÃO DE GRADUANDOS DA ÁREA DA SAÚDE EM
INFECÇÃO COMUNITÁRIA**

TERESINA

2015

JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

**FORMAÇÃO DE GRADUANDOS DA ÁREA DA SAÚDE EM INFECÇÃO
COMUNITÁRIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliete Batista
Moura.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Formação de recursos
humanos na atenção à saúde da família.

TERESINA

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

F363f FERNANDES NETA, Josefa Nilza

Formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária / Josefa Nilza Fernandes Neta. Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Maria Eliete Batista Moura - Teresina, 2015.
75 p.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2015.

1. Formação; 2. Infecção; 3. Prevenção; 4. Comunidade; I. Título.

CDD 614.4

JOSEFA NILZA FERNANDES NETA

**FORMAÇÃO DE GRADUANDOS DA ÁREA DA SAÚDE EM INFECÇÃO
COMUNITÁRIA**

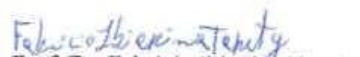
Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM),
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

APROVADO EM: 08/06/2015

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura
Presidenta (UNINOVAFAPI)


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


Prof. Dr. Fabricio Ibiapina Tapety
2º Examinador (UNINOVAFAPI)


Profa. Dra. Eliana Campelo Lago
Suplente (UNINOVAFAPI)

A Deus, pela força que me guia.
Aos meus pais, o seu Áureo(*in memorian*) e a dona Nenude.
Ao meu irmão, Charles Claudino.
Porque família é sempre a base.

AGRADECIMENTOS

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria, aprende-se é com a vida e com os humildes”, e, na certeza de que ninguém faz nada sozinho, deixo meus sinceros agradecimentos:

A Deus que no meu íntimo diz: “Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”. E, sabendo “que todas as coisas contribuem para o bem daqueles que amam a Deus”, espero que em fim possa dizer: “Combati o bom combate, acabei a carreira, guardei a fé”.

Ao meu pai que sempre se preocupou em eu percorrer o caminho certo e corretamente, mostrando por meio do seu exemplo de humildade, de dignidade e de honradez. Saudades eternas.

À minha mãe que sempre me incentivou, valorizou os meus estudos e está sempre presente me apoiando na alegria e na tristeza.

À UNINOVAFAPI, a todos os docentes e funcionários do programa de mestrado profissional em Saúde da Família, em especial, Gelsemânia Barros Martins Carvalho, os quais contribuíram na busca do conhecimento científico e edificação da minha vida profissional, pois “todos estamos matriculados na escola da vida, onde o mestre é o tempo”.

Aos amigos do Mestrado, pelo convívio agradável e conhecimentos compartilhados, em especial, à Maria Elizana, pelo encorajamento e apoio durante muitas fases desta etapa de minha vida. Acredito que “nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas”.

A todos os discentes da UNINOVAFAPI que aceitaram participar do estudo e contribuíram para construção deste conhecimento. Parafraseando Cora: “Acredito nos jovens à procura de caminhos novos abrindo espaços largos na vida. Creio na superação das incertezas deste fim de século”.

Em especial, à Prof.^a Dr.^a Maria Eliete Batista Moura, pela competência na coordenação do Curso do Mestrado de Saúde da Família e, em particular, por ser minha orientadora e ter “olhado pra mim” e me guiado na construção deste projeto. “Feliz aquele que compartilha o que sabe e aprende o que ensina”.

Aos professores, Dr.^a Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, Dr.^a Eliana Campêlo Lago e Dr. Fabrício Ibiapina Tapety pelas contribuições especiais que ajudaram na construção desse conhecimento. Como educadores, é certo que “há muros que só a paciência derruba... Há pontes que só o carinho constrói”.

A todos os amigos e familiares, tios, tias, primos e primas que fazem parte de minha vida, que me incentivam e compartilham os momentos de alegria e dúvidas. Em especial, Maria de Fátima e Áureo Neto, tia ama demais. “Se temos de esperar, que seja para colher a semente boa que lançamos hoje no solo da vida. Se for para semear,então, que seja para produzir milhões de sorrisos,de solidariedade e de amizade”.

A todos, muito obrigada!

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo”.

(Paulo Freire)

RESUMO

As infecções comunitárias são aquelas constatadas ou em incubação no ato da admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital. Constituem importante problema de saúde pública em âmbito mundial, podendo contribuir com o aumento da morbidade e mortalidade. Na formação de profissionais da saúde, é imprescindível a definição de competências e de habilidades relacionadas à prevenção e ao controle das infecções comunitárias para melhorar a qualidade da assistência na atenção básica em saúde. O estudo tem como objetivos descrever a formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária, discutir o conceito de infecção comunitária que os graduandos da área de saúde adquirem na formação acadêmica, analisar como a formação do graduando da área de saúde pode contribuir para a prevenção da infecção comunitária e elaborar um blog e página no *Facebook* sobre infecção comunitária. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no Centro Universitário UNINOVAFAPI, com 157 graduandos da área da saúde, sendo 45 do Curso de Medicina, 48 do Curso de Odontologia e 63 do Curso de Enfermagem. Os dados foram produzidos no período de junho a outubro de 2014, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, processados no software IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em seis classes, a saber: Classe 1 – Conceito de infecção comunitária; Classe 2 – Conhecimentos dos graduandos sobre infecção comunitária, adquirido na formação; Classe 3 – Conteúdos relacionados à infecção comunitária existentes no currículo dos cursos; Classe 4 – Prevenção e controle da infecção comunitária; Classe 5 – Técnicas de controle da infecção comunitária; Classe 6 – Medidas de biossegurança adotadas pelos graduandos da área da saúde. O conceito de infecção comunitária elaborado pelos graduandos tem como base o conceito de infecção hospitalar com destaque para as ações relacionadas à internação e ao ambiente hospitalar. O conhecimento dos graduandos, adquiridos na formação profissional, tem relação com conteúdos referentes aos tipos de microorganismos causadores de infecção e às formas de disseminação. A prevenção e controle da infecção comunitária são desenvolvidos, com destaque para as técnicas de esterilização de materiais, uso de equipamentos de proteção individual, desinfecção, assepsia e antisepsia, lavagem e higienização das mãos, adoção das medidas de biossegurança e precaução padrão para diminuir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes. Assim, evidenciou-se que os graduandos ainda não possuem um conceito de infecção comunitária construído, havendo a necessidade de mudança no projeto pedagógico dos cursos para uma educação problematizadora com o objetivo de formar profissionais com competências e habilidades necessárias para a prevenção e controle da infecção comunitária, bem como para melhorar a qualidade da assistência na atenção primária.

Palavras-chave: Formação. Infecção. Prevenção. Comunidade.

ABSTRACT

Community infections that are those verified or in incubation at the moment of admission, since they are not related to previous hospitalization in the same hospital. It represents an important public health problem worldwide, contributing to increased morbidity and mortality. The training of health professionals is essential to define competencies and abilities related to prevention and control of community infections to improve the quality of care in primary health care. The study aims to describe the undergraduate training of health in community infection, discuss the concept of community infection that undergraduates in the health area acquire in the academic training, analyze how the formation of healthcare graduating can help the prevention of community infection and draw up a blog and facebook page on community infection. It is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, held in UNINOVAFAPÍ University Center, with 157 students from the health area, 45 of the medical school, 48 of the major of Dentistry and 63 of the major in Nursing . The data were produced in the period from June to October 2014, using a semi-structured interview guide, processed in IRAMUTEQ software and analyzed by Hierarchical Classification Descending. The results were presented in six classes, namely: Class 1 - Concept of community infection; Class 2 - knowledge of students on community infection, acquired in training; Class 3 - contents related to community infection in the curriculum of existing courses; Class 4 - Prevention and control of community infection; Class 5 - Technical control of community infection; Class 6 - Biosecurity measures adopted by students from the health area. The concept of community infection developed by graduate students, is based on the concept of hospital infections with emphasis on the actions related to the hospital and the hospital environment. The knowledge of the students, acquired in vocational training, has to do with content related to the types of microorganisms that cause infection and ways of dissemination. The prevention and control of community infection are developed, with emphasis on the materials sterilization techniques, use of personal protective equipment, disinfection, sterilization and antisepsis, washing and hand hygiene, adoption of biosecurity measures and standard precautions to reduce the risks sharps injury. Thus the undergraduates do not yet possess a concept of community-acquired built, with the need for change in the pedagogical project of the courses for a problem-based education in order to prepare students with competencies and abilities necessary for the prevention and control of infection and improve the Community quality of care in primary care.

Keywords: Training. Infection.Prevention.Community.

RESUMEN

Infecciones comunitarias que son los observados o incubación en el momento de la admisión, siempre que no estén relacionados con la hospitalización previa en el mismo hospital constituye, problema de salud pública en todo el mundo, y puede contribuir al aumento de la morbilidad y la mortalidad. En los profesionales de la salud la formación es esencial para definir las habilidades y destrezas relacionadas con la prevención y control de las infecciones de la comunidad para mejorar la atención primaria de salud. El estudio tiene como objetivo describir la formación de los estudiantes en el campo de la salud en la infección por la comunidad, discutir el concepto de la infección de la comunidad que los alumnos adquieren en la asistencia sanitaria en la formación académica, la forma de analizar la formación de salud de los estudiantes puede contribuir a la prevención de la infección y la elaboración de un blog de la Comunidad y la página de Facebook sobre la infección comunidad. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en UNINOVA FAPI Centro Universitario, con 157 estudiantes del área de salud, 45 de la escuela de medicina, 48 del curso de Odontología y 63 del curso de Enfermería. Los datos se produjeron en el período de junio a octubre de 2014, utilizando una guía de entrevistas semiestructurada, procesados en el software IRAMUTEQ y analizada por Clasificación jerárquica descendente. Los resultados fueron presentados en seis clases, a saber: Clase 1 – El concepto de la infección de la comunidad; Clase 2 – El conocimiento de los estudiantes sobre la infección de la comunidad, adquirida en la formación; Clase 3 – Los contenidos relacionados con la infección comunidad existente en el currículo de los cursos; Clase 4 – Prevención y control de la infección de la comunidad; Clase 5 – Control técnico de la infección comunidad. Clase 6 – Medidas de bioseguridad adoptadas por estudiantes del área de la salud. El concepto de la infección comunidad elaborado por estudiantes de enfermería, medicina y odontología, se basa en el concepto de las infecciones hospitalarias, con énfasis en las acciones relacionadas con el hospital y el ambiente hospitalario. El conocimiento de los estudiantes, adquiridas en la formación profesional, se relaciona con los contenidos relativos a los tipos de microorganismos que causan infecciones y formas de difusión. La prevención y el control de la infección de la comunidad se desarrollan en la práctica de los estudiantes, especialmente las técnicas de los materiales de esterilización, uso de equipo de protección personal, desinfección, esterilización y asepsia, el lavado y la higiene de las manos, la adopción de medidas de bioseguridad y precaución estándar para reducir el riesgo de lesiones cortopunzantes. Por lo tanto, los graduados todavía carecen de un concepto de construcción adquirida en la comunidad, con la necesidad de cambio en el proyecto pedagógico de los cursos para una educación basada en problemas con el fin de preparar a los estudiantes con las habilidades y destrezas necesarias para la prevención y control de la infección y mejorar la comunidad local de la atención en la atención primaria.

Palabras clave: Formación. Infección. Prevención. Comunidad.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CECIH	Controle Estadual de Controle de Infecção Hospitalar
CMCIM	Controle Municipal de Controle de Infecção Hospitalar
CNCIRAS	Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior
CVC	Cateter Venoso Central
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EE	Estudante de Enfermagem
EM	Estudante de Medicina
EO	Estudante de Odontologia
EPE	Equipamento de Proteção Coletivo
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IES	Instituições de Ensino Superior
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IPCS	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
IRAS	Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC	Infecções do Sítio Cirúrgico
MRSA	<i>Staphylococcus resistente à meticilina aureus</i>
MS	Ministério da Saúde
OGM	Organismo Geneticamente Modificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Profissionais da Área da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PP	Precaução Padrão
PU	Precaução Universal
RDC	Resolução Diretora Colegiada
RM	Resistência Microbiana

SINAIS	Sistema de Informação para Controle de Infecção em Serviços de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UNINOVAFAPÍ	Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnologia do Piauí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualização do problema	13
1.2	Objeto de estudo e questões norteadoras	15
1.3	Objetivos.....	15
1.4	Justificativa	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Bases conceituais para prevenção e controle de infecções	17
2.2	A formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária	20
2.3	A educação problematizadora como contribuição ao processo de formação de graduandos da área da saúde.....	24
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	Tipo de estudo.....	27
3.2	Cenário do estudo	27
3.3	Sujeitos do estudo	28
3.4	Produção de dados	28
3.5	Processamento e análise de dados	29
3.6	Aspectos éticos	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	32
4.1	Manuscrito – Formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária	32
4.2	Produto – <i>Blog</i> lavando a mão, página no <i>Facebook</i> lavando as mãos	49
4.2	<i>Blog</i> – lavando as mãos	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	57
	ANEXOS	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As doenças infecciosas podem estar associadas à pobreza, à falta de informação e ao saneamento básico. Os importantes avanços na ciência evidenciam a possibilidade de controle, eliminação e prevenção dos microrganismos causadores de doenças infecciosas, pois há métodos avançados de diagnósticos, novos fármacos, vacinas e maior acesso à informação pela população.

De acordo com a Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde, a infecção comunitária (IC) é aquela constatada ou em incubação no ato da admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital. São também comunitárias: a infecção que está associada à complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção; a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que se tornou evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS) e as infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas (BRASIL,1998). É a infecção que ocorre nas residências das pessoas, na escola, no trabalho, em presídios e em outros ambientes, fora do ambiente hospitalar ou de outros serviços de saúde (VALE,2013).

A infecção hospitalar é definida como a infecção 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 com procedimentos hospitalares. Os termos infecção comunitária e infecção hospitalar vêm sendo substituídos pelo termo infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), no qual a prevenção e o controle das infecções passam a ser considerados para todos os locais onde se presta o cuidado e a assistência à saúde. Sendo assim, o hospital não é o único local onde se pode adquirir uma infecção, podendo existir o risco em procedimentos ambulatoriais, serviços de hemodiálise, casas de repouso para idosos, instituições para doentes crônicos, assistência domiciliar (*home care*) e clínicas odontológicas (BRASIL, 2012).

Quando ocorre uma diminuição nas defesas do organismo, os micro-organismos patogênicos como bactérias, vírus, fungos ou protozoários, invadem e penetram o corpo, reproduzindo-se e causando o que é chamado de “doença infecciosa”. A transmissão de

micro-organismos patogênicos, ou seja, micro-organismos capazes de produzir doenças, ocorre, na maioria das vezes, por contato direto, transmitido de uma pessoa para outra por meio do contato direto com as mãos, ou por meio do contato indireto com objetos e superfícies contaminadas (BRASIL, 2012). Segundo Rey (2002), nas enteroinfecções causadas por protozoários e helmintos, as formas de transmissões mais frequentes são por contato direto, por meio de mãos contaminadas, e indireta, pela ingestão de água e de alimentos contaminados.

Segundo Valle (2013), mesmo com os avanços no controle das doenças infecciosas, ainda existem epidemias não controladas de doenças como a malária, a febre amarela, a AIDS, a tuberculose e hanseníase, a dengue entre outras infecções mais graves, como a pneumonia. Mas uma das mais importantes infecções comunitárias é a pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1), detectado na América no Estado da Califórnia (EUA), pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta, em 2009. Essas doenças podem matar, anualmente, milhões de pessoas por falta de tratamento adequado, falta de imunizações, ou mesmo pelo mecanismo de transmissão que facilita a disseminação, especialmente nos países em desenvolvimento, onde as ações de saúde pública ainda não são totalmente eficazes.

A origem da infecção relacionada à assistência à saúde é uma questão importante a ser considerada e, nesse sentido, o conhecimento e as ações dos profissionais de saúde assumem papel fundamental para a prevenção das infecções comunitárias, pois o profissional de saúde pode ser considerado um “fômite”, que é uma palavra de origem latina para indicar objetos ou materiais que carregam infecções, mas também são agentes para a informação e mudanças das ações para controle e prevenção das infecções adquiridas em ambientes comunitários (TACCONELLI, 2011).

Os graduandos da área de saúde devem estar preparados para lidar com essas situações no ambiente de trabalho. Tipple et al.(2003) acreditam que, independentemente da forma e da estrutura curricular adotada, a prevenção e o controle de infecção deve fazer parte da filosofia da formação dos profissionais da área da saúde, devendo fazer parte do processo de educação continuada durante o exercício profissional, viabilizando a necessária atualização permanente dos profissionais.

De acordo com as considerações apresentadas, este estudo poderá servir de subsídio para nortear as ações de prevenção e controle relacionadas à infecção comunitária durante a formação do acadêmico de saúde, e subsequente na atualização profissional por

meio do enfoque em pontos mais relevantes ou que estejam sendo deixando em segundo plano durante a formação acadêmica.

1.2 Objeto de estudo e questões norteadoras

A partir da problemática exposta, o objeto deste estudo é a formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária.

Associado às inquietações observadas no contexto em que se insere esta pesquisa, questiona-se:

- a) Qual a formação dos graduandos da área da saúde em infecção comunitária?
- b) Como a formação influencia na prática dos estudantes, na prevenção e no controle da infecção comunitária?

1.3 Objetivos

- a) Descrever a formação dos graduandos da área de saúde em infecção comunitária;
- b) Discutir o conceito de infecção comunitária que os graduandos da área de saúde adquirem na formação acadêmica;
- c) Analisar como a formação do graduando da área de saúde pode contribuir para a prevenção da infecção comunitária;
- d) Elaborar um *Blog* e página no *Facebook* sobre infecção comunitária.

1.4 Justificativa

Nos últimos anos, percebe-se o surgimento de novas doenças infecciosas como a gripe causada pelo vírus H1N1, febre *Chikungunya* causada pelo vírus CHIKV, ou o reaparecimento de doenças, como dengue, cólera, ébola, que já haviam sido controladas. Bactérias super-resistentes passam a se revelar em ambiente comunitário. São necessárias ações de vigilância e de pesquisa aplicada, visando assegurar estratégias de prevenção destas doenças em âmbito de saúde pública, pois apresentam um potencial risco à comunidade, podendo causar surtos ou epidemias e impactos econômicos e socioculturais.

A origem da infecção comunitária é uma questão importante e embora muito se discuta sobre controle de infecção, sobre a relevância da infecção na epidemiologia e na saúde

pública, percebe-se que os profissionais minimizam a infecção comunitária, pois faltam programas e normas que regulamentem, como ocorre com a infecção hospitalar. Este desinteresse entre os profissionais de saúde pode estar relacionado à formação nos cursos de graduação da área de saúde, à maneira como são ministrados os conhecimentos científicos sobre o tema e suas ações práticas.

Diante do exposto, baseados em aporte teórico dos autores, na relevância de estudos nessa área da saúde, na nossa vivência e experiência profissional, faz-se necessário estudo sobre a formação acadêmica dos graduandos e futuro profissionais de saúde acerca da prevenção e do controle da infecção comunitária, pois, como futuros profissionais, podem contribuir com o fortalecimento das medidas preventivas e com a redução dos efeitos das infecções na saúde pública. Espera-se determinar o nível de conhecimento gerado durante a formação acadêmica acerca do tema e tentar sugerir medidas de conscientização dos graduandos da área de saúde, bem como das instituições de ensino no processo formador, considerando a forma que estes profissionais irão atuar junto à população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Bases conceituais para prevenção e controle de infecções

As infecções comunitárias, ou seja, aquelas que acometem a população fora do ambiente hospitalar ou pacientes nas primeiras 48 horas de internação, estão associadas a determinantes sociais e ambientais, mostrando elevada prevalência em regiões com déficit em educação, precárias condições de habitação, sem acesso ao abastecimento de água potável e saneamento básico (VALLE, 2013).

De acordo com a Portaria nº 2.616, são também comunitárias a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que se tornou evidente logo após o nascimento e as infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas (BRASIL, 1998).

Segundo Pontes et al. (2009), as alterações associadas à estrutura etária da população, ocorridas ao longo do processo de transição demográfica, apresentaram mudanças significativas no perfil epidemiológico, levando a alterações nos padrões de morbidade e de mortalidade, havendo substituição gradual de doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas e aquelas relacionadas a causas externas. No Brasil, as doenças infecciosas e parasitárias eram a principal causa de mortalidade proporcional em 1930, com 45,7% de óbitos, e apresentou uma tendência declinante, chegando a 4,6% dos óbitos em 2003.

No Brasil, as principais infecções comunitárias são: as parasitoses, as infecções respiratórias agudas (IRA's), as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), o sarampo, a tuberculose, a hanseníase, a doença de Chagas, a cólera, a dengue, entre outras. A etiologia clássica relaciona-se a fatores intrínsecos e extrínsecos dos indivíduos, sejam eles hereditários, congênitos, imunitários, de comorbidades, ambientais, socioeconômicos e culturais. É importante registrar mais uma vez que diversos fatores de risco estão presentes no ambiente domiciliar e peridomiciliar como: falta de saneamento básico; precárias condições de higiene pessoal, bem como 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 (VALLE, 2013).

Considerando que as infecções não se limitam aos hospitais e que podem ser adquiridas em todos os espaços, sejam ou não de assistência à saúde, inclusive na comunidade, as atividades de prevenção e controle dos riscos biológicos devem permanecer na linha de frente e na base dos programas, até mesmo no ambiente domiciliar (VALLE, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o fenômeno das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) como um problema de saúde pública e preconiza que as autoridades em âmbito nacional e regional desenvolvam ações visando à redução do risco de aquisição. Os objetivos devem ser estabelecidos em âmbito nacional ou regional em consonância com demais objetivos de saúde nestas esferas. Há um consenso claro dos especialistas na área quanto à necessidade de tomada de ações estratégicas para a redução das IRAS (BRASIL, 2012).

No Brasil, as primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) surgiram na década de 1960. Com as ações destas CCIH e com o movimento contínuo de profissionais envolvidos na área, evoluiu-se gradativamente para a concepção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), como um problema de saúde pública, e, em 1988, foi instituído o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, por meio da Portaria nº 232/88, no âmbito do Ministério da Saúde. Em 1983 e 1992, foram publicadas respectivamente as Portarias nº 196 e nº930, visando normalizar as ações de prevenção e de controle de IRAS no país. Na atualidade, as legislações e normativas que determinam as diretrizes gerais para a prevenção e controle de IRAS são a Lei nº9.431 de 1997, a Portaria nº2.616 de 1998 e a RDC nº48 de 2000 (BRASIL, 2013).

Em 1999, foi oficialmente constituída a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar foi transferido do Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.241, de 13 de outubro de 1999, que repassou as atividades de controle de infecções hospitalares para a então Gerência de Controle de Riscos à Saúde, da Diretoria de Serviços e Correlatos. A ANVISA assumiu, então, as atribuições e interfaces com órgãos de vigilância sanitária estaduais e municipais.

Em 2009, a ANVISA lançou um documento dirigido para situações de pacientes em UTI e determinando a meta nacional de redução da Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) associada ao cateter venoso central (CVC). Em 2011, a RDC/ANVISA nº 63 determina o estabelecimento de estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, incluindo a prevenção de IRAS. No ano de 2012, foi instituída a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS), por meio

da Portaria 158, com a finalidade de assessorar a Diretoria Colegiada da ANVISA na elaboração de diretrizes, normas e medidas para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

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

O Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Serviços de Saúde tem como objetivo geral diminuir, em âmbito nacional, a incidência de IRAS e, para alcançar os objetivos gerais, os seguintes objetivos específicos foram estabelecidos, considerando o período de 2013-2015: reduzir infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS), reduzir infecções do sítio cirúrgico (ISC); estabelecer mecanismos de controle sobre a resistência microbiana (RM) em serviços de saúde e aumentar o índice de conformidade do PNPCIRAS (BRASIL, 2013).

O conhecimento sobre o comportamento das infecções relacionadas à assistência em serviços de saúde (IRAS) é imprescindível para a redução e para o controle deste agravo. Seu monitoramento demanda padronização dos critérios diagnósticos e dos métodos de vigilância epidemiológica, tempo de dedicação e capacitação dos profissionais das Comissões de Controle de Infecções dos Hospitais (CCIH) brasileiros, dos estados (CECIH) e dos municípios(CMCIH) (BRASIL,2014).

A ANVISA criou o Sistema Nacional de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SINAIS) cujo objetivo é oferecer aos gestores de saúde e hospitais brasileiros um instrumento para aprimoramento das ações de prevenção e de controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Esta ferramenta pretende consolidar o sistema de monitoramento da qualidade da assistência dos serviços de saúde no Brasil. O Sistema permite a entrada de dados e emissão de relatórios em uma rotina de trabalho que acompanha as atividades já desenvolvidas pelas CCIH do país. A análise dos indicadores ocorre de forma rápida e eficiente o que permitirá a compreensão abrangente, detalhada, do comportamento das infecções relacionadas à assistência e do impacto das medidas de controle adotadas. Como perspectivas futuras, tendo como base os conhecimentos gerados pela alimentação do SINAIS, será possível a revisão das legislações brasileiras vigentes e da estrutura atual de organização das Comissões e Serviços de Controle de Infecções do país e o investimento na qualificação dos profissionais que atuam nos serviços (BRASIL,2014).

No Brasil, há toda uma política pra controle das infecções voltada para as infecções relacionadas à assistência à saúde. Nos países desenvolvidos, de acordo com Bloomfield et al. (2007), até década de 80, patógenos tais como rotavírus, *Campylobacter*, *Legionella*, *Escherichia coli* (E. coli) O157, eram considerados novidades e atualmente uma grande preocupação de saúde pública na América do Norte e, cada vez mais, na Europa, são *Staphylococcus* resistente à *meticilina aureus* (MRSA) e *Clostridium difficile*, antes restritos a infecções hospitalares, agora associados à comunidade.

No passado, a investigação e vigilância em saúde favoreciam doenças associadas aos cuidados de saúde e de doenças de origem alimentar, mas houve aumento de recursos alocados para a geração de dados que dão uma visão melhor da medida das infecções que estão circulando na comunidade; como elas estão sendo transmitidas; e sua variação entre regiões, países ou de uma comunidade para outra (BLOOMFIEL,2007).

2.2 A formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária

Tipple et al. (2003) afirmam que há um incansável investimento no graduando, para que, durante a sua formação, adquira competência para executar um procedimento esperado em seu exercício profissional, mas a ênfase à prática do controle de infecção fica a desejar, em relação à realização do procedimento, a partir da adoção de medidas preventivas, promovendo uma mudança no ensino: do paradigma da ação, que determina adotar esta ou aquela medida preventiva, de acordo com o procedimento ou diagnóstico em questão, para o paradigma de “filosofia das práticas em saúde”, que pressupõe a realização de qualquer procedimento com base na adoção de medidas preventivas.

A biossegurança envolve um conjunto de condutas e de medidas técnicas, administrativas e educacionais que devem ser empregadas por profissionais da área de saúde ou afins, para prevenir acidentes e contaminação cruzada em ambientes biotecnológicos, hospitalares e clínicas ambulatoriais (PINELLI et al.,2011).

Conforme Tipple et al. (2007), os acadêmicos da área de saúde demonstraram conhecimento teórico sobre a higienização das mãos, mas indicaram baixa adesão nas situações em que há evidências da necessidade de sua realização, apesar de ter predominantemente acesso aos recursos necessários, evidenciando a dicotomia entre o saber e o fazer, pois, em seus estudos, observaram que existe um hiato entre o reconhecer a necessidade de uma prática e sua adesão. Neste estudo, 89,9% dos graduandos de saúde

conhecem a importância das mãos como veículo de contaminação cruzada e 92,6% conhecem a técnica, mas a adesão referida é baixa.

Maciel et al. (2009), em seus estudos, mostraram a relação do risco de exposição dos estudantes e profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos pacientes com tuberculose em vários trabalhos publicados, ressaltando que o surgimento do HIV deflagrou uma nova epidemia de TB de proporções mundiais, com o aparecimento de cepas resistentes às drogas tradicionalmente usadas no tratamento da TB.

Corroborando esses achados, foi encontrado um aumento significativo de transmissão nosocomial, especialmente entre pacientes portadores de coinfeção TB/HIV e profissionais de saúde, quando as normas preconizadas pelo CDC não são rigorosamente observadas. No Brasil, estudos, a partir da década de 90, mostram a prevalência de reatividade ao teste tuberculínico e adoecimento de profissionais de saúde, e, apesar do perfil diferente da TB no Brasil, isto é, de transmissão mais comunitária, observa-se uma elevada taxa de transmissão de TB em escolas médicas, hospitais universitários, prisões e casas de saúde psiquiátricas.

Ainda segundo Maciel et al. (2009), em um trabalho realizado entre 2002 e 2006, identificaram-se 25 casos notificados de profissionais de saúde com TB. Destes, 8 (32%) eram técnicos de enfermagem; 4 (16%) eram médicos; 3 (12%), enfermeiros; 2 (8%), técnicos em radiologia; e 8 (32%), de outras categorias. A proporção de profissionais de saúde com diagnóstico de TB no período estudado foi de 2,53%. Os resultados deste estudo apontaram para a necessidade da incorporação das normas de biossegurança preconizadas pelo programa de controle da TB nos serviços de saúde. Esses dados mostram que há uma necessidade de sensibilização do profissional no sentido da prevenção. Extrapolando esse dado para a comunidade, deve-se pensar numa educação em saúde, na sensibilização ao tratamento e meios de prevenção necessários para eliminar a tuberculose nas comunidades.

Para o aluno recém-ingresso num curso superior, na área da saúde, não se preconiza nenhum conhecimento específico das competências profissionais que compõem o perfil esperado desse profissional. A graduação é o momento da formação propício, portanto, ao ensino do controle de infecção para os alunos da área da saúde. Conceitualmente, formação significa o ato, efeito ou modo de formar; maneira pela qual se constitui uma mentalidade, um caráter ou um conhecimento profissional. Nesse sentido, as práticas atuais de controle de infecção são o reflexo também da formação dos respectivos profissionais (TIPPLE et al., 2003), ou seja, a formação deve ocorrer de maneira adequada para constituir conhecimento suficiente para uma prática segura quanto à prevenção de infecções comunitárias.

O Parecer CNE/CES nº 1.133/2001 orienta as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina. Essas diretrizes têm como objetivo permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001).

Esse parecer prevê que o perfil do formando egresso/profissional de enfermagem e de medicina tenha formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que seja capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Segundo o parecer, os alunos deverão ser avaliados com base nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares, e os Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina deverão utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definido pela IES à qual pertence.

Sobre ensinar e aprender acerca da inclusão de controle de infecção em Serviços de Saúde, como disciplina nos currículos de graduação das áreas de saúde, Hoefel (2012) afirma que a tendência atual é cuidar da saúde das pessoas nas suas casas, em casas de saúde e em ambulatórios, proporcionando um cuidado mais humano, mais seguro e de forma mais econômica. Essa tendência remete a diferenças na forma de ensinar, de aprender e de administrar as instituições de saúde, baseadas em ações que não podem ser dissociadas.

A área da Farmácia, por sua vez, foi pioneira no Brasil a ter um maior direcionamento acadêmico específico sobre CIHs, com a disciplina de Farmácia Hospitalar, a qual incluía a abordagem do controle das infecções nas instituições de saúde. Nos Cursos de Medicina, o controle de infecções vem sendo inserido nas disciplinas de Infectologia, Epidemiologia, Microbiologia, dentre outras. O Ministério da Saúde, por outro lado, desenvolveu também nos anos 80, cursos de aperfeiçoamento para controle de infecção, cujo público-alvo era o de profissionais de nível superior de todas as áreas. Acreditando nos métodos tradicionais de inclusão de disciplinas específicas nas grades dos currículos, alguns Cursos de Enfermagem das universidades brasileiras, recentemente, incluíram a disciplina de

Controle de Infecções Hospitalares (ou em Saúde), ora como obrigatória, ora como opcional. Os cursos de especialização em Controle de Infecções são mais procurados por enfermeiros do que por outros profissionais da área da saúde, mostrando o interesse da Enfermagem pela área (HOEFEL, 2012).

Para Tipple et al. (2003), as primeiras atividades práticas desenvolvidas pelo graduando deverão ter, como base, medidas preventivas pertinentes, e esse entendimento traz desdobramentos, ou seja, tornando-se evidente que uma única disciplina numa estrutura curricular não dará suporte suficiente a essa intenção, devendo haver, portanto, o envolvimento de todos os docentes com os conteúdos do controle de infecção, na profundidade que a temática em questão exige. Isso não inviabiliza a existência de disciplinas que poderão abordar as especificidades de cada área. Mas, quotidianamente, o exercício das práticas em saúde dar-se-á a partir da adoção de medidas preventivas, conduzindo-nos ao entendimento da necessidade de controle de infecção, tornando-o acessível a todos, e, nessa esteira, incluem-se também os princípios e a desmistificação dos pressupostos da seguridade ocupacional relacionados ao risco biológico.

Santos et al. (2006) perceberam, por meio dos estudos com acadêmicos de cursos da área de saúde, que as instituições de ensino não têm abordado de forma efetiva a prevenção e o controle das doenças infecciosas, e, com o objetivo de caracterizar a atuação da Instituição de Ensino Superior na orientação do graduando quanto à vacinação às doenças imunopreveníveis de importância para os Profissionais da Área de Saúde (PAS), realizaram o estudo em que se observou a orientação acerca da imunização durante a graduação. Nesse sentido, 92,0% dos estudantes afirmaram ter recebido orientação, o que caracteriza a participação das IES na formação do graduando quanto à prevenção de doenças infecciosas, e em relação às fontes de informação dos graduandos sobre as vacinas recomendadas aos PAS, as mais citadas foram disciplina curricular, com 293 (37,7%), seguida pela direção da faculdade com 259 (33,3%), sendo a instituição de ensino a fonte dessas orientações em grande parte dos cursos.

Ainda de acordo com estudo de Santos et al. (2006), apesar das diferentes formas de orientação sobre imunização, quando foi solicitado que os alunos relacionassem as vacinas recomendadas para os PAS, verificou-se que 94,8% dos discentes reconhecem as vacinas anti-hepatite B, 77,3% a antidifteria e tétano e 48,3% a antiamarílica. Foi identificado ainda que, para as demais vacinas, menos de 35,0% dos estudantes sabem quais são as recomendadas. Esse resultado é preocupante, pois se trata de futuros profissionais a um passo de ingressarem

no mercado de trabalho, o que leva à reflexão sobre a qualidade do ensino, sobre a temática de imunização dos PAS, enquanto medida eficaz no controle de doenças imunopreveníveis.

2.3 A educação problematizadora como contribuição ao processo de formação de graduandos da área da saúde

A formação de um profissional que atenda ao perfil exigido pelo mercado de trabalho e que também o forme para o exercício da cidadania pode estar relacionada ao método de ensino adotado no processo de ensino e aprendizagem.

Há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho e saúde. O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais se destacam – romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Freire é um autor reconhecido internacionalmente, principalmente na educação, mais especificamente nas teorias sobre alfabetização, o qual enfatiza a importância do homem ler o mundo. No universo freiriano, a educação pode apresentar duas correntes distintas e dicotômicas: a educação tradicional, “bancária” ou depositária; e a educação libertadora, conscientizadora, crítico-reflexiva ou problematizada. A educação tradicional é descrita por uma relação narradora, dissertadora do educador para o educando. Não existem motivos para os conhecimentos serem refletidos, questionados como verdade ou não, porque a realidade é estática e somente passível de investigação dentro de contextos controlados e imparciais da ciência. A educação tradicional torna a instituição de ensino em um espaço cuja tarefa é “encher” os educando do conteúdo de narração (MORETTI-PIRES, 2008).

Segundo Freire (1987), a educação problematizadora se faz de um esforço permanente por meio do qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo com que e em que se acham. Não é possível entender o homem fora de suas relações dialéticas com o mundo e sua forma de atuar é função, em grande parte, de como se percebem no mundo. O educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com educando que, ao ser educado, também educa. Enquanto a concepção

bancária dá ênfase à permanência, a concepção problematizadora reforça a mudança e, dessa maneira, a educação se refaz constantemente na práxis. Para ser tem que estar sendo.

A metodologia da problematização é, também, uma das manifestações do construtivismo na educação. Mas está fortemente marcada pela dimensão política da educação, comprometida com uma visão crítica da relação educação e sociedade. Volta-se à transformação social, à conscientização de direitos e de deveres do cidadão, mediante uma educação libertadora, emancipatória. Dirige-se para a transformação das relações sociais pela prática conscientizadora e crítica (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Há uma tendência de que tanto educador-educando quanto educando-educadores estabeleçam uma forma autêntica de pensar e de atuar, sem dicotomizar este pensar da ação. As concepções e práticas entre a educação problematizadora e bancária se antagonizam, a bancária mistifica a realidade, é assistencialista, inibe a criatividade, já a problematizadora é comprometida com a liberdade, critica, estimula a criatividade, reflexão e ação dos homens sobre a realidade (FREIRE, 1987).

Para se alcançar uma prática reflexiva, o docente deve ser capaz de sistematizar uma Pedagogia Construtivista, nomear situações de aprendizagens, conhecer e compartilhar, por intermédio da comunicação estabelecida entre o trabalho a ser desenvolvido e o conteúdo, estratégias que serão desempenhadas durante suas ações educativas, exigindo uma redefinição de sua prática docente e garimpando novos saberes, ideias e pensamentos que aproximem o binômio ensino e aprendizagem (CAMPELO, 2009).

Neste processo de construção da postura dos discentes, a importância do ensino problematizado e democrático está implicada diretamente na consecução de como o discente construirá sua prática profissional, em conformidade com o universo conceitual freiriano. A educação em que o docente tem posição bancária, em nada ou pouco contribui para formação crítica e social, dada as suas características narradoras e depositárias (MORETTI-PIRES, 2008).

De acordo com o mesmo autor, a educação nas graduações de Medicina, Odontologia e Enfermagem seguem características tradicionais na maioria do quadro docente, em que se observa a narração de conteúdos como principal ferramenta pedagógica, falta de comprometimento com o ensino e aprendizagem e uma segregação entre a teoria e prática profissional.

Para Moretti-Pires (2008), a universidade ainda é um espaço tradicionalista e que ainda há necessidade de se abrir o debate para perspectivas das pesquisas mais amplas e atuais. O educando vivencia uma dicotomização que pode ser incorporada ao profissional que

venha a ser. No contexto da formação do médico, do enfermeiro e do odontólogo, encontraram-se profissionais tecnicistas e desumanizados, segundo termos freirianos.

A formação dos profissionais com uma percepção de prevenção e uma visão mais ampliada de mundo, talvez seja, na realidade, um dos desafios que o ensino na área de saúde enfrenta e apresenta pressupostos tais como: o controle de infecção, ao integrar a estrutura curricular, deve configurar como princípio para as práticas em saúde, ou seja, uma filosofia de trabalho, o controle de infecção deverá ser ensinado e supervisionado de acordo com a necessidade e no momento acadêmico em que vive o aluno, cujo ensino deve oportunizar atividades práticas pertinentes à prevenção e ao controle de infecção que atendam às necessidades do respectivo exercício profissional. Independentemente da forma e da estrutura curricular adotada, a prevenção e o controle devem fazer parte da filosofia da formação dos profissionais da área da saúde (TIPPLE et al., 2003).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, os hábitos, as atitudes, as tendências de comportamento, etc. Na pesquisa qualitativa, há um mínimo de estruturação prévia. Não se admitem regras precisas, como problemas, hipóteses e variáveis antecipadas e as teorias aplicáveis deverão ser empregadas no decorrer da investigação. Na pesquisa qualitativa, primeiro, faz-se coleta dos dados a fim de elaborar a “teoria base”, ou seja, o conjunto de conceitos, princípios e significados.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob esse título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Centro Universitário UNINOVAFAPI, Instituição de Ensino Superior privada, credenciada pela Portaria Ministerial nº 1592/2000, que autoriza a IES a oferecer ensino de nível superior nas áreas de saúde, ciências humanas e tecnológicas.

A Instituição iniciou suas atividades acadêmicas em 12 de fevereiro de 2001, com os cursos de Enfermagem e Odontologia, atualmente conta com 15 cursos de Bacharelado (Odontologia, Fisioterapia, Nutrição, Biomedicina, Enfermagem, Fonoaudiologia, Educação Física, Bacharelado em Administração, Arquitetura e Urbanismo, Engenharia Civil, Engenharia de Produção, Engenharia Ambiental e Sanitária, Sistemas de Informação, Direito), 3 cursos de Tecnologia (Design de Moda, Design de Interiores, Tecnologia em Radiologia), várias pós-graduações *Lato Sensu* e uma *Strictu Sensu* (Mestrado em Saúde da Família).

As unidades gestoras da UNINOVAFAPI estão organizadas em Pró-Reitoria Administrativa e Pró-Reitoria Acadêmica onde organizacionalmente encontram-se ligadas as

Coordenações de Ensino de Graduação, Educação a Distância, Pós-Graduação e Pesquisa e Extensão e Serviços. No que concerne à estrutura física, ressalta a existência de uma Biblioteca, Laboratórios e do Centro Integrado de Saúde(CIS).

3.3 Participantes do estudo

Os participantes foram constituídos de 157 alunos dos últimos períodos dos cursos da área de saúde, sendo 45 alunos de Medicina, 49 alunos de Odontologia e 63 alunos de Enfermagem da UNINOVAFAPI. Dos participantes, 64,3%eram mulheres e predominou a faixa etária entre 20 e 30 anos, com 92,4%.

A seleção dos participantes foi intencional, pois, segundo Chizzoti (2003), na seleção intencional os informantes do estudo devem ser aqueles que conheçam bem o problema, para que com suas percepções e análises possam esclarecer aspectos desconhecidos e identificar fatos que não são explorados no problema.

O quantitativo inicial da amostra, 120 participantes, foi escolhido para inclusão na Plataforma Lattes e para atender à necessidade do programa de análises de dados IRAMUTEQ, porém, a primeira tentativa de coleta de dados, que serviu como pré-teste, mostrou que os alunos não contribuíam com grande quantidade de palavras em suas respostas, então, pra devidos ajustes, a amostra seguiu até o esgotamento de voluntários para pesquisa ou número superior a 150 sujeitos. Conforme Minayo (2010), numa pesquisa qualitativa o pesquisador deve preocupar-se mais com a qualidade dos depoimentos de cada participante, com a profundidade, abrangência e diversidade das informações coletadas, podendo-se dizer que uma amostra ideal é a que reflete a totalidade das várias dimensões do objeto investigado. No caso desta pesquisa, foram observados os dois fatores: a qualidade e a quantidade mínimas de palavras para atender ao programa de análises de dados.

3.4 Produção de dados

Para alcançar os objetivos propostos, considerando a subjetividade do objeto de estudo, utilizou-se, para produção de dados, a técnica de observação direta intensiva e, como instrumento para produção de dados, a entrevista estruturada.

Para Marconi e Lakatos (2010), a observação direta intensiva é a técnica realizada por meio da observação ou entrevista. Entrevista tem como objetivos a averiguação de fatos, determinar opiniões sobre fatos, determinação de sentimentos, conduta atual ou do passado,

motivos conscientes para opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas. A entrevista pode ser não estruturada e estruturada. Entrevista estruturada é aquela que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e o motivo desta padronização é obter respostas às mesmas perguntas quando comparadas e a diferença entre os respondentes.

A coleta de dados ocorreu após aprovação no Comitê de Ética, no período de 1 de junho a 10 de outubro de 2014. Foram contactados os coordenadores de cursos e professores para iniciar as entrevistas com os graduandos dos últimos períodos dos Cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem. Inicialmente, a coleta foi realizada pela autora, porém, pela dificuldade de coleta nos últimos períodos do Curso de Medicina, fez-se necessário a ação de um colaborador, estudante de enfermagem do último período.

Os questionários foram aplicados em sala aos graduandos de Odontologia e de Enfermagem. Aos graduandos de Medicina, foram aplicados individualmente, em locais de estágios e hospitais aos quais se encontravam durante o período letivo. No momento anterior à coleta de dados, foram entregues cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), que os participantes leram e assinaram. Uma via ficou com a pesquisadora e a outra foi entregue aos participantes. Após a coleta, foram feitas as transcrições na íntegra e literalmente, permitindo, assim, que as informações nelas contidas pudessem ser processadas pelo programa de análises de dados.

3.5 Processamento e análise dos dados

Na perspectiva de alcançar a compreensão acerca do objeto de estudo, utilizou-se para o processamento de dados o *software* IRAMUTEQ. O IRAMUTEQ é um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaude licenciado por GNU GPL (v2), que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Ele ancora-se no *software* R (www.r-project.org) e na linguagem *Python* (www.python.org). Segundo Camargo e Justo (2013b), o IRAMUTEQ viabiliza a análises sobre *corpus* textuais(nuvem de palavras, análise de similitude, Classificação Hierárquica Descendente(CDH), estatísticas textuais clássicas e análises sobre tabelas indivíduos/palavras(CDH), por matrizes de distâncias, nuvem de palavras, análise de similitude, descrição equiquadrado (χ^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 essas 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, 2013a).

Neste estudo, vale ressaltar, que dos vários tipos de análises de dados textuais que o programa pode realizar, destaca-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que é o tipo utilizado nesta pesquisa. Para que se possa compreender a análise textual realizada nessa fase do estudo, seguiram-se as etapas descritas conforme orientações do tutorial do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Os textos foram transcritos seguindo linhas de comando sempre antes de cada conteúdo, com o intuito de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI). Esses conjuntos de textos, 157 neste estudo, formaram o *corpus* analisado. Segundo Camargo (2005), um *corpus* adequado à análise do tipo Classificação Hierárquica Descendente 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 destes. Durante a preparação do *corpus* fizeram-se leituras, correções e decodificações das variáveis fixas (quadro a seguir).

Quadro 1 – Banco de dados para decodificar variáveis

SUJEITO	SEXO	IDADE	GRADUAÇÃO
*Suj_1 a *Suj_157 (Sujeitos entrevistados)	*Sex_1 Masculino *Sex_2 Feminino	*ida_1 20-30 anos *ida_2 31-40 anos *ida_3 41-50 anos	*gra_1 Enfermagem *gra_2 Medicina *gra_3 Odontologia

Fonte: IRAMUTEQ, 2013.

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

Após o tratamento analítico do *software*, foram identificadas 323 Unidades Complementar Elementar (UCE) com aproveitamento de 290 (89,78%) do material disponibilizado. Desse material, as UCEs foram divididas em seis classes, buscou-se a identificação e análise dos domínios textuais, interpretação dos significados e foram nomeadas com seus respectivos sentidos em: Classe 1 – Conceito de infecção comunitária(IC); Classe 2 – Conhecimentos dos graduandos sobre infecção comunitária, adquirido na formação; Classe 3 – Conteúdos relacionados à infecção comunitária existentes no currículo dos cursos; Classe 4 – Prevenção e controle de infecções comunitárias; Classe 5 – Técnicas de controle das infecções comunitárias (IC); Classe 6 – Medidas de biossegurança adotadas pelos graduandos da saúde.

Neste estudo, a interpretação e análise dos resultados do *software* possibilitou a apreensão a partir da organização das contribuições dos sujeitos produtores dos discursos, sobre a formação dos graduandos da área da saúde sobre infecção comunitária que foram organizados e interpretados à luz do referencial teórico deste estudo.

3.6 Aspectos éticos

Os estudantes receberam informações sobre os objetivos do estudo, sendo também esclarecidas todas as dúvidas que surgiram no decorrer do processo. Considerando a disponibilidade dos participantes em contribuir com o estudo, estes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Protocolo CAAE: nº 30445514.5.00005210, em 30 de abril de 2014 (ANEXO E), de acordo com os requisitos da Resolução nº 466/2012, e só executado após parecer favorável para a sua realização.

Os benefícios não serão imediatos e poderão surgir por meio de programas educativos que promovam a melhoria da qualificação do sujeito e, ao final do estudo, se for de interesse do voluntário, ele terá livre acesso ao conteúdo do trabalho. Em relação aos riscos, os procedimentos para realização da pesquisa poderá constranger o participante diante da solicitação de participação e também pela ocupação do tempo de suas atividades discentes. No intuito de reduzir esses riscos, o sujeito ficou à vontade para responder ou não ao instrumento de produção de dados, recebendo a garantia de que sua identificação não será revelada e que as atividades foram propostas em horário distinto de suas atividades discentes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Manuscrito– Formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária

Formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária

Training of healthcare students on community infection

Josefa Nilza Fernandes Neta^I

Maria Eliete Batista Moura^{II}

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle^{III}

Fabício Ibiapina Tapety^{IV}

Eliana Campêlo Lago^V

^I Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Controle de Infecção nos Serviços de Saúde pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Especialista em Citologia Clínica pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Patologia Clínica pela Escola Paulista de Medicina. Farmacêutica do Hospital Universitário – UFPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: nilzafarm@hotmail.com

^{II} Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu

^{III} Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Professora Adjunta do Curso de Bacharelado e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: andrearmcvalle@hotmail.com

^{IV} Pós-Doutor em *Clinical Dentistry* pela Niigata University/Japão. Professor do Curso de Mestrado em Saúde da Família da Faculdade de Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI) e da Faculdade de Ciências Médicas (FACIME). E-mail: fapety@uninovafapi.edu.br

- ^v Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: elianalago@ig.com.br

Autora responsável para troca de correspondência:

Josefa Nilza Fernandes Neta

Endereço: Rua Gov. Joca Pires, nº 1751, apto. 901, Jockey. CEP: 64048-212. Teresina – PI, Brasil.

RESUMO

O estudo tem como objetivos: descrever a formação de estudantes da área da saúde em infecção comunitária e analisar como a formação do graduando da área de saúde pode contribuir para a prevenção da infecção comunitária. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no Centro Universitário UNINOVAFAPI, com 157 graduandos da área da saúde, sendo 45 do Curso de Medicina, 48 de Odontologia e 63 de Enfermagem. A produção dos dados seguiu um roteiro de entrevista estruturada, processados no *software* IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em seis classes: Classe 1 – O conceito de infecção comunitária; Classe 2 – Conhecimento dos graduandos sobre infecção comunitária, adquirido na formação; Classe 3 – Os conteúdos relacionados à infecção comunitária existentes no currículo dos cursos; Classe 4 – Prevenção e controle da infecção comunitária; Classe 5 – Técnicas de controle da infecção comunitária; Classe 6 – Medidas de biossegurança adotadas pelos graduandos da área da saúde. Os graduandos de Enfermagem, de Medicina e de Odontologia ainda não possuem um conceito de infecção comunitária construído, necessitando de mudanças no projeto pedagógico voltadas para educação problematizadora, com o objetivo de formar profissionais com as competências e habilidades necessárias para a prevenção e controle da infecção comunitária, bem como melhorar a qualidade da assistência na atenção primária.

Palavras-chave: Formação. Infecção. Prevenção. Comunidade.

ABSTRACT

The study aims to describe the formation of students in the health field in community infection and analyze how the formation of the healthcare graduating can contribute to the prevention of community infection. It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, held in UNINOVAFAPI University Center, with 157 students from the health area, 45 of the medical school, 48 of Dentistry and 63 nursing. The production data followed a semi-structured interview guide, processed in IRAMUTEQ software and analyzed by Hierarchical Classification Descending. The results were presented in six classes: Class 1- The concept of community infection; Class 2 The knowledge of students on community infection, acquired in training; Class; 3- The contents related to community infection existing in the curriculum of the courses; Class 4 Prevention and control of community infection. Class 5 Technical control of community infection, Class 6 Biosecurity measures adopted by students from the health area. The graduates of nursing, medicine and dentistry still do not have a concept of community-acquired built, requiring change in the education program focused on problem-based education in order to prepare students with the necessary skills and abilities to prevent and control infection and improve Community the quality of care in primary care.

Keywords: Training. Infection. Prevention. Community.

INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas constituem importante problema de saúde pública, sendo responsáveis por aumentos na morbidade e mortalidade em âmbito mundial. Importantes avanços das ciências nas últimas décadas, no entanto, evidenciam possibilidades de eliminação e prevenção de vários microrganismos causadores de inúmeras patologias com repercussões nos seres humanos.

Diversas doenças infecciosas são citadas ao longo da história humana, algumas com sérias repercussões pandêmicas associadas à elevada mortalidade, dizimando grande parte da população mundial¹. Segundo a Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde, as infecções comunitárias (IC) se configuram naquelas que acometem o indivíduo ou a população fora do ambiente hospitalar ou dentro deste, desde que ocorra nas primeiras 48 horas de internação².

No Brasil, as parasitoses, infecções respiratórias agudas (IRA's), as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), o sarampo, a tuberculose, a hanseníase, a doença de Chagas, a cólera e a dengue, são citadas como as principais infecções comunitárias. As IC estão associadas a determinantes sociais e ambientais, mostrando elevada prevalência em regiões com déficit em educação, precárias condições de habitação, sem acesso ao abastecimento de água potável e saneamento básico³.

Nos países desenvolvidos, até a década de 80, patógenos como rotavírus, *Campylobacter*, *Legionella*, *Escherichia coli* (E. coli) O157, eram considerados novidades. Atualmente, a preocupação de saúde pública na América do Norte e Europa são *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) e *Clostridium difficile* (C.difficile), antes restritos a infecções hospitalares, agora associados à comunidade. Isso influenciou no aumento dos recursos para a geração de dados que dão uma visão melhor da medida das infecções que estão circulando na comunidade; como são transmitidas; e como elas variam em uma região, país ou de uma comunidade para outra⁴.

O conhecimento sobre o comportamento das infecções comunitárias e nos serviços de saúde é imprescindível para a redução e o controle deste agravo. Seu monitoramento demanda padronização dos critérios diagnósticos e dos métodos de vigilância epidemiológica, tempo de dedicação e capacitação dos profissionais⁵.

Há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde⁶.

Na busca por esse conhecimento, capaz de causar impacto sobre o julgamento e comportamento do sujeito, existe um incansável investimento no graduando, para que, durante a sua formação, ele adquira competência para executar determinados procedimentos básicos esperados em seu exercício profissional. No entanto, no que concerne a outras competências que enfatizem a prática do controle de infecção, percebe-se que esta fica a desejar, principalmente em relação à realização do procedimento a partir da adoção de medidas preventivas, promovendo uma mudança no ensino⁷.

A educação nas graduações de Medicina, Odontologia e Enfermagem seguem características tradicionais na maioria do quadro docente, a qual se observa a narração de conteúdos como principal ferramenta pedagógica, falta de comprometimento com ensino-aprendizagem e uma segregação entre a teoria e prática profissional⁸.

A origem da infecção é uma questão importante. Embora muito se discuta sobre o controle de infecção e sobre a relevância da infecção na epidemiologia e na saúde pública, percebe-se que os profissionais minimizam a importância da infecção comunitária em relação à infecção hospitalar.

Esta prática entre os profissionais pode estar relacionada à formação nos cursos de graduação da área de saúde, à maneira como são transmitidos os conhecimentos científicos sobre o tema e suas ações práticas. A partir dessa problemática, tem-se como objeto de estudo: a formação de graduandos da área da saúde em infecção comunitária.

No propósito de responder esse questionamento, tem-se como objetivo:descrever a formação de graduandos da área de saúde em infecção comunitária e analisar como essa formação pode contribuir para prevenção da infecção comunitária (IC).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido em uma instituição de ensino superior de Teresina – PI. Os participantes foram 157 alunos dos últimos períodos dos cursos da área de saúde (45 alunos de Medicina, 49 alunos de Odontologia e 63 alunos de Enfermagem), selecionados pelo método de amostragem aleatória estratificada.

A coleta dos dados ocorreu no período de junho a outubro de 2014, sendo realizada após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (Centro Universitário UNINOVAFAPI, Protocolo CAAE: 30445514.5.00005210, em 30 de abril de 2014) e aceite do Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido pelos participantes.

Como instrumento de coleta dos dados, utilizou-se a entrevista estruturada. As entrevistas foram aplicadas em sala aos alunos de Odontologia e de Enfermagem. Aos alunos de Medicina foi aplicado individualmente, em locais de estágios e hospitais aos quais se encontravam durante o período letivo.

Na perspectiva de alcançar a compreensão acerca do objeto de estudo, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ, desenvolvido por Pierre Ratinaude licenciado por GNU GPL (v2), para processamento dos dados. A análise de dados textuais foi realizada baseada na Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

O número de formas distintas ou palavras diferentes foi de 1.641, com número de ocorrências de 10.751 e frequência mínima de forma distinta igual a três. Feita a quantificação das palavras e a determinação da frequência das formas reduzidas, o programa dividiu o

corpus em 323 segmentos de texto, com nível de aproveitamento igual a 89,39% do total deste estudo, que foram designados em classes na Classificação Hierárquica Descendente. Para a construção do dendograma (Figura 1), que ilustra as partições que foram feitas no *corpus*, até que chegasse às classes finais, e para a análise subsequente foram consideradas as palavras com frequência igual ou maior que a frequência média (maior ou igual a três) e com quiquadrado (X^2) maior ou igual a 15 e p de significância $\geq 0,0001$. Cada classe é descrita pelas palavras mais significativas (mais frequentes) e pelas suas respectivas associações com a classe (quiquadrado).

A interpretação e análise dos resultados do software possibilitou a apreensão a partir da organização das contribuições dos sujeitos produtores dos discursos, acerca da formação dos estudantes da área da saúde sobre infecção comunitária.

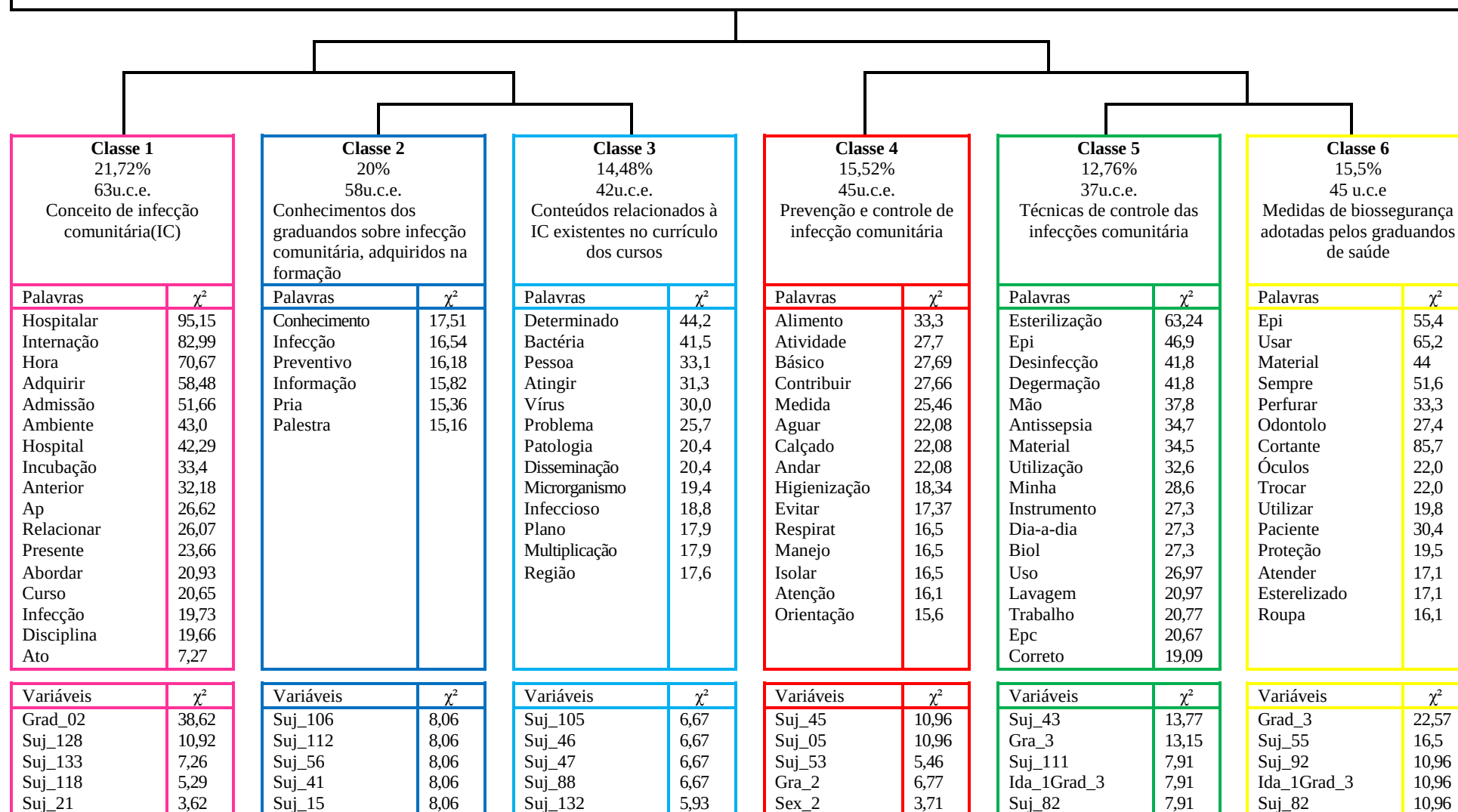
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A formação dos graduandos sobre infecção comunitária, elaboradas pelos depoentes foi revelada em seis classes semânticas relacionadas entre si por meio da Classificação Hierárquica Descendente. Os autores realizaram a identificação e análise dos domínios textuais, interpretação dos significados e nomeação das classes: Classe 1 – Conceito de infecção comunitária (IC); Classe 2 – Conhecimentos dos graduandos sobre infecção comunitária, adquiridos na formação; Classe 3 – Conteúdos relacionados à infecção comunitária existentes no currículo dos cursos; Classe 4 – Prevenção e controle das infecções comunitárias; Classe 5 – Técnicas de Controle das Infecções Comunitárias (IC); Classe 6 – Medidas de biossegurança adotadas pelos graduandos da saúde.

Ao realizar a leitura da esquerda para a direita, como é recomendado, observa-se que no primeiro momento o *corpus* deste estudo foi dividido (1ª partição ou iteração) em dois *subcorpus*, obtendo as classes 1 e 4. Num segundo momento, os *subcorpus* foram divididos em dois (2ª partição ou iteração), assim obteve-se a classe 2 e 3 da classe 1 e as classes 5 e 6, da classe 4. As classes 2 e 3, 5 e 6 tiveram maior proximidade de conteúdo.

O dendograma sobre formação dos graduandos em infecção comunitária mostra que o conceito de infecção é baseado nos conhecimentos adquiridos nos conteúdos ensinados de acordo com os currículos de cada curso. O conhecimento adquirido na formação está diretamente ligado à prática e prevenção e controle da infecção comunitária, a qual ocorre por meio das técnicas e medidas de biossegurança adotadas pelos graduandos.

DENDOGRAMA DAS CLASSES
FORMAÇÃO DOS GRADUANDOS DA ÁREA DA SAÚDE EM INFECÇÃO COMUNITÁRIA



Fonte:RelatórioIRAMUTEQ,2013.

Classe 1 – Conceito de infecção comunitária

Na classe 1, o conteúdo das 63 UCE's (que corresponde a 21,72% do *corpus* total) está associado diretamente às classe 4 e 5. Os vocábulos agrupados (hospitalar, internação, hora, adquirir, admissão, ambiente, hospital, incubação, anterior, relacionar, presente, abordar, curso, infecção, disciplina, ato), e associados aos elementos de maior destaque nas UCEs, destacam o conceito de infecção comunitária segundo os conhecimentos repassados em aula, e vivências nos serviços de saúde, como segue:

É uma infecção adquirida na comunidade antes de ocorrer à internação hospitalar, mesmo que seja identificada a infecção no hospital, é considerada comunitária, porque o paciente já chegou com a infecção, antes de passar por um procedimento hospitalar. (EE27).

Nesta classe, verifica-se pelas palavras evocadas pelos depoentes que o conceito de infecção adquirido não é o de infecção comunitária, pois o próprio conceito trabalhado “aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital”³ é excludente em relação à infecção hospitalar.

Uma das preocupações acadêmicas é a de preparar o profissional de saúde para o controle de infecções considerando a sua interdisciplinaridade. Viabilizar o contato do estudante com todas as normas e legislação orientadora e reguladora da prevenção e controle de infecção é um importante caminho e quanto mais precoce isso for feito na graduação, maior a chance do futuro profissional em assimilar estes ensinamentos⁹.

As Instituições de Ensino Superior tem papel primordial na prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, pois é durante a formação acadêmica que se fundamentam conceitos e é construído o conhecimento. Percebe-se, por meio dos estudos com acadêmicos de cursos da área de saúde, que as instituições de ensino não têm abordado de forma efetiva, a prevenção e o controle das doenças infecciosas¹⁰.

Em relação à infecção comunitária, no Brasil, observa-se que ainda há poucos estudos, normas e legislação que a regulamentem. Esse componente permite refletir sobre formação do estudante que propicie reflexão e ação transformadora em relação ao tema.

Classe 2– Conhecimentos dos graduandos sobre infecção comunitária, adquiridos na formação

Nesta classe, o conteúdo das 58 UCE's (que corresponde a 20% do *corpus* total) está associado diretamente à classe 3. Nesta classe, as palavras (conhecimento, infecção, preventivo, informação, pria, palestra) tiveram menor significância χ^2 . As poucas palavras associadas aos elementos de maior destaque nas UCEs demonstram que os conhecimentos em relação à infecção comunitária estão aquém do ideal. Os elementos de maior destaque nas UCEs mostram os conhecimentos adquiridos durante a formação, como observado em um dos depoimentos:

Em epidemiologia, temos noção da quantidade e dos tipos de infecção presentes na sociedade, para aprofundar o conhecimento dessas infecções tivemos uma disciplina chamada doenças tropicais. Para conhecimento das diversas formas de infecção, como tratar, como prevenir, como detectar. (EE25).

Tradicionalmente, o modelo de formação médica segue um padrão orientado para o estabelecimento, nos anos iniciais, de uma “base” de conhecimentos teóricos, oriundos das disciplinas biomédicas. Segue-se ao chamado ciclo básico uma sucessão de etapas de ensino-aprendizagem do método clínico, com base no desenvolvimento da semiologia e do raciocínio diagnóstico, em contexto usualmente hospitalar. Nesse sentido, temas como o controle de infecção em ambiente hospitalar, bem como na comunidade, são ignorados ou minimizados¹¹.

Muitas vezes, o ensino prático em campo é visto como mera aplicação de um saber disciplinar. Contudo, a prática em saúde é sempre interdisciplinar, o que lhe confere uma característica integradora de conhecimentos e habilidades de distintas áreas disciplinares, aliada a atitudes ético-políticas necessárias à competência profissional em Enfermagem¹².

Classe 3 – Conteúdos relacionados à infecção comunitária existentes no currículo dos cursos

Nessa classe, o conteúdo das 42 UCE's (que corresponde a 14,48% do *corpus* total) está associado diretamente à classe 2. Os vocábulos (determinado, bactéria, pessoa, atingir, vírus, problema, patologia, disseminação, microrganismo, infeccioso, plano, multiplicação, região, publicar) agrupados, e associados aos elementos de maior destaque nas

UCEs, destacam os conteúdos mais apreendidos dentro de cada curso, com relação à infecção comunitária, como observado a seguir:

Das infecções comunitárias, o que foi visto durante a graduação é que juntamente com a infecção hospitalar, o controle é feito a partir da análise do problema seguido de um plano de ação feito pelos profissionais da saúde para criar formas de controle de disseminação. (EE47).

Nos currículos de Medicina, a base de conhecimento é densa, uma vez que os diagnósticos e tratamentos de doenças infecciosas são liderados pela equipe médica. Em outros currículos da área de saúde, como Farmácia e Enfermagem, o tema é abordado permeando as disciplinas que apresentam oportunidades para ênfase sobre o assunto, quando os aspectos relacionados a antimicrobianos, doenças infecciosas e cuidados invasivos são ensinados⁹.

No seio da universidade, a concepção pedagógica que vigora nos cursos de graduação e que alicerçará os futuros médicos, odontólogos, enfermeiros, mantém-se centrados na visão reducionista da saúde e da doença. Apesar de contraditório, o novo enfoque para os profissionais de saúde ainda é uma perspectiva entre docentes¹³.

Na educação problematizadora, há um facilitador de mudança dessa perspectiva, pois os estudos de Paulo Freire enfatizam que os problemas a serem estudados precisam valer-se de um cenário real. Os problemas obtidos pela observação da realidade manifestam-se para alunos e para professores com todas as suas contradições, daí o caráter fortemente político do trabalho pedagógico na problematização, marcado por uma postura crítica de educação. Educação e investigação temática aparecem como momentos de um mesmo processo: o conteúdo deve estar sempre se renovando e ampliando, inserido criticamente na realidade; não uma realidade estática, mas em transformação, com todas as suas contradições⁶.

Classe 4– Prevenção e controle das infecções comunitárias(IC)

A classe 4 apresenta 45 UCE's de 290 – 15,52% do *corpus*. Os vocábulos mais frequentes e significativos destes segmentos de textos são: alimento, atividade, contribuir, básico, medida, água, calçado, andar, higienização, evitar, respirar, manejo, isolar, atenção e orientação.

Os conteúdos apreendidos nesta classe discorrem sobre a prevenção e o controle das infecções comunitárias, como se observa a seguir:

[...] como enfermeira, sou uma das responsáveis pela orientação da comunidade sobre a promoção e prevenção de doenças, e isso inclui lavagem das mãos, andar calçado, lavar bem os alimentos antes de ingeri-los e uma correta eliminação do lixo. (EE8).

É necessário que haja uma sensibilização por parte dos profissionais para a adoção e implementação dos princípios que permeiam a prevenção e o controle da IC, como garantir um ambiente limpo, a assepsia com ênfase na higienização das mãos e cumprimento das normas de biossegurança, garantindo o bom desempenho profissional, sem riscos de contaminação³.

Nos Estados Unidos, enfermeiros têm dificuldades em prestar assistência à saúde na comunidade, relacionadas ao controle de infecção, pois há poucas evidências científicas e muitas medidas são baseadas em experiências ou opiniões de especialistas, o que dificulta a implementação de medidas de controle nesta área¹⁴.

No Brasil, o estudo sobre a percepção dos enfermeiros acerca do controle da infecção hospitalar demonstra que os desafios encontrados vão desde a adoção de medidas simples de controle até a complexa estrutura organizacional das instituições normatizadoras, provedoras e executoras, bem como as políticas instituídas, as relações de trabalho e o pouco envolvimento profissional¹⁵. Sobre o controle da infecção comunitária, existem poucas pesquisas que analisem a efetividade. Desse modo, há necessidade de políticas e programas de prevenção que possam ser debatidos.

Classe 5– Técnicas de controle das infecções comunitárias(IC)

Nesta classe, o conteúdo das 37 UCE's (que corresponde a 12,76% do *corpus* total) está associado diretamente à classe 6. Os vocábulos (EPI, desinfecção, degermação, mão, antisepsia, material, utilizar, minha, instrumento, dia-a-dia, biol, uso, lavagem, EPC, correto) agrupados, e associados aos elementos de maior destaque nas UCEs, reforçam que, durante a formação, os graduandos reconhecem a importância das técnicas de controle de prevenção e as utilizam no dia a dia, principalmente as individuais que estão mais relacionadas à infecção hospitalar, evidenciadas nas UCEs seguintes:

Foram repassadas informações, técnicas e normas de biossegurança para mim sobre o descarte de lixo, uso de EPI, esterilização de materiais, e degermação das mãos. (EO65).

O equipamento de proteção individual refere-se ao uso de barreiras utilizadas para proteger pele, mucosas e roupas do profissional do contato com agentes infecciosos, selecionados de acordo com o critério do profissional, a partir da natureza do procedimento e possibilidade do modo de transmissão dos patógenos¹⁵. Neste estudo com estudantes de Enfermagem sobre EPIs, eles mostraram ter conhecimento sobre uso de luvas e outros itens como avental, capote, botas, sapato fechado, pro-pés, máscara N-95. Verificou-se que 170 (93,4%) dos alunos afirmaram fazer uso do jaleco em todas as atividades práticas. Em relação às luvas, 96 (52,7%) fazem uso sempre e 85 (46,7%) em situações específicas, demonstrando a sua utilização durante as atividades práticas¹⁶.

Percebe-se que existe um hiato entre reconhecer a necessidade de uma prática e sua adesão, pois 89,9% dos graduandos conhecem a importância das mãos como veículo de contaminação cruzada e 92,6% conhecem a técnica de higienização das mãos (HM), mas a adesão referida é baixa. Chama atenção, também, neste estudo, que a maioria das situações nas quais haja necessidade de higienização das mãos (HM), nenhuma apresentou índice de adesão superior a 50%¹⁷.

A higiene das mãos é a chave de boas práticas de higiene no lar e na comunidade e pode produzir benefícios significativos em termos de redução da incidência de infecção, gastrointestinais, do trato respiratório e infecções da pele. O impacto da higiene das mãos na redução dos riscos é comprovado. Para a otimização dos benefícios à saúde, a promoção da higiene das mãos, bem como de outros aspectos de higiene, deve ser realizada por meio da educação em saúde⁴.

As técnicas para controle das infecções realizadas pelos graduandos devem ser focadas no indivíduo\comunidade, enquanto responsáveis pela prevenção de doenças.

Classe 6 – Medidas de biossegurança adotadas pelos graduandos da saúde

A classe 6 é constituída por 45 segmentos de texto (que corresponde a 15,5% do *corpus total*) e está diretamente relacionada à classe cinco. Os vocábulos mais frequentes e significativos dos segmentos de texto foram: EPI, usar, material, sempre, odontolo, cortante, óculos, utilizar, paciente, proteção, atender, esterilizado, estéreo, tanto e roupa.

Os conteúdos apreendidos nesta classe denotam que os alunos reconhecem as medidas de biossegurança, citam o uso de EPIs, lavagem das mãos, entre outros. Os depoentes reconhecem que o controle da infecção depende da adoção correta e eficaz destas medidas, mas parece não haver entendimento de que os procedimentos podem ultrapassar o campo do individual e partir para o coletivo, prevenindo assim a infecção como um todo. Pode-se evidenciar na UCE:

[...] durante toda minha formação recebi ensinamento sobre a importância das precauções e prevenção de infecção tanto na autoprevenção quanto na prevenção de infecção do paciente uso de equipamento de proteção individual realização das lavagens das mãos e manter um ambiente hospitalar limpo [...]. (EE50).

No Brasil, a biossegurança transita por dois caminhos distintos que se entremeiam: o primeiro se insere nas questões voltadas aos organismos geneticamente modificados (OGM) e seus derivados; e o segundo nos ambientes relacionadas à proteção social e ocupacional dos trabalhadores¹⁸.

A biossegurança é uma área de conhecimento relativamente nova, que impõe desafios não somente à equipe de saúde, mas também a empresas que investem em pesquisa¹⁹. Devido às exigências de mercado e do crescente avanço biotecnológico, existe a necessidade de ampliar o debate sobre a educação profissional para o setor da saúde, com ênfase na biossegurança, que é um produto social, condicionado por um conjunto de práticas sociais e culturais, próprias das comunidades às quais pertencem, sejam hospitais, laboratórios, como também pesquisa e ensino²⁰. No Brasil, estudos isolados realizados com os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia mostraram a dificuldade em discutir o assunto do ponto de vista da formação e, principalmente, enquanto norma de segurança. Tal dificuldade pode ser percebida pelo reduzido número de publicações que enfocam a biossegurança em seu aspecto prático, ou seja, aquele que responde às dúvidas dos profissionais em diferentes áreas da saúde²¹.

Num estudo com alunos de Odontologia, existe a crença que os protocolos de Biossegurança são pouco práticos, tendo em vista que faltam exemplos pessoais por parte dos docentes e dos funcionários, pois nem sempre eles agem adequadamente em relação ao protocolo. As atitudes práticas relatadas pelos entrevistados sugeriam falha de compreensão do conceito de preocupação padrão²².

CONCLUSÃO

É perceptível, nos discursos dos alunos, o domínio de temas relacionados à infecção e que o conceito de infecção comunitária adquirido na formação acadêmica é excludente em relação ao conceito de infecção hospitalar. Essa compreensão comum mostra que existe uma importância no ensino da Infecção Hospitalar, pois muito se discute por meio de programas de prevenção e de controle a nível nacional, o que influencia representativamente no ensino sobre o tema nos cursos de saúde.

A prevenção e o controle da infecção comunitária são desenvolvidos na prática dos graduandos, com destaque para as técnicas de esterilização de materiais, uso de equipamentos de proteção individual, desinfecção, assepsia e antisepsia, lavagem e higienização das mãos, adoção das medidas de biossegurança. Durante a formação, o domínio de conhecimentos relacionados à infecção ocorre principalmente nos conteúdos curriculares em disciplinas como Epidemiologia, Microbiologia e Doenças Tropicais.

A reflexão sobre o processo de formação dos discentes do Curso de Medicina, Odontologia e Enfermagem mostra que os graduandos ainda não possuem um conceito de infecção comunitária construído, havendo a necessidade de mudança no projeto pedagógico dos cursos para uma educação problematizadora, com o objetivo de formar profissionais com as competências e as habilidades necessárias para a prevenção e controle da infecção comunitária e para melhorar a qualidade da assistência na atenção primária.

Embasados nesses dados, existe a possibilidade de transformar as práticas profissionais, objetivando alcançar mudanças no que se refere à prevenção da infecção comunitária, embora esses dados não sejam suficientes para corroborar a alteração da práxis. Considera-se, ao final deste estudo, que os resultados não levam ao fim, mas ao início de grandes discussões e reflexões acerca da problemática estudada.

REFERÊNCIAS

1. Gurgel CBF, Rosa CAP. História da Medicina: a Varíola no Brasil Colonial (Séculos XVI E XVII). *Revista de Patologia Tropical*. 2012; 41(4): 119-35. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/21701>. Access on: 9 jan. 2015.
2. Portaria nº 2616. Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial da União* 13 de maio de 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm. Acesso em: 20 nov. 2013.
3. Valle ARMC. Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção. 2013. [Tese]– Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2013. 262 p.
4. Bloomfield SF, Aiello AE, Cookson B, O'boyle C, Larson LE. The effectiveness of hand hygiene procedures in reducing the risks of infections in home and community settings including handwashing and alcohol-based hand sanitizers. *AJIC*. 2007; 35(10): 27-64. Available from: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(07\)00595-0/pdf](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(07)00595-0/pdf). Access on: 9 nov. 2014.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Sistema Nacional de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SINAIS). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sinais/apresenta.htm>. Acesso em: 21 nov. 2014.
6. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*, 2004; 20(3): 780-8.
7. Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya TM, Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003 mar; 11(2):245-50.
8. Moretti-Pires RO. O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo. [Tese]– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008. Ribeirão Preto, 2008. 342f.
9. Hoefel HHK. O controle de infecções e o ensino. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2012; 2(2): 38-40. Available in <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2689/2059>. Access on: 15 dez. 2014.

10. Santos SLV, Souza ACS, Tipple AFV, Souza JT. O papel das instituições de ensino superior na prevenção de doenças imunopreveníveis. *Rev eletrônica enferm.* 2006;8(1):91-8. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/ORIGINAL_12htm. Acesso em: 15 dez. 2014.

11. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev bras educ med* 2010; 34(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300006&lng=en&nrm=iso. Access on: 15 dez. 2014.

12. Burgatti JC, Leonello VM, Bracialli LAD, Oliveira MAC. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 Apr [cited 8may 2015] ; 66(2): 282-286.

13. Moretti-Pires RO, Villela Bueno SM. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 4, 2009, p. 439-444. Escola Paulista de Enfermagem São Paulo, Brasil.

14. Ward D. Community infection control: what is the evidence? *British Journal of Community Nursing*, 2002, v. 7, n. 6.

15. Silva e Souza AC, Tipple FGA, Pereira MS, Aparecida do Prado M. Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde: percepção dos enfermeiros. *Cienc. enferm.* [revista enla Internet]. 2002 Jun [citado 4mayo 2015] ; 8(1): 19-30. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100004>

16. Silva e Souza AC, Neves HCC, Tipple AFV, Santos SLV, Silva CF, Barreto RAS. Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008;10(2):428-437. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a14.htm>.

17. Tipple AFV, Mendonça KM, Melo MC, Silva e Souza AC, Pereira MS, Santos SLV. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*, v. 29, n. 2, p. 107-114, 2007.

18. Pereira MEC, Silva PCT, Costa MAF, Jurberg C, Borba CM. A importância da abordagem contextual no ensino de biossegurança. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(6): 1643-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600027&lng=en&nrm=iso. Access on: 15 Jan. 2015.

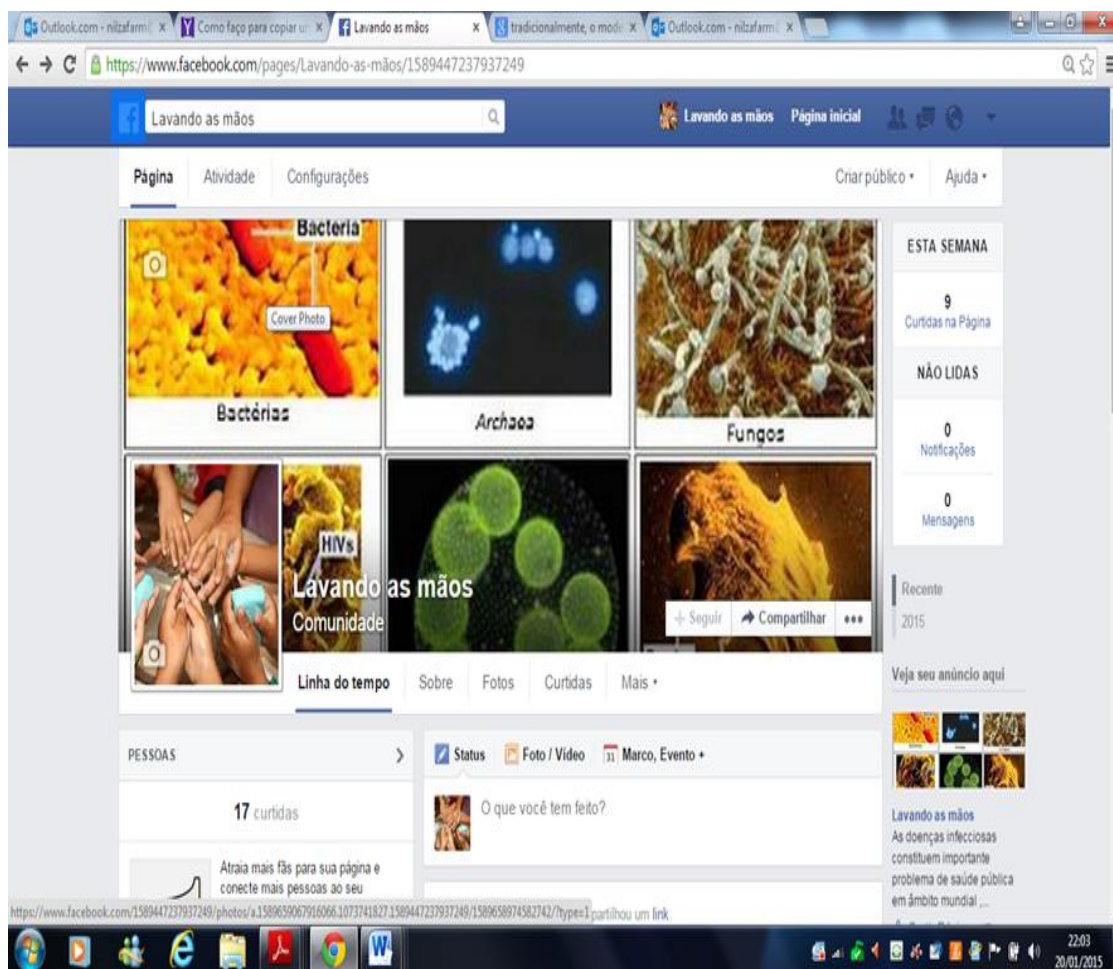
19. Andrade AC, Sanna MC. Ensino de Biossegurança na Graduação em Enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev. bras. enferm.* 2007 Oct [cited 15jan2015]; 60(5): 569-572. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500016>.
20. Pereira MEC, Costa MAF, Borba CM, Juberg C. Construção do conhecimento em biossegurança: uma revisão da produção acadêmica nacional na área de saúde (1989-2009). *Saúde soc*,v. 19, n.2, p.1643-48, 2010.
21. Silva, ADRI, Mastroeni MF. Biossegurança: o conhecimento dos formandos da área da saúde. *Rev.Bahiana Saúde Publica*,v.33, n.3, p. 476-487, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a014.pdf> .
22. Pinelli C, Garcia PPNS, Campos JADB, Dotta EAV, Rabelo AP. Biossegurança e odontologia: crenças e atitudes de graduandos sobre o controle da infecção cruzada. *Saúdesoc.* 2011; 20(2).Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200016&lng=en&nrm=iso. Access on: 15 jan. 2015.

4.2 Produto – Blog lavando a mão, página no Facebook lavando as mãos

A contribuição deste estudo para os graduandos de saúde é a apresentação de uma proposta de intervenção por meio da elaboração e construção de uma *fanpage* e um *blog* chamada “Lavando as mãos”, com a finalidade de informar, levantar questionamentos e trocar conhecimentos acerca de infecções presentes na comunidade e formas de prevenção dessas doenças.

Pensou-se nesse produto devido ao fato de ser uma forma dinâmica de troca de informações, facilidade de acesso à internet e interesse da população em usar essas ferramentas. Os temas sobre infecção tratados serão abrangentes e espera-se que haja troca de informações, difusão de conhecimento sobre infecção comunitária e que traga benefícios não só para graduandos, mas para população como um todo.

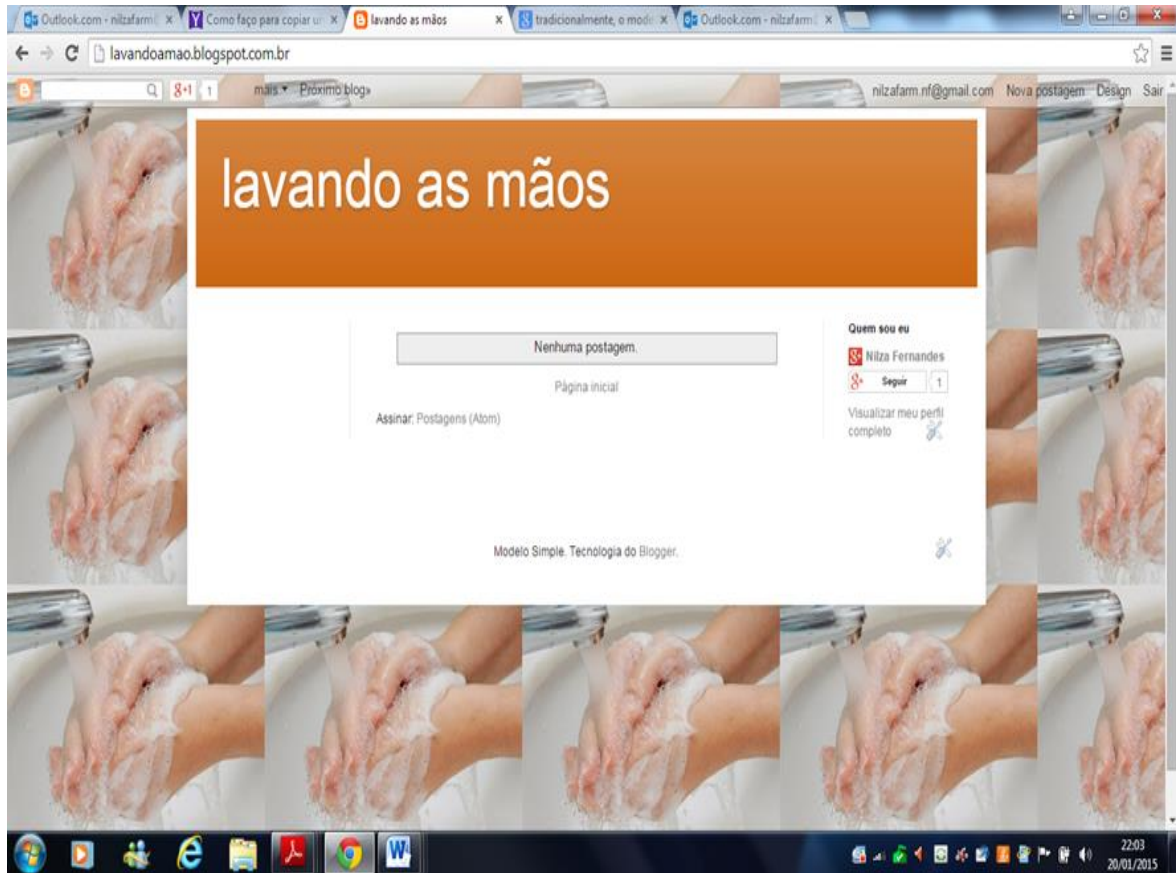
Ilustração 1 – Imagem da página no Facebook “Lavando as mãos”



Fonte: Arquivo da autora.

4.3 Blog – Lavando as mãos

Ilustração 2– Imagem do Blog “Lavando as mãos”



Fonte: Arquivo da autora. Endereço da página: <<http://lavandoamao.blogspot.com.br/>>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou ampliar o conhecimento acerca da formação dos graduandos de saúde sobre a infecção comunitária e analisar como a formação adquirida contribui para prevenção das infecções por meio dos posicionamentos emergidos das falas dos discentes de Enfermagem, de Medicina e de Odontologia.

É perceptível nos discursos dos graduandos que, durante a formação, o ensino sobre a infecção foi adquirido em determinados conhecimentos disciplinares personalizados em disciplinas como Epidemiologia, Microbiologia, Doenças Tropicais.

De acordo com os conhecimentos apreendidos sobre a infecção, os estudantes reconhecem conceitualmente a infecção comunitária, embora a grande maioria dos discursos a confunda com a infecção hospitalar. Essa compreensão comum mostra que existe uma importância no ensino da infecção hospitalar, pois muito se discute por meio de programas de prevenção e controle a nível nacional, o que influencia representativamente no ensino sobre o tema nos cursos de saúde.

A preocupação com a prevenção e controle das infecções é visível, os estudantes relatam a importância da biossegurança e citam as medidas preventivas importantes para prevenção das doenças infecciosas. A prevenção e controle da infecção comunitária são desenvolvidos na prática dos graduandos, com destaque para as técnicas de esterilização de materiais, uso de equipamentos de proteção individual, desinfecção, assepsia e antisepsia, lavagem e higienização das mãos, adoção das medidas de biossegurança e precaução padrão para diminuir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes.

São perceptíveis lacunas na construção de conhecimento sobre infecção comunitária durante a formação, pois os graduandos pontuam medidas de prevenção voltadas para os profissionais de saúde e, nesse contexto, a maioria não ressaltou a importância da informação por parte da população sobre esse tema, bem como medidas preventivas voltadas para educação em saúde da população, demonstrando falta de programas e de políticas específicos para o controle das infecções comunitárias.

A reflexão sobre o processo de formação dos graduandos dos cursos de Medicina, de Odontologia e de Enfermagem, visando os conceitos e a prevenção da infecção comunitária, precisa ser aprofundada, pois existem diferenças nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em todo Brasil. Reconhecem-se pelas falas, as diferenças de disciplinas e a forma como é transmitido o conteúdo em cada curso. Nessa

perspectiva, o processo de apreender sobre a infecção comunitária se insere na realidade do ensino nos currículos vigentes em cada curso.

O estudo possui limitações, no sentido de não permitir a análise de como o processo de formação dos graduandos foi importante e contribui para prevenção das doenças infecciosas, e merece um estudo contínuo, pois a ação e a reflexão sobre o aprendizado e sua prática vão depender da realidade contextualizada desses graduandos como profissionais.

Em suma, o presente estudo mostra que os graduandos da área de saúde, em seus conteúdos curriculares dos cursos, receberam conhecimentos sobre infecção, a importância da prevenção e controle e de medidas de biossegurança, porém, ainda não possuem um conceito de infecção comunitária construído, havendo a necessidade de mudança no projeto pedagógico dos cursos para uma educação problematizadora, com o objetivo de formar profissionais com as competências e habilidades necessárias para a prevenção e controle da infecção comunitária e melhorar a qualidade da assistência na atenção primária.

Embasados nesse dado, existe a possibilidade de transformar as práticas profissionais, objetivando alcançar mudanças no que se refere à prevenção da infecção comunitária, embora esses dados não sejam suficientes para corroborar alteração da práxis. Considera-se, ao final deste estudo, que seus resultados não levam ao fim, mas ao início de grandes discussões e reflexões acerca da problemática estudada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde**. Orientação para o Público em Geral. Conhecendo um pouco mais sobre infecção. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/iras.html>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2013 – 2015)**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/iras.html>>. Acesso em: 4mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, 13 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Parecer Nº: CNE/CES 1.133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Sistema Nacional de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SINAIS). Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sinais/apresenta.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

AGUIAR, A.C; RIBEIRO, E.C.O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Rev.Bras.Educ.Med.** v.34, n.3, p. 371-378, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2015.

ANDRADE, A.C.; SANNA, M.C. Ensino de Biossegurança na Graduação em Enfermagem: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 5, p.569-572, 2007.

BURGATTI, J.C. et al. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 66, n. 2, p.282-286, 2013.

BLOOMFIELD, S.F. et al. The effectiveness of hand hygiene procedures in reducing the risks of infections in home and community settings including handwashing and alcohol-based hand sanitizers. **AJIC**.v.35, n.10, p.27-64, 2007. Available from: <[http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(07\)00595-0/pdf](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(07)00595-0/pdf)>. Access on: 9 jan. 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013a.

_____. JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.** v. 21, n. 2, p.514-18, dez. 2013b.

CAMPELO, S. M. A. As representações do controle de infecção hospitalar: a perspectiva do ensino da graduação de enfermagem. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, June. 2004.

BASTOS; L. R.; PAIXÃO, L.; FERNANDES, L. M. Manual para a elaboração de projetos e relatórios de pesquisas, teses e dissertações. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GURGEL, C.B.F.; ROSA, C.A.P. História da Medicina: a Varíola no Brasil Colonial (Séculos XVI E XVII). **Revista de Patologia Tropical**. v.41, n. 4, p. 119-35, 2012. Available from: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/21701>>. Access on: 9 dez. 2014.

HOEFEL, H.H.K. O controle de infecções e o ensino. **RevEpidemiolControlInfect**, v.2, n.2, p.38-40, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **A Técnicas de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MACIEL, E. L.N. et al. Tuberculose em profissionais de saúde: um novo olhar sobre um antigo problema. **J. Bras. Pneumol.** São Paulo , v. 35, n. 1, jan. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORETTI-PIRES, R. O. O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo. 2008. 342 f. Tese (Doutorado)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

_____.;VILLELA BUENO, S.M. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

OLIVEIRA, A.C. et al. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.33, n. 3, 2012.

PEREIRA, M. E. C. et al. Construção do conhecimento em biossegurança: uma revisão da produção acadêmica nacional na área de saúde (1989-2009). **Saúde Soc.** v. 19, n.2, p.1643-1648, 2010.

_____. A importância da abordagem contextual no ensino de biossegurança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p.1643-48, 2012.

PONTES, R.J. S. et al. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 685 p.

PINELLI, C. et al. Biossegurança e odontologia: crenças e atitudes de graduandos sobre o controle da infecção cruzada. **Saúde Soc.** v. 20, n. 2, 2011.

REY, L. **Bases da Parasitologia Médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z.;**Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, S.L.V. et al. O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imunopreveníveis. **Rev. Eletr. Enf.** v.8, n.1, p.91-98, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_12.htm. Acesso em: 5 jan. 2015.

SILVA, A.D.R.I.; MASTROENI, M.F. Biossegurança: o conhecimento dos formandos da área da saúde. **Rev.Bahiana Saúde Pública**,v.33, n.3, p. 476-487, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a014.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SILVA E SOUZA, A. C. et al. Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde: percepção dos enfermeiros. **Ciênc. Enferm.** v.8, n. 1, p. 19-30, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php>. Acesso em: 3 fev. 2015.

SOUZA, A.C.S. et al. Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n.2, p. 428-37, 2008.

SOUZA, M.C.M.R.; FREITAS, M.I.F. Representações de profissionais da atenção primária sobre risco ocupacional de infecção pelo HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, p.4, 10 telas, 2010.

TACCONELLI, E. When did the doctors become fomites? **Clinical Microbiology and Infection**, v. 17, n. 6, p. 793-6, 2011.

TIPPLE, A.F.V. et al. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.2, p.245-250, 2003.

_____. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 29, n. 2, p. 107-114, 2007.

VALLE, A. R. M. C. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção**. 2013. 262 f. Tese (Doutorado)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE INFECÇÃO COMUNITÁRIA

Roteiro de entrevista da Pesquisa

Depoente nº:

Sexo:

Idade:

Curso:

1O que é infecção comunitária?

2Qual a sua formação para prevenção e controle da infecção comunitária?

3Em que sua formação contribui para você atuar na prevenção e controle da infecção comunitária?

4 Que medidas preventivas você utiliza para evitar a infecção cruzada?

APÊNDICE B



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE INFECÇÃO COMUNITÁRIA” que tem como objetivo avaliar a formação de estudantes da área de saúde sobre infecção comunitária, discutir o conceito de infecção comunitária que os estudantes da área de saúde adquirem na formação acadêmica, analisar como a formação do estudante da área de saúde pode contribuir com a prevenção da infecção comunitária e desenvolver material didático sobre infecção comunitária. Apresenta como justificativa, a importância da formação pedagógica dos estudantes e futuros profissionais de saúde sobre o controle e prevenção da infecção comunitária, pois como futuros profissionais podem contribuir com o fortalecimento das medidas preventivas e redução dos efeitos das infecções na saúde pública.

Se concordar em participar desta pesquisa você, irá responder um questionário semiestruturado com perguntas abertas sobre sua formação e conceitosa respeito de infecção comunitária.

A pesquisa tem como responsável a mestrandia Josefa Nilza Fernandes Neta, e como pesquisador participante a Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura e suas respectivas formas e contato são respectivamente (86) 99916890; nilzafarm@hotmail.com, (86) 21060723; mestradosaudefamilia@uninovafapi.edu.br, e foi elaborada de acordo com as recomendações éticas da Resolução 466 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Em caso de dúvidas o Senhor(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessária, antes de concordar em participar deste estudo, às pesquisadoras e ao CEP UNINOVAFAPI por meio do telefone: 2106 0738 e e-mail cep@uninovafapi.edu.br vinculado ao sistema CEP CONEP.

A sua participação nesse estudo é voluntária, isenta de despesas e você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será revelada de acordo com o item IV da Resolução CNS 466\12, que manterá a garantia do sigilo e da sua privacidade durante todas as fases da pesquisa.

Após a realização do estudo, os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir por meio de melhorias na formação dos estudantes da área de saúde sobre infecção e prevenção. Sendo de interesse do participante, ele terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa. Nesse estudo, há risco de constrangimento e conflito entre as atividades discentes do participante. No intuito de reduzir estes riscos, o sujeito ficará a vontade para responder ou

não ao instrumento de produção de dados e a garantia de que a identificação não será revelada e que as atividades realizar-se-ão em horário distinto de suas atividades discentes.

Josefa Nilza Fernandes Neta – CPF: 566.228.303.63
Pesquisadora Responsável

Maria Eliete Batista Moura – CPF:139.054.143.68
Pesquisadora Participante

Contatos:

Pesquisadora Responsável: Maria Eliete Batista Moura
Tel: (86) 9991-1503

Pesquisadora Participante: Josefa Nilza Fernandes Neta
End.: Rua gov. Joca Pires 1751. Bairro Jockey. CEP: 64.048-210. Teresina-Piauí. Tel: (86) 9991-6890.
E-mail: nilzafarm@hotmail.com

CEP NOVAFAPI
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 Bairro Uruguai CEP: 64073-505
Teresina – Piauí. Tel: (86) 2106-0700

PARTICIPANTE

Consentimento Pós-informação

Eu, _____, portador da cédula RG nº _____ fui informado pelos pesquisadores sobre a pesquisa “FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE INFECÇÃO COMUNITÁRIA” e fui devidamente esclarecido sobre os riscos benefícios da minha colaboração, e entendi os objetivos, as justificativas e a metodologia desta pesquisa. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não terei nenhuma despesa e nem remuneração e que posso desistir a qualquer momento. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelos pesquisadores, ficando uma via com cada um de nós.

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI no endereço Rua Vitorino Orthiges Fernandes 6123, Bairro Uruguai, pelo telefone (86) 2106-0700.

Assinatura do participante

Teresina-PI, _____ de _____ de 2014.



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APENDICE C

Vocabulário específico, da classe 1, que relaciona a Infecção Comunitária ea formação acadêmica dos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, apreendidos mediante respostas dos questionários.

classe 1 (45/290 - 15.52%)									classe 2 (45/290 - 15.52%)									classe 3 (37/290 - 12.76%)									classe 4 (42/290 - 14.48%)									classe 5 (58/290 - 20%)								
num	↑	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p																																				
0		6	6	100.0	33.36	nom	alimento	< 0,0001																																				
1		5	5	100.0	27.7	nom	atividade	< 0,0001																																				
2		16	35	45.71	27.69	ver	contribuir	< 0,0001																																				
3		12	22	54.55	27.66	adj	básico	< 0,0001																																				
4		15	33	45.45	25.46	nom	medida	< 0,0001																																				
5		8	12	66.67	24.98	nom	saneamento	< 0,0001																																				
6		4	4	100.0	22.08	ver	aguar	< 0,0001																																				
7		4	4	100.0	22.08	nom	calçado	< 0,0001																																				
8		4	4	100.0	22.08	nom	andar	< 0,0001																																				
9		11	24	45.83	18.34	nom	higienização	< 0,0001																																				
10		17	48	35.42	17.37	ver	evitar	< 0,0001																																				
11		3	3	100.0	16.5	nr	respirat	< 0,0001																																				
12		3	3	100.0	16.5	nom	manejo	< 0,0001																																				
13		3	3	100.0	16.5	ver	isolar	< 0,0001																																				
14		4	5	80.0	16.14	nom	atenção	< 0,0001																																				
15		11	26	42.31	15.64	nom	orientação	< 0,0001																																				
16		5	8	62.5	13.85	nom	equipamento	0.00019																																				
17		6	11	54.55	13.28	ver	orientar	0.00026																																				
18		9	21	42.86	12.91	ver	lavar	0.00032																																				
19		4	6	66.67	12.23	nom	hábito	0.00047																																				
20		4	6	66.67	12.23	adj	necessário	0.00047																																				
21		4	6	66.67	12.23	adj	contaminado	0.00047																																				
22		3	4	75.0	10.95	ver	rir	0.00093																																				
23		3	4	75.0	10.95	ver	deixar	0.00093																																				
24		7	17	41.18	9.07	nom	máscara	0.00259																																				
25		3	5	60.0	7.68	nom	tico	0.00558																																				
26		3	5	60.0	7.68	adj	direto	0.00558																																				
27		2	3	66.67	6.05	adv	bastante	0.01390																																				
28		2	3	66.67	6.05	nom	via	0.01390																																				
29		2	3	66.67	6.05	nom	qualidade	0.01390																																				
30		2	3	66.67	6.05	adv	demais	0.01390																																				
31		2	3	66.67	6.05	nom	ajuda	0.01390																																				
32		4	9	44.44	5.93	adv	além	0.01489																																				
33		3	6	50.0	5.56	nr	antibi	0.01840																																				



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI
PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
APENDICE D

Vocabulário específico, da classe 2, que relaciona a Infecção Comunitária ea formação acadêmica dos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, apreendidos mediante respostas dos questionários.

classe 1 (45/290 - 15.52%) classe 2 (45/290 - 15.52%) x classe 3 (37/290 - 12.76%) classe 4 (42/290 - 14.48%) classe 5 (58/290 - 20%)								
num	↑	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0		31	72	43.06	55.41	nr	equipamento_de_prote...	< 0,0001
1		15	23	65.22	47.07	ver	usar	< 0,0001
2		22	50	44.0	37.39	nom	material	< 0,0001
3		16	31	51.61	34.5	adv	sempre	< 0,0001
4		6	6	100.0	33.36	ver	perfurar	< 0,0001
5		7	9	77.78	27.46	nr	odontol	< 0,0001
6		6	7	85.71	26.96	nr	glicos	< 0,0001
7		6	7	85.71	26.96	adj	cortante	< 0,0001
8		4	4	100.0	22.08	nr	culos	< 0,0001
9		4	4	100.0	22.08	ver	trocara	< 0,0001
10		11	23	47.83	19.89	ver	utilizar	< 0,0001
11		25	82	30.49	19.55	nom	paciente	< 0,0001
12		9	18	50.0	17.41	nom	proteção	< 0,0001
13		5	7	71.43	17.11	ver	atender	< 0,0001
14		5	7	71.43	17.11	adj	esterilizado	< 0,0001
15		3	3	100.0	16.5	nom	estéreo	< 0,0001
16		4	5	80.0	16.14	adv	tanto	< 0,0001
17		4	5	80.0	16.14	nom	roupa	< 0,0001
18		6	11	54.55	13.28	nom	atendimento	0.00026
19		9	21	42.86	12.91	ver	lavar	0.00032
20		4	6	66.67	12.23	ver	colocar	0.00047
21		12	34	35.29	11.49	adj	todo	0.00069
22		5	9	55.56	11.36	nom	jaleco	0.00075
23		6	12	50.0	11.35	nom	cruzada	0.00075
24		3	4	75.0	10.95	nom	troca	0.00093
25		3	4	75.0	10.95	nom	clínica	0.00093
26		4	7	57.14	9.48	ver	esterilizar	0.00207
27		6	14	42.86	8.39	nom	luva	0.00377
28		10	30	33.33	8.1	adj	outro	0.00442
29		3	5	60.0	7.68	ver	agir	0.00558
30		16	59	27.12	7.6	nom	lavagem	0.00582
31		7	19	36.84	7.05	nom	importância	0.00791
32		15	57	26.32	6.31	nom	uso	0.01200
33		2	3	66.67	6.05	adj	nosso	0.01390



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI
PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
APENDICE E

Vocabulário específico, da classe 3, que relaciona a Infecção Comunitária e a formação acadêmica dos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, apreendidos mediante respostas dos questionários.

classe 1 (45/290 - 15.52%) classe 2 (45/290 - 15.52%) classe 3 (37/290 - 12.76%) classe 4 (42/290 - 14.48%) classe 5 (58/290 - 20%)								
num	↑	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0		14	20	70.0	63.24	nom	esterilização	< 0,0001
1		26	72	36.11	46.93	nr	equipamento_de_prote...	< 0,0001
2		6	6	100.0	41.89	nom	desinfecção	< 0,0001
3		6	6	100.0	41.89	nr	degermação	< 0,0001
4		28	92	30.43	37.82	nom	mão	< 0,0001
5		5	5	100.0	34.79	ver	antisepsiar	< 0,0001
6		19	50	38.0	34.58	nom	material	< 0,0001
7		8	12	66.67	32.68	nom	utilização	< 0,0001
8		6	8	75.0	28.63	adj	minha	< 0,0001
9		4	4	100.0	27.73	nom	instrumento	< 0,0001
10		4	4	100.0	27.73	nr	dia_a_dia	< 0,0001
11		4	4	100.0	27.73	nr	biol	< 0,0001
12		19	57	33.33	26.98	nom	uso	< 0,0001
13		18	59	30.51	20.97	nom	lavagem	< 0,0001
14		6	10	60.0	20.77	nom	trabalho	< 0,0001
15		4	5	80.0	20.67	nr	epc	< 0,0001
16		8	17	47.06	19.09	adj	correto	< 0,0001
17		5	10	50.0	12.91	nr	glico	0.00032
18		4	7	57.14	12.7	nom	asepsia	0.00036
19		4	8	50.0	10.25	adj	individual	0.00136
20		3	5	60.0	10.2	ver	informar	0.00140
21		4	9	44.44	8.38	ver	aprender	0.00379
22		4	9	44.44	8.38	nom	técnica	0.00379
23		2	3	66.67	7.91	nom	exame	0.00490
24		3	6	50.0	7.63	nom	norma	0.00572
25		6	18	33.33	7.3	nom	proteção	0.00690
26		6	18	33.33	7.3	nom	local	0.00690
27		5	14	35.71	6.96	adj	bom	0.00831
28		4	10	40.0	6.91	adj	importante	0.00859
29		4	10	40.0	6.91	adj	acadêmico	0.00859
30		3	7	42.86	5.84	ver	esterilizar	0.01568
31		6	20	30.0	5.74	nom	formação	0.01661
32		2	4	50.0	5.05	adj	estéril	0.02457
33		2	4	50.0	5.05	adi	frequente	0.02457



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APENDICE F

Vocabulário específico, da classe 4, que relaciona a Infecção Comunitária e a formação acadêmica dos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, apreendidos mediante respostas dos questionários.

classe 1 (45/290 - 15,52%) classe 2 (45/290 - 15,52%) classe 3 (37/290 - 12,76%) classe 4 (42/290 - 14,48%) classe 5 (58/290 - 20%)								
num	↑	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0		13	20	65.0	44.26	adj	determinado	< 0,0001
1		8	9	88.89	41.52	nom	bactéria	< 0,0001
2		19	45	42.22	33.09	nom	pessoa	< 0,0001
3		8	11	72.73	31.32	ver	atingir	< 0,0001
4		7	9	77.78	30.04	nom	vírus	< 0,0001
5		7	10	70.0	25.77	nom	problema	< 0,0001
6		6	9	66.67	20.42	nom	patologia	< 0,0001
7		6	9	66.67	20.42	nom	disseminação	< 0,0001
8		7	12	58.33	19.43	nom	microrganismo	< 0,0001
9		5	7	71.43	18.78	adj	infeccioso	< 0,0001
10		3	3	100.0	17.9	nom	plano	< 0,0001
11		3	3	100.0	17.9	nom	multiplicação	< 0,0001
12		4	5	80.0	17.63	nom	região	< 0,0001
13		6	11	54.55	14.82	ver	publicar	0.00011
14		4	6	66.67	13.47	ver	chamar	0.00024
15		4	6	66.67	13.47	adj	capaz	0.00024
16		6	12	50.0	12.75	ver	causar	0.00035
17		3	4	75.0	11.99	adj	curricular	0.00053
18		3	4	75.0	11.99	nom	causa	0.00053
19		3	4	75.0	11.99	nom	invasão	0.00053
20		4	7	57.14	10.54	adj	vário	0.00116
21		12	39	30.77	9.65	adj	mesmo	0.00189
22		3	5	60.0	8.51	nom	organismo	0.00353
23		3	5	60.0	8.51	nom	enfermagem	0.00353
24		4	8	50.0	8.38	adj	grande	0.00379
25		4	8	50.0	8.38	nom	agente	0.00379
26		6	15	40.0	8.32	ver	transmitir	0.00392
27		14	54	25.93	7.02	adj	comunitário	0.00808
28		2	3	66.67	6.67	ver	estudar	0.00983
29		2	3	66.67	6.67	adj	seguido	0.00983
30		2	3	66.67	6.67	adj	político	0.00983
31		2	3	66.67	6.67	ver	numerar	0.00983
32		2	3	66.67	6.67	ver	ministrar	0.00983
33		2	3	66.67	6.67	nom	escola	0.00983



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI
PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
APENDICE G

Vocabulário específico, da classe 5, que relaciona a Infecção Comunitária ea formação acadêmica dos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, apreendidos mediante respostas dos questionários.

← classe 2 (45/290 - 15.52%) classe 3 (37/290 - 12.76%) classe 4 (42/290 - 14.48%) classe 5 (58/290 - 20%) × classe 6 (63/290 - 21.72%) →								
num	↑	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0		13	25	52.0	17.51	nom	conhecimento	< 0,0001
1		52	195	26.67	16.54	nom	infecção	< 0,0001
2		7	10	70.0	16.18	adj	preventivo	< 0,0001
3		9	15	60.0	15.82	nom	informação	< 0,0001
4		5	6	83.33	15.36	nr	pria	< 0,0001
5		10	18	55.56	15.16	nom	palestra	< 0,0001
6		8	13	61.54	14.68	nr	pr	0.00012
7		8	13	61.54	14.68	adj	melhor	0.00012
8		19	47	40.43	14.63	nom	controle	0.00013
9		7	11	63.64	13.61	nom	indivíduo	0.00022
10		6	9	66.67	12.64	nom	educação	0.00037
11		6	9	66.67	12.64	adv	principalmente	0.00037
12		6	9	66.67	12.64	adj	geral	0.00037
13		4	5	80.0	11.45	adj	muita	0.00071
14		21	59	35.59	11.26	nom	prevenção	0.00079
15		8	15	53.33	10.98	nom	área	0.00091
16		6	10	60.0	10.36	adj	sua	0.00128
17		17	48	35.42	8.54	nom	saúde	0.00346
18		4	6	66.67	8.34	nom	processo	0.00387
19		4	6	66.67	8.34	nom	respeito	0.00387
20		4	6	66.67	8.34	adj	maior	0.00387
21		3	4	75.0	7.67	adj	simples	0.00562
22		3	4	75.0	7.67	ver	promover	0.00562
23		3	4	75.0	7.67	adj	científico	0.00562
24		5	9	55.56	7.34	nom	ação	0.00674
25		5	9	55.56	7.34	ver	atuar	0.00674
26		5	9	55.56	7.34	nr	quando	0.00674
27		14	40	35.0	6.53	nom	forma	0.01063
28		4	7	57.14	6.19	adj	social	0.01288
29		5	10	50.0	5.83	nom	grupo	0.01579
30		5	10	50.0	5.83	adj	acadêmico	0.01579
31		5	10	50.0	5.83	ver	entender	0.01579
32		11	30	36.67	5.81	nom	higiene	0.01594



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APENDICE F

Vocabulário específico, da classe 6, que relaciona a Infecção Comunitária ea formação acadêmica dos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, apreendidos mediante respostas dos questionários.

← classe 3 (37/290 - 12.76%) classe 4 (42/290 - 14.48%) classe 5 (58/290 - 20%) classe 6 (63/290 - 21.72%) ×								
num	↑	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0		40	58	68.97	95.15	adj	hospitalar	< 0,0001
1		26	30	86.67	82.99	nom	internação	< 0,0001
2		22	25	88.0	70.67	nom	hora	< 0,0001
3		33	55	60.0	58.48	ver	adquirir	< 0,0001
4		15	16	93.75	51.66	nom	admissão	< 0,0001
5		30	55	54.55	43.0	nom	ambiente	< 0,0001
6		20	29	68.97	42.29	nom	hospital	< 0,0001
7		9	9	100.0	33.47	nom	incubação	< 0,0001
8		10	11	90.91	32.18	adj	anterior	< 0,0001
9		10	11	90.91	32.18	nr	*gra_2	< 0,0001
10		10	12	83.33	27.94	nr	****	< 0,0001
11		10	12	83.33	27.94	nr	*ida_1	< 0,0001
12		16	26	61.54	26.62	nr	ap	< 0,0001
13		13	19	68.42	26.07	ver	relacionar	< 0,0001
14		13	20	65.0	23.66	nom	presente	< 0,0001
15		7	8	87.5	20.93	ver	abordar	< 0,0001
16		7	8	87.5	20.93	nr	*sex_2	< 0,0001
17		18	35	51.43	20.65	nom	curso	< 0,0001
18		57	195	29.23	19.73	nom	infecção	< 0,0001
19		22	48	45.83	19.66	nom	disciplina	< 0,0001
20		6	7	85.71	17.27	nom	ato	< 0,0001
21		4	4	100.0	14.61	nom	germe	0.00013
22		7	10	70.0	14.19	adj	tropical	0.00016
23		28	78	35.9	12.6	nom	comunidade	0.00038
24		20	51	39.22	11.13	nom	doença	0.00084
25		4	5	80.0	10.16	nom	medicina	0.00143
26		4	5	80.0	10.16	ver	manifestar	0.00143
27		4	5	80.0	10.16	ver	considerar	0.00143
28		20	54	37.04	9.15	adj	comunitário	0.00248
29		7	13	53.85	8.26	adv	já	0.00405
30		5	8	62.5	8.04	nom	momento	0.00456
31		5	8	62.5	8.04	nr	infectocontagiosas	0.00456

ANEXOS

ANEXO A**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI**

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai

CEP: 64073-505, Teresina - Piauí

Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740

SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Teresina, 12 de março de 2014.

Coordenação de ensino,

Eu, Josefa Nilza Fernandes Neta, mestrande do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: “Formação dos Estudantes da Área da Saúde sobre Infecção Comunitária”, sob orientação da Profª. Dra. Maria Eliete Batista Moura, venho solicitar autorização, para realizar coleta de dados, por meio de questionário semiestruturado com perguntas abertas, aos estudantes do Curso de Medicina, Enfermagem e Odontologia desta instituição.

Informamos que após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI, a coleta de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Coordenação e obedecendo aos princípios éticos regidos na Resolução nº. 466 12, do Conselho Nacional de Saúde. Contando com autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento, ao tempo em que agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Contato do pesquisador responsável: nilzafarm@hotmail.com

Fone: (86)99916890

Atenciosamente,

Josefa Nilza Fernandes Neta

CPF: 56622830363

ANEXO B

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI**

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai

CEP: 64073-505, Teresina - Piauí

Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Teresina, 10 de março de 2014.

Ilmo. (a) Sr.(a). **Francisca Tereza Coelho Matos,**

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Eu, Josefa Nilza Fernandes Neta, pesquisadora responsável e Prof.^a Dr.^a Maria Eliete Batista Moura, pesquisadora participante da pesquisa intitulada **“Formação dos Estudantes da Área da Saúde sobre Infecção Comunitária”**, declaro(amos) que:

- Assumo (imos) 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 Maria Eliete Batista Moura do Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário 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 por meio 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.

Josefa Nilza Fernandes Neta – CPF: 566.228.303.63
Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura – CPF: 139.054.143.68
Pesquisadora Participante

ANEXO C**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI**

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai

CEP: 64073-505, Teresina - Piauí

Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP DO PROJETO DE PESQUISA

Teresina, ____de____ de 2014.

Ilmo. (a) Sr.(a). **Francisca Tereza Coelho Matos**

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Cara Professora,

Envio-lhe o projeto de pesquisa intitulado: Formação dos Estudantes da Área da Saúde sobre Infecção Comunitária, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Declaração de Compromisso dos Pesquisadores, para a apreciação por esse Comitê.

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo normativo da **Resolução 466/12** do CNS, e de que as normas ali constantes devem ser cumpridas incondicionalmente.

Confirmo também:

1. Que esta pesquisa ainda não foi iniciada;
2. Que não há participação estrangeira nesta pesquisa;
3. Que comunicarei ao CEP/ UNINOVAFAPI os eventos adversos ocorridos com o participante da pesquisa;
4. Que apresentarei relatório parcial e final desta pesquisa ao CEP/ UNINOVAFAPI;
5. Que retirarei por minha própria conta os pareceres consubstanciados e os levarei a secretaria do CEP/ UNINOVAFAPI para serem assinados pelo(a) coordenador(a) do referido CEP.

Atenciosamente,

Josefa Nilza Fernandes Neta – CPF: 566.228.303.63**Pesquisador(a) Responsável**

Nome: Josefa Nilza Fernandes Neta

CPF: 566.228.303.63

Instituição: Centro Universitário UNINOVAFAPI

Área: Saúde

Coordenação do Curso: Mestrado em Saúde da Família

ANEXO D**TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO**

Eu, RITA DE CÁSSIA SÉRVIO MENDES LOPES, Coordenadora de Ensino do Centro Universitário, declaro que a aluna Josefa Nilza Fernandes Neta está autorizada a realizar, nesta Instituição, o projeto de pesquisa: "FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE SOBRE INFECÇÃO COMUNITÁRIA", sob a responsabilidade do Professor Dra. Maria Eliete Batista Moura.

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores.

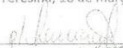
Os pesquisadores deverão estar cientes que só poderão aplicar os questionários na IES fora dos horários das atividades acadêmicas e com o conhecimento dos coordenadores dos cursos envolvidos.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Garantia de adotar medidas para prevenir e minimizar riscos para os participantes da pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi, para garantir a todos os envolvidos os referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros.

Teresina, 18 de março de 2014


Rita Mendes Lopes
Coordenadora de Ensino
UNINOVAFAPI

www.uninovafapi.edu.br • uninovafapi@uninovafapi.edu.br

Rua Vitorino Orthogast Fernandes, 6173 • Bairro Uniquatã | CEP: 64073-505, Teresina - Piauí | Fone: (86) 2104-0700 / Fax: (86) 2104-0740

ANEXO E

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE INFECÇÃO COMUNITÁRIA

Pesquisador: josefa nilza fernandes neta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30445514.5.0000.5210

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 633.688

Data da Relatoria: 30/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Este tipo de estudo preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc. Na pesquisa qualitativa há um mínimo de estruturação prévia.

Na pesquisa qualitativa, primeiro faz-se coleta dos dados a fim de elaborar a teoria base, ou seja, o conjunto de conceitos, princípios e

significados. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos ou,

então, o estabelecimento de relações entre variáveis. A utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como o questionário e a observação. **MÉTODOS:**

optou-se, para produção de dados, a técnica de observação direta extensiva utilizando como instrumento o questionário semi estruturado com perguntas abertas.

Serão incluídos na pesquisa alunos do último ano dos cursos da área de saúde (Medicina, Odontologia e Enfermagem), tem como cenário o Centro Universitário-UNINOVAFAPÍ.

O tratamento e análise dos dados serão realizados por meio do software IRAMUTEQ

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

**FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -**



Continuação do Parecer: 633.688

que é um software gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud e permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras.

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário-UNINOVAFAP, acordado com os requisitos da Resolução nº 466/2012 e só será executado após parecer favorável para a realização do mesmo.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a formação de estudantes da área de saúde sobre infecção comunitária.

Discutir o conceito de infecção comunitária que os estudantes da área de saúde adquirem na formação acadêmica.

Analisar como a formação do estudante da área de saúde pode contribuir com a prevenção da infecção comunitária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos, os procedimentos para realização da pesquisa poderá constranger o participante diante da solicitação de participação e também pela ocupação do tempo de suas atividades discentes. O instrumento de produção de dados e a garantia que sua identificação não será revelada e que as atividades será em horário distinto de suas atividades discentes.

Benefícios:

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir através de programas educativos que beneficiem a melhoria da qualificação do participante e ao final do estudo se for de interesse do voluntário, ele terá livre acesso ao conteúdo da mesma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo pertinente e de grande contribuição para a saúde pública do Estado do Piauí, possibilitará maior compreensão sobre as infecções comunitárias, identificando o conhecimento que os discentes adquirem na academia, além de proporcionar maior qualificação das categorias

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

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 633.688

profissionais envolvidas na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluiu-se que o Protocolo de Pesquisa está aprovado porque encontra-se elaborado em conformidade com a Resolução 466/2012 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que o Protocolo de Pesquisa está aprovado porque encontra-se elaborado em conformidade com a Resolução 466/2012 do CNS.

TERESINA, 02 de Maio de 2014

Assinador por:
FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

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