UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

VALQUÍRIA CHAVES RIBEIRO

CONHECIMENTO E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

LAGES (SC)
2016

VALQUÍRIA CHAVES RIBEIRO

CONHECIMENTO E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde – Mestrado Acadêmico, da Universidade do Planalto Catarinense, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero

Coorientadora: Profa. Dra. Natália Veronez Cunha Belinatti

LAGES(SC)
2016

Ficha Catalográfica

Ribeiro, Valquíria Chaves.
R484c Conhecimento e práticas da equipe de enfermagem em relação às medidas de prevenção adquirida em ambiente hospitalar /
Valquíria Chaves Ribeiro.-- Lages (SC), 2017.
99 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense.
Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.
Orientadora: Anelise Viapiana Masiero.
Coorientadora: Natália Veronez Cunha Belinatti.

1. Enfermagem prática. 2. Serviço hospitalar de Enfermagem.
3. Infecção hospitalar. 4. Pneumonia. I. Masiero, Anelise Viapiana.
II. Belinatti, Natália Veronez Cunha. III. Título.
CDD 610.73

(Elaborada pelo Bibliotecário José Francisco da Silva - CRB-14/570)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Valquiria Chaves Ribeiro

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para a obtenção do Título de

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

e aprovada em 17 de fevereiro de 2017, atendendo às normas e legislações vigentes na Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ambiente e Saúde.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero (Orientadora)

Profa. Dra. Natália Veronez da Cunha Bellinati (Coorientadora)

Profa. Dra. Maria Conceição de Oliveira (Membro Externo – Titular – PPGE/UFFS)

Profa. Dra. Izabela Barison Matos (Membro Externo – Suplente - PPGE/UFFS)

Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (Examinadora PPGAS/UNIPLAC - Titular)

Profa. Dra. Bruna Fernanda da Silva (Examinadora PPGAS/UNIPLAC - Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais que participaram de forma direta e indireta, aos meus colegas de trabalho, aos colegas da turma do Mestrado, às minhas orientadoras, aos demais professores do curso e em especial à minha família que me apoiou e me incentivou para a realização de mais um sonho.
Obrigada a todos, de coração!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela linda profissão que exerço, pela oportunidade de ajudar e reabilitar àqueles que necessitam do meu conhecimento e do meu trabalho e, principalmente aos que me apoiaram nesta caminhada! Muito Obrigada!

RESUMO

A Pneumonia Hospitalar ou Nosocomial é uma das principais e mais comuns infecções relacionadas à assistência à saúde elevando a taxa de morbidade (10% a 30%) e mortalidade (25%) propiciando alto custo aos hospitais, sendo considerada ainda hoje a causa mais habitual de morte entre as infecções adquiridas no ambiente hospitalar; **Objetivo**: Verificar o conhecimento e as práticas da equipe de enfermagem que atuam nos setores/alas de internamento de pacientes, acerca das medidas de prevenção da pneumonia adquirida em ambiente hospitalar, relacionando os dados encontrados entre as instituições. **Material e métodos**: Caracteriza-se como um estudo transversal, observacional descritivo, desenvolvido em dois hospitais de grande porte, situados na macrorregião da Serra Catarinense. Participaram 175 indivíduos entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Para coleta dos dados utilizou-se um questionário com 30 perguntas fechadas e uma pergunta aberta. **Resultados:** O perfil dos participantes caracterizou-se por serem do sexo feminino, idade média de 40,47 anos (± 17,40), com união estável, técnicos de enfermagem, formados e atuantes aproximadamente há 10 anos. Em relação ao conhecimento houve diferença estatística entre os profissionais das instituições sendo que os índices mais satisfatórios, ou seja, o maior número de respostas corretas foram obtidos no Hospital B para: a definição de pneumonia adquirida em ambiente hospitalar (p=0,001); a técnica correta de higienização das mãos (p=0,034); uso de luvas (0,049); importância do fonoaudiólogo para avaliação de problemas de deglutição (p=0,001). Na análise das práticas, igualmente os profissionais do hospital B demonstraram melhores práticas para a higienização das mãos ao entrar nas alas (p=0,024), frequência de realização da higienização das mãos, hábito de trocar luvas a cada paciente (p=0,003), ao manipular medicamentos (p=0,000), ao manipular alimentos e sondas (p=0,033). A limpeza e troca de equipamentos que envolvem secreções também é mais frequente no hospital B. Independente da instituição a higienização oral é pouco realizada pela equipe de enfermagem, ficando sob responsabilidade de familiares, cuidadores ou próprio paciente. No que se refere a problemas de deglutição, poucos profissionais os percebem e comunicam. Depreende-se que o hospital que apresenta menos rotatividade de profissionais e no qual existe uma comissão de Educação Permanente, apresentou mais conhecimento e melhores práticas assistenciais na prevenção à Pneumonia Adquirida em Ambiente

Hospitalar. Mesmo assim, observa-se a necessidade de fortalecer as práticas de Educação Permanente em ambas as instituições.

Descritores: Enfermagem Prática; Serviço hospitalar de Enfermagem; Infecção Hospitalar; Pneumonia

ABSTRACT

Nosocomial Pneumonia is one of the main and most common infections related to health care, increasing the morbidity (10% to 30%) and mortality rate (25%) propitiating high costs to the hospitals, being considered until today the more habitual cause of death between the infections acquired in hospital environment. **Objective:** To verify the knowledge and the practices of the nursing crew that work in the interment sectors about the methods of prevention of acquired Pneumonia in hospital environment, relating the data that were found between the institutions. **Material and methods**: Characterized as a transversal study, observational descriptive, developed in two huge hospitals, both located in the macroregion of Serra Catarinense. 175 individuals have participated among nurses, technicians and assistants. For data collection, a questionnaire with 31 questions was used. **Results:** The participants average profile was of feminine sex; 40,47 years old (+/- 17,40), stable union, nursing technicians, graduated and that have been working for 10 years approximately. There was a statist difference between the professionals of the institutions about the Knowledge being that the more satisfactory indexes, that is, the higher number of correct answers were obtained in the hospital B for: definition of Acquired Pneumonia in hospital environment (p=0,001); the correct technique for hand hygiene (p=0,034); use of gloves (p=0,049);the importance of the speech therapist for swallowing evaluation (p=0,001).The professionals of the hospital B have demonstrated better practices for hand hygiene, the frequency of it , the habit of changing gloves to each patient (p=0,003); to manipulate medicines (p=0,000), to manipulate food and probes (p=0,033).The cleaning and changing of equipaments that envolve secretions also more frequent in the hospital B. Independently of institution, the oral hygiene is little done by the nursing staff, staying in responsibility of relatives, caregivers or the patient himself. About swallowing problems, few professionals are capable to notice and report. It has been concluded that the hospital which presents less turnover of professionals and the one that has a Commission of Permanent Education has shown more knowledge and better practices on prevention of Acquired Pneumonia in hospital environment. It's necessary to strengthen the practices of permanent education in both institutions.

Descriptors Nursing Practice; Hospital Nursing Service; Hospital Infection; Pneumonia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Higienização simples das mãos 27

Figura 2. Fricção das mãos com preparações alcóolicas 28

Figura 3. Higienização e fricção anti-séptica das mãos..... 29

Figura 4. Distribuição da equipe de enfermagem por alas no Hospital A 37

Figura 5. Distribuição da equipe de enfermagem por alas no Hospital B..... 38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Potencialidades e fragilidades apontadas pelos profissionais de enfermagem em relação as medidas preventivas à Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar. Serra Catarinense, 2017 66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados Sócio-demográficos e perfil em relação à formação e atuação da Equipe de Enfermagem do Hospital A e do Hospital B. Serra Catarinense, Brasil, 2016 48

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais da enfermagem sobre conceito de pneumonia hospitalar e fatores assistenciais relacionados a prevenção das Pneumonias Hospitalares. Serra Catarinense, Brasil, 2016..... 50

Tabela 3. Atitudes, práticas dos profissionais da enfermagem em relação a higienização das mãos e uso de luvas durante a assistência aos pacientes. Serra Catarinense, 2016..... 54

Tabela 4. Atitudes, práticas dos profissionais da enfermagem em relação a outros fatores assistenciais relacionados a prevenção das Pneumonias Hospitalares 56

LISTAS DE ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EP – Educação Permanente
EPI – Equipamento de Proteção Individual
Et al – Et alii
HH – Hand Higyene
HM – Higienização das Mãos
HO – Hligienização Oral
HP – Hospital Pneumonia
IH – Infecção Hospitalar
IGN – Ignorado
IRAS – Infecção Relacionada a Assistência à Saúde
IRPR – Indicador de Avaliação da Adesão às Medidas de Prevenção e Controle de Pneumonia em Pacientes de Alto Risco
MS – Ministério da Saúde
PAH – Pneumonia Adquirida no Hospital
PAV – Pneumonia Associada à Ventilação
PH – Pneumonia Hospitalar
PNM – Pneumonia
SPSS – Statistical Package for Social Sciences (Programa Estatístico para Ciências Sociais)
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 15

2 OBJETIVOS..... 19

2.1 OBJETIVO GERAL 19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 19

3 REVISÃO DE LITERATURA 21

3.1 PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR ... 21
3.2 FATORES DE RISCO 22
3.3 MEDIDAS PREVENTIVAS 24
3.4 CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM RELAÇÃO ÁS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS PNEUMONIAS HOSPITALARES 31

4 METODOLOGIA..... 35

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 35
4.2 LOCAL DO ESTUDO 35
4.2.1 Caracterização dos hospitais 35
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO 36
4.3.1 Critérios de inclusão 36
4.3.2 Critérios de exclusão 36
4.4 COLETA DE DADOS 39
4.4.1 Instrumento de coleta de dados 40
4.5 ANÁLISE DOS DADOS..... 41

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 43

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 65

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 71

ANEXOS..... 79

Anexo 1 – Documento de Aprovação no CEP 79

APÊNDICES..... 83

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 83
Apêndice 2 – Questionário 86

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) consistem, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em eventos adversos que elevam as taxas de morbidade e mortalidade, o tempo de internação hospitalar e os custos nos cuidados com os pacientes nos serviços de saúde do país (CÂNDIDO *et al*., 2013).

Em 27 de agosto de 1992, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº 930 a qual determinava que todos os hospitais deveriam criar um Programa de Controle de Infecção Hospitalar, prevenindo o controle de infecções (BRASIL, 2013).

No ano de 1847, na Hungria, o médico-obstetra Ignaz P. Semmelweiss defendeu e incorporou a prática da lavagem de mãos como atitude obrigatória dos enfermeiros e médicos, iniciativa que conseguiu reduzir a taxa de mortalidade de pacientes de 18% para 1,5 %. Visando a conscientização dos profissionais de saúde e a diminuição da incidência de óbitos provocados pelo problema, em 15 de maio de 1999, o Ministério da Saúde decretou o Dia Nacional do Controle de Infecção Hospitalar. Desde então, o procedimento de higienização das mãos passou a ser considerada a ação mais importante na prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência à saúde (BRASIL, 2016).

A Portaria do Ministério da Saúde (MS) Nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, defini a Segurança do Paciente como a "redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde". Neste contexto, as medidas de prevenção das infecções hospitalares são fatores importantes para a segurança do paciente e objetivam evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões ocasionadas durante a assistência hospitalar (BRASIL, 2013a).

A pneumonia é uma doença comum que afeta aproximadamente 450 milhões de pessoas anualmente em todo o mundo, sendo que destas em torno de quatro milhões vão a óbito. Estes índices a tornam, uma das principais causas de morte entre todas as faixas etárias, 7% do total anual do mundo. Sua ocorrência é maior em países em desenvolvimento e afeta em sua maioria crianças menores de cinco anos, e adultos com mais de 65 anos de idade (RUUSKANEN *et al*., 2011)

No Brasil, não há uma estatística nacional que revele a real

magnitude do problema, pois, não há uma coleta de dados sistemática e padronizada em todos os estados da federação (LACERDA, 2000; BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva, a Infecção Hospitalar (IH) representa importante problema de saúde pública no Brasil e constitui risco à saúde dos usuários dos hospitais. Por isso, a prevenção e o controle das IH dependem, em grande parte, da adesão dos profissionais da área da saúde às medidas preventivas. A Pneumonia Hospitalar desenvolve-se 48h após a hospitalização e envolve a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), a pneumonia pós operatória e a que é desencadeada em pacientes extremamente enfermos, geralmente por aspiração de patógenos como os bacilos Gram-negativos e o Staphylococcus aureus (LACERDA *et al*., 2003; SETHI; MURPHY, 2008).

Dentre as infecções relacionadas à saúde (IRAS) merecerá destaque no presente estudo a investigação em relação à pneumonia adquirida no ambiente hospitalar, a qual segundo Amaral *et al*., (2009) é a segunda infecção mais frequente e a causa mais comum de morte entre as infecções hospitalares. Caracteriza-se por ser uma infecção aguda dos pulmões, que pode produzir sinais e sintomas respiratórios, como tosse, respiração curta e rápida, secreção, febre, fadiga dores no peito, musculares e inapetência (SCANNAPIECO; SHAY, 2015).

A pneumonia pode ser dividida em duas categorias: pneumonias adquiridas na comunidade, ou seja, fora de ambiente do hospital e, as pneumonias hospitalares adquiridas no ambiente hospitalar, também denominadas nosocomiais, que representam as infecções do trato respiratório inferior, diagnosticadas após 48 horas da internação do paciente não estando presente nem incubada anteriormente à data da internação (SCANNAPIECO, 2006; PINHEIRO *et al*., 2007).

Dentre as pneumonias nosocomiais, a mais comum é a Pneumonia Adquirida por Ventilação (PAV), que ocorrem em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, após a intubação orotraqueal e/ou a submissão do paciente ao uso de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) (CARVALHO, 2006; SOUZA; SANTANA, 2010).

Na pesquisa realizada nas bases de dados como *Pubmed, Lilacs, Medline, Bireme e Scielo*, encontrou-se inúmeros trabalhos relacionados à medidas preventivas, à prática e ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre as pneumonias associadas à ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva (POMBO *et al*.,2010; DA CRUZ *et al*., 2011; DA SILVA *et al*.,2014; CARDOSO, 2015; ZHANG; DUAN, 2015). Entretanto, não se encontrou estudos sobre medidas preventivas, prática e conhecimento dos profissionais de saúde em relação a

pneumonia adquirida no ambiente hospitalar não associada à ventilação mecânica. O único estudo encontrado relacionado a prevenção de pneumonia adquirida em ambiente hospitalar em pacientes não ventilados, é uma revisão de literatura em que vários guias internacionais de prevenção à pneumonia foram revisados (PÁSSARO *et al*., 2016)

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para Tratamento das Pneumonias Adquiridas no Hospital e das Associadas à Ventilação Mecânica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007) a Pneumonia Hospitalar, quando não relacionada à intubação endotraqueal e nem a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), geralmente é tratada na unidade de internação (enfermaria/apartamento). Entretanto, quando se apresenta ou evolui de forma grave, pode ser encaminhada para tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A pneumonia hospitalar é uma afecção que compromete uma função vital, ou seja, a da respiração adequada e que, persistem nos serviços de saúde, causando morbidades, alto custos aos hospitais e risco de morte, consequentemente, sua prevenção auxiliaria na diminuição dos custos hospitalares e no risco de comorbidades e óbitos.

Neste interim, como Fonoaudióloga formada há 18 anos e atuante no serviço hospitalar público e privado, observo que há carência nas práticas de medidas preventivas das pneumonias hospitalares fora da Unidade de Terapia Intensiva. Portanto, considero relevante direcionar o olhar para os setores/alas de internação dos hospitais. Neste ambiente, o cuidado da equipe de enfermagem está vinculado principalmente, devido à escassez de tempo e a grande demanda de pacientes, às ações medicamentosas e, por isso, as práticas preventivas das infecções, em especial das pneumonias, podem passar despercebidas.

Nessa perspectiva o presente estudo se insere no grupo de pesquisa "Grupos de Estudo na Assistência à Saúde" da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), vinculado a uma linha de pesquisa que aborda o tema "Segurança do Paciente" tendo duas dissertações já concluídas e mais uma em andamento[1].

---

[1] SARTOR, G. D.; SILVA, B.; MASIERO, A. V. PATIENT SAFETY IN LARGE-SIZED HOSPITALS: PANORAMA AND CHALLENGES. Cogitare Enfermagem, v. 21, p. 01-08-08, 2016.

ANTUNES, A. P. S. Análise da Percepção de Risco dos Profissionais de uma Instituição Hospitalar da Serra Catarinense: Infecções Relacionadas à

Considerando o importante papel dos profissionais de saúde com a segurança do paciente elabora-se como pergunta de pesquisa: Qual o conhecimento e práticas dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam nos setores/alas de internação acerca das medidas de prevenção da pneumonia adquirida em ambiente hospitalar?

Assistência a Saúde. 2015. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) - Universidade do Planalto Catarinense.

BRANCO, V. P. S. Tradução e adaptação à língua portuguesa do instrumento Health Professional Education in Patient Safety Survey. Projeto de Dissertação. Mestrado em Ambiente e Saúde. 2016.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o conhecimento e as práticas da equipe de enfermagem acerca das medidas de prevenção da pneumonia adquirida em ambiente hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam nos setores/alas de internação;
- Identificar potencialidades e fragilidades dos setores descritos pela equipe de enfermagem em relação à prevenção da Pneumonia adquirida em ambiente hospitalar
- Relacionar os dados acerca do conhecimento e das práticas dos profissionais da equipe de enfermagem de ambos os hospitais com relação às medidas de prevenção da pneumonia nos setores/alas, em pacientes que não estão sob ventilação mecânica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir será apresentada a revisão de literatura referente ao tema descrito. Destaca-se que a revisão teve como base os trabalhos sobre medidas preventivas realizadas dentro das Unidades de Terapia Intensiva, considerando a escassez de estudos desenvolvidos em outros ambientes hospitalares. Buscou-se artigos científicos nas bases de dados *Pubmed, Lilacs, Medline, Bireme* e *Scielo* no Google Acadêmico, dentro do período do ano de 2000 até 2016. Cerca de 280 artigos foram encontrados e destes, somente 67 foram utilizados como base para desenvolver a pesquisa, pois se enquadravam dentro do proposto. Os descritores utilizados foram: Conhecimento e práticas, enfermagem, medidas preventivas, pneumonia adquirida e ambiente hospitalar.

Diante dos fatos, observou-se o ineditismo da pesquisa visto que não há trabalhos encontrados neste período sobre o conhecimento e as práticas dos profissionais da enfermagem com relação as medidas preventivas para evitar o desenvolvimento de pneumonia adquirida em outros setores do ambiente hospitalar.

3.1 PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

A pneumonia hospitalar, também denominada nosocomial, é a infecção que mais acomete pacientes internados, sendo a segunda principal infecção hospitalar em UTI quando associada à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). É um processo inflamatório infeccioso que ocorrem em decorrência do ambiente hospitalar, independente de ventilação mecânica. Está associada à elevada morbidade (10 a 30%) e mortalidade (25%) propiciando alto custo hospitalar (SANTOS *et al*., 2008; NOGUEIRA *et al*., 2009; HARINGER, 2009; FILE JR.; MARRIE, 2010; RUFINO *et al*., 2010). Ainda, é considerada a causa mais habitual de morte entre as infecções adquiridas no ambiente hospitalar (CAVALCANTI *et al*., 2005; GUIMARÃES; ROCCO, 2006; WEBER *et al*., 2007).

A infecção hospitalar pode ser classificada em quatro categorias: a) Infecção endógena: quando origina-se dos microorganismos do próprio paciente, geralmente imunodeprimido; b) infecção exógena: quando o paciente a adquire por contaminação; c) infecção cruzada: quando transmitida de paciente para paciente pelos profissionais de

saúde; d) infecção inter hospitalar: quando levadas de um hospital para outro com a transferência, alta e/ou internações subseqüentes do mesmo paciente, em diferentes instituições (MARQUES *et al*., 2000).

3.2 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco que favorecem o desenvolvimento da pneumonia hospitalar de acordo com o Guia Prático de Prevenção das Infecções Adquiridas no Hospital elaborado pelo *World Health Organization - WHO* (DUCEL *et al*., 2002) e no *Guidelines for Preventing Health Care Associated Pneumonia* (TABLAN, 2003) são os relacionados:

- Ao hospedeiro: idade do paciente, gravidade da doença, imunodepressão, imunossupressão e desnutrição; colonização da orofaringe e estômago pela hipocloridria; uso de antimicrobianos; admissão na UTI; presença de doença de base como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), entre outros;
- Aos equipamentos respiratórios: uso prolongado de Ventilação Mecânica e pelo material de terapia respiratória contaminado;
- À transmissão de bactérias: contaminação por via manual através das mãos dos profissionais atuantes;
- À aspiração e refluxo gastro-esofágico: estes associados com a presença de disfagia, nível de consciência do paciente, intubação orotraqueal, uso de sondas enterais, cirurgias abdominais e de cabeça-pescoço, e com a imobilização e posição supina do paciente por tempo prolongado.

Zhang e Duan (2015) constataram em um estudo observacional prospectivo em pacientes que foram submetidos à ventilação não invasiva em UTI (ex: uso de cateter nasal) que estes pacientes obtiveram menor incidência de pneumonia hospitalar em comparação com os submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), pois, de acordo com Sethi e Murphy (2008) a intubação endotraqueal com respiração artificial mecânica representa um elevado risco para desenvolvimento de PAV, pois a intubação por si, rompe as defesas das vias respiratórias, compromete a tosse, a deglutição e facilita a microaspiração de secreções repletas de bactérias, as quais também podem formar um biofilme sobre e dentro do tubo endotraqueal, facilitando sua proteção contra antibióticos e contra as defesas do hospedeiro.

Os micro-organismos responsáveis pelas IRAS podem ser vírus, fungos, parasitas e, mais frequentemente, bactérias. As IRAS podem ser causadas por micro-organismos já presentes na pele e na mucosa do paciente ou chamadas endógenas, por micro-organismos transmitidos a partir de outro paciente, profissional de saúde ou pelo ambiente circundante, também denominadas de exógenas (BRASIL, 2007).

Para o desenvolvimento de Pneumonia Adquirida em Hospital (PAH), há a necessidade de que os patógenos alcancem o trato respiratório inferior e sejam capazes de vencer os mecanismos de defesa do sistema respiratório como o reflexo glótico e da tosse, o sistema de transporte mucociliar, os anticorpos, os leucócitos polimorfonucleares, os macrófagos e os linfócitos (MASTERTON *et al*., 2008).

As bactérias não são as únicas causadoras das infecções hospitalar, outros fatores de risco estão envolvidos e, devem ser reconhecidos e considerados como a existência de comorbidades relacionadas, os distúrbios que afetam o controle neurológico da deglutição e respiração, pois, favorecem a aspiração das bactérias da região bucal e/ou orofaríngea, e também a má higienização bucal (DE OLIVEIRA *et al*., 2011)

O ambiente hospitalar oferece agentes infecciosos variados e muito resistentes, dentre eles estão as principais bactérias causadoras de infecção hospitalar: *Klebsiella Pneumoniae; Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase; Pseudômonas Aeruginosa; Staphylococcus Epidermidis e Staphylococcus Aureus,* sendo esta bactéria responsável por 30% dos casos de infecção hospitalar (SAMPAIO *et al*., 2013).

Um estudo desenvolvido por Gnatta *et al*., (2014), teve como objetivo avaliar a incidência e características de pneumonias hospitalares em pacientes cirúrgicos. O estudo analisou 47 episódios de pneumonia hospitalar ocorridos no período de 2008 a 2010 cujo diagnóstico foi realizado pela enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar seguindo os critérios do *Centers for Diseases Control and Prevention*. Os resultados apontaram que as pneumonias foram frequentes em pacientes idosos e houve alta taxa de letalidade, sendo que foram constatados como fatores de risco associados ao desenvolvimento das pneumonias: o uso de sonda nasogástrica ou nasoenteral, a presença de outra infecção, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e tabagismo. Os autores sugerem que os pacientes cirúrgicos que apresentam essas características devem receber atenção especial no que se refere a medidas de prevenção de pneumonias, como controle de dor pós-operatória, retirada precoce de

sondas, fisioterapia respiratória e estímulo à deambulação precoce.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonias hospitalares, merecem destaque: a idade acima de 70 anos; desnutrição; doenças de base; nível de consciência rebaixado; uso de ventilação mecânica; manipulação do paciente sem higienização das mãos pela equipe de profissionais; doenças cardiológicas e pulmonares; traumas graves; transporte do paciente dentro do próprio ambiente hospitalar; uso prolongado de sondas enterais; necessidade de intubação ou reintubação orotraqueal; traqueostomia; macro ou microaspirações de secreções traqueobrônquicas; uso prévio de antimicrobianos; permanência na posição supina; broncoscopia e broncoaspiração de micro-organismos da orofaringe; ausência ou higiene oral inadequada e transferência de patógenos entre pacientes, ou entre estes e os profissionais de saúde e, presença de disfagia (PINHEIRO *et al*., 2007; PACE; MCCULLOUGH, 2010; SPELBERG; TALBOT, 2010; PADOVANI *et al*., 2013; SCANNAPIECO; SHAY 2015).

Conforme relata Batista *et al*., (2014), em uma revisão de literatura sobre as alterações orais encontradas em pacientes de UTI, relatam que dois fatores foram associados de forma significativa com o risco de desenvolver pneumonia por aspiração mecânica: a higiene oral inadequada e a disfagia.

A disfagia é um transtorno da deglutição, que dificulta ou impossibilita a ingestão segura de alimento e/ou saliva, podendo provocar complicações ao quadro clínico do paciente, como desidratação, desnutrição, alterações respiratórias como a pneumonia aspirativa e óbito. Caracteriza-se por ser um sintoma decorrente de causas neurológicas, estruturais ou psicogênicas, que denota problemas envolvendo a cavidade oral, a faringe, o esôfago ou a transição esofagogástrica, podendo resultar na entrada de alimento na via aérea, causando tosse, sufocação, asfixia, problemas pulmonares e aspiração (SOUZA *et al*., 2003; PRODOMO, 2010; CHAVES *et al*., 2011).

3.3 MEDIDAS PREVENTIVAS

As medidas utilizadas para a prevenção das pneumonias nosocomiais nos setores /alas hospitalares destacadas neste estudo foram: a remoção das sondas enterais e vesicais, a posição do paciente no leito durante o repouso e situações de alimentação, a lavagem adequada das mãos, os hábitos de higienização oral, o uso de equipamentos de proteção individual, a lavagem adequada dos

equipamentos ventilatórios, a adequação do ambiente hospitalar com relação a estrutura física e uso de materiais, a capacidade de percepção das limitações do paciente e o reconhecimento e solicitação da avaliação do Fonoaudiólogo nos casos das disfagias, assim como da necessidade de aperfeiçoamento constante em educação em saúde (PACE *et al*, 2010; DE OLIVEIRA *et al*., 2011; PADOVANI *et al*., 2013; BARROS *et al*., 2015;).

A remoção de sondas é uma medida eficaz na prevenção das pneumonias hospitalares, pois, a utilização prolongada destas órteses favorece a proliferação de microorganismos patogênicos aumentando o risco de infecções. A sonda nasoenteral recebe esta denominação por ser passada através do nariz do paciente como via de acesso ao duodeno ou ao jejuno do paciente, porções terminais do intestino delgado e, é indicada para pacientes impossibilitados de deglutir. Quando passada pela boca denomina-se sonda oroenteral. A sonda nasogástrica ou orogástrica: é uma sonda colocada pelo nariz ou pela boca respectivamente, que chega até o estômago para fornecimento de alimentação específica. Há ainda as sondas de Gastrostomia ou Jejunostomia, colocadas no paciente por procedimento cirúrgico para fins alimentares, sendo que, um orifício artificial é criado na altura do estômago (gastrostomia) ou na altura do jejuno (jejunostomia). Este orifício cria uma ligação direta do meio externo com o meio interno do paciente. A cirurgia é realizada em pacientes que perderam, temporária ou definitivamente, a capacidade de deglutir os alimentos, tanto em consequência de lesões cerebrais graves ou transtornos do trato gastrointestinal superior (DE OLIVEIRA *et al*., 2011; PADOVANI *et al*., 2013; BARROS *et al*.,2015;)

A sonda vesical consiste na introdução de um tubo de plástico ou de borracha na bexiga, pela uretra, assegurando a eliminação contínua de urina no paciente que for incapaz de controlar a micção ou que apresentar obstrução ao fluxo urinário (DE FARIAS *et al*., 2015; MAZZO *et al*., 2015).

Outra medida preventiva refere-se a posição do paciente no leito. A posição supina (0°) predispõe à aspiração e ao desenvolvimento de pneumonia adquirida. Os pacientes devem ser mantidos durante o repouso ou enquanto recebem alimentação enteral em posição semi sentada (30-45°) para prevenir aspiração e para favorecer uma melhor oxigenação pulmonar e, sentados (90º) se estiverem recebendo alimentação por via oral, ou seja, pela boca contribuem para a redução da prevalência de infecções hospitalares (THINENA; MORAESB,

2013; BRASIL, 2015).

As mãos dos profissionais de saúde são o veículo para a transmissão de micro-organismos a partir da fonte para o paciente, mas os próprios pacientes podem também ser a fonte. Na falta de higiene manual, quanto maior o tempo de atendimento, maior é o grau de contaminação das mãos e dos riscos potenciais para a segurança do paciente. Geralmente, os micro-organismos são transmitidos de um paciente para outro, de um sítio anatômico para o outro, do corpo e do ambiente para o paciente ou vice-versa, durante o atendimento ao paciente principalmente através das mãos (BARROS *et al*., 2015).

A higienização das mãos se refere a qualquer ação de limpeza das mãos. Envolve a fricção das mãos com preparação alcoólica a 70% ou higiene das mãos com água e sabonete (líquido ou espuma), medida preventiva considera como padrão-ouro para reduzir ou inibir o crescimento de microorganismos no ambiente hospitalar. A indicação para a higienização das mãos é apenas ter motivo para uma ação onde o uso das mãos limpas é fundamental, ou seja, durante as atividades assistenciais, para interromper a transmissão de micro-organismos; antes e depois de ir ao banheiro; antes e depois de manipular medicamentos, equipamentos e instrumentos para a realização de procedimentos; antes e depois de manipular o próprio paciente e os alimentos, pessoais e do paciente (PITTET; BONTEN, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007; DA CRUZ *et al*., 2011; BRASIL, 2013;SILVA *et al*., 2015);

As formas adequadas de higienização das mãos são:

1. Lavagem Simples das mãos: tem a finalidade de remover os microorganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, o suor, as impurezas, a oleosidade, as células mortas e toda a sujeita que pode levar à proliferação de patógenos.
2. Fricção das mãos: Aplicação de uma preparação antisséptica para a higiene das mãos afim de reduzir ou inibir o crescimento de microorganismos sem a necessidade de uma fonte exógena de água e que não exige enxague ou secagem com toalhas ou outros dispositivos. Neste caso pode-se utilizar uma preparação alcoólica para a higiene das mãos com alcoól a 70% de forma líquida, gel ou espuma, destinada à aplicação nas mãos que tem o objetivo de inativar micro-organismos e/ou temporariamente suprimir sua multiplicação.
3. A higienização anti séptica das mãos deve ser utilizada nos casos de precaução de contato com pacientes portadores de microorganismos multirresistentes e nos casos de surtos, antes

de qualquer procedimento cirúrgico e antes da realização de procedimentos invasivos. Deve-se usar escovas descartáveis para lavagem das unhas com cerdas macias e soluções degermantes para lavar as mãos e os antebraços (PITTET; BONTEN, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007; DA CRUZ *et al*., 2011; SILVA *et al*., 2015; BRASIL, 2013).

Figura 1. Higienização simples das mãos
Fonte: ANVISA. Manual de Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2007.

Figura 2. Fricção das mãos com preparações alcóolicas
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, Brasília, 2013.

HIGIENIZAÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS

FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS (COM PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS)

Álcool Gel ou Álcool Glicerinado

Reduz a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização do gel alcoólico a 70% ou da solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Duração do Procedimento: 20 a 30 segundos.

AGENTES ANTI-SÉPTICOS

Grupo	Bactérias Gram-positivas	Bactérias Gram-negativas	Micobactérias	Fungos	Vírus	Velocidade de ação	Comentários
Álcools	+++	+++	+++	+++	+++	Rápida	Concentração ótima: 70%; não apresenta efeito residual
Clorexidina (2% ou 4%)	+++	++	+	+	+++	Intermediária	Apresenta efeito residual; raras reações alérgicas
Compostos de iodo	+++	+++	+++	++	+++	Intermediária	Causa queimaduras na pele; internas usando soluções na higienização anti-séptica das mãos
Iodóforos	+++	---	+	--	--	Intermediária	Interação de pele inanimada que a de compostos de iodo; apresenta efeito residual; antes utilizados como tal
Triclosan	+++	++	+	-	+++	Intermediária	Aceitabilidade variável para as mãos

FINALIDADE DO PROCEDIMENTO

Promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um anti-séptico.

ANTI-SEPSIA CIRÚRGICA OU PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DAS MÃOS

Figura 3. Higienização e fricção anti-séptica das mãos
Fonte: ANVISA. Manual de Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2007.

Infelizmente grande parte dos profissionais de saúde ainda não seguem as recomendações preventivas de forma adequada, como por exemplo, a higienização das mãos, sendo que os principais motivos relatados pelos profissionais a não aderência desta prática são: Irritação e ressecamento da pele das mãos; falta de sabão e papel toalha; excesso de trabalho; as necessidades do paciente, como prioridade; a falta de conhecimento ou descrença quanto ao valor desta ação; a ausência de exemplos de colegas ou superiores e a carência de informação científica, assim como, pela falta de ergonomia no local de trabalho com relação à colocação de pias, as quais deveriam ser localizadas ao lado do leito dos pacientes. Pois assim, facilitariam as práticas de higienização e auxiliariam na redução dos riscos de infecção hospitalar (PITTET; BOTEN, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007; FILE JR.; MARRIE, 2010; BRASIL, 2015; FERNANDA; FREITAS, 2015).

A internação em unidades hospitalares pode provocar alterações orais, também consideradas como fatores de risco para o aparecimento das pneumonias. A higiene bucal deficiente pode provocar a ocorrência destas afecções, pois o biofilme dentário pode servir como reservatório de micro-organismos patogênicos. A prevenção se dá através da escovação (recurso mecânico) associado ao uso de clorexidina em 0,12% (recurso químico) que atua como antisséptico eficaz no controle da placa bacteriana e na prevenção das doenças gengivais, tendo ação antisséptica para os microorganismos gram positivos que são: Bacilos, Estreptococos, Estafilococos, ex: *Staphylococcus Aureus* - que provoca infecções nas vias respiratórias; *Streptococcus Pneumoniae* – que desencadeia infecção pulmonar; Ainda tem ação contra os gram negativos sendo que as principais são: *Pseudomonas Aeruginosas* – que provoca infecções urinárias e respiratórias, contribuindo para a diminuição dos casos de pneumonia hospitalar (LABEAU *et al*., 2011; LORENTE *et al*., 2012; BATISTA *et al*., 2015; BRASIL, 2015; VILELA *et al*., 2015; ZHANG *et al*., 2015).

De Oliveira *et al*., (2011), em um estudo de caso-controle com 211 indivíduos internados em UTI de um hospital público na Bahia, buscaram identificar os fatores associados à pneumonia hospitalar e os resultados mostraram que, fatores de risco como a hipertensão, o tempo de internamento prolongado, a ausência do uso de fio dental e enxaguatório bucal estão associados a ocorrência das pneumonias hospitalares. Concluíram ainda que fatores que afetam o controle neurológico da deglutição e da do respiração favorecem a aspiração de bactérias bucais ou de secreções orofaríngeas

O único estudo encontrado sobre prevenção da pneumonia em pacientes não ventilado é uma revisão narrativa publicada por Pássaro *et al*. 2016. O estudo avaliou os guias/protocolos de associações de profissionais de saúde de diferentes países em relação as medidas preventivas para o desenvolvimento da pneumonia adquirida em ambiente hospitalar. Os resultados mostram que de 14 guias, muitas medidas são recomendadas para a prevenção da pneumonia adquirida por ventilação mecânica. Entretanto, não encontrou em nenhuma delas recomendações para a prevenção da PH em pacientes não ventilados.

3.4 CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM RELAÇÃO ÁS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS PNEUMONIAS HOSPITALARES

Marques *et al*., (2000), mencionam que é necessário a conscientização plena dos envolvidos e que obstáculos como a falta de conhecimento técnico e do cumprimento adequado das medidas preventivas acarreta em prejuízos físicos ao paciente, aos profissionais e à instituição. Portanto, faz-se necessário a ampla cooperação da equipe nos cuidados com o paciente a fim de evitar a disseminação dos agentes infecciosas e a incidência de novos casos.

No guia prático de prevenção das infecções adquiridas no hospital, Ducel *et al*., (2002), especificam que a prevenção das infecções hospitalares é responsabilidade de todos os indivíduos que trabalham e promovem serviços de cuidados com a saúde. Ainda, apontam que os programas de controle de infecções desenvolvidos pelos hospitais servem como suporte para auxiliar e facilitar a aplicabilidade das práticas preventivas.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica, a vigilância efetiva de pacientes de alto risco, o investimento na formação e educação permanente dos profissionais de saúde, as técnicas de isolamento e as práticas efetivas das medidas preventivas como a lavagem das mãos, entre outras, formam os pilares fundamentais para a prevenção das pneumonias hospitalares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

Masterton *et al*., (2008) recomendam que a lavagem das mãos, a posição do paciente no leito, o acompanhamento e controle das infecções hospitalares pela comissão de controle de infecção hospitalar

(CCIH), o uso e controle de antibióticos adequados, entre outras medidas, é de total importância para a prevenção das pneumonias e, que há a necessidade de novas pesquisas que ajudem a melhorar a aplicabilidade dessas medidas preventivas e a conscientização da importância que as mesmas exercem dentro do ambiente hospitalar.

Souza *et al*., (2003) relatam que a equipe de enfermagem, geralmente são os primeiros profissionais a identificarem os sinais e sintomas de disfagia, sendo considerados os profissionais responsáveis pela assistência ao paciente durante a oferta da dieta, seja pela via oral ou pelas sondas. Os mesmos também são incumbidos pela higienização oral, por isso, necessitam conhecer e aplicar corretamente as orientações e recomendações feitas pelo Fonoaudiológo.

O Fonoaudiólogo é o profissional legalmente habilitado para realizar a avaliação, diagnóstico e tratamento das disfagias orofaríngeas. Ainda está apto para gerenciar, elaborar e conduzir os procedimentos relativos à oferta da dieta e, orientar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos com risco para a disfagia. Portanto, justifica-se a necessidade do conhecimento da atuação deste profissional e da necessidade de sua solicitação mediante casos de disfagia a fim de evitar aspirações (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2008).

Pombo *et al*. (2010) realizaram um estudo com 338 profissionais de saúde nas UTIs de dois hospitais públicos e identificaram que é expressiva a quantidade de profissionais de saúde como os auxiliares de enfermagem, atuando nas Unidades de Terapia Intensiva, com pouco preparo com relação as formas de prevenção de PAV. Médicos, fisioterapeutas e enfermeiros obtiveram os melhores conceitos, enquanto que os auxiliares obtiveram os piores. Ou seja, os profissionais que estão diretamente relacionados com a higiene dos pacientes com VM na UTI são os que menos sabem sobre as patologias e como preveni-las, demonstrando, dessa forma, a necessidade de educação permanente nesse tema.

Um estudo de Da Silva *et al*., (2011) objetivou avaliar a qualidade da assistência à saúde quanto ao uso das medidas de prevenção e controle de PNM em UTI cuja amostra correspondeu a 839 observações de pacientes em assistência ventilatória invasiva, no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010, utilizando-se o Indicador de Avaliação da Adesão às Medidas de Prevenção e Controle de Pneumonia em Pacientes de Alto Risco (IRPR). Constatou-se que há a necessidade de incorporar nos protocolos já existentes e, de se avaliar as medidas simples de prevenção da pneumonia como: a adesão à lavagem das mãos pelos profissionais, a higienização da cavidade oral

de forma mecânica e com antissépticos, a cabeceira do leito elevada entre trinta graus (30º) e quarenta e cinco graus (45°) no repouso e em noventa graus (90°) durante a alimentação por via oral ou via sondas e, o risco de aspiração pulmonar de substâncias por problemas de deglutição, denominados de disfagia.

Um estudo que diverge da maioria, é o estudo de Silva *et al* (2012) no qual os autores identificaram que os profissionais possuíam conhecimento sobre o cuidado de Prevenção a PAV. A diferença está em que os profissionais participaram da construção coletiva de um *Bundle* de prevenção à PAV.

As medidas de prevenção, independente da unidade setorial onde o paciente está alocado, devem ser conhecidas pelos profissionais da equipe de cuidados diários, geralmente compostas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, os quais atuam diretamente com o enfermo crítico, aquele que depende de auxílio para as atividades de vida diária ou o não crítico, ou seja, aquele que é autônomo em suas funções, portanto, há urgência em se enfatizar a conscientização dos profissionais na busca de um atendimento de excelência para com o paciente, visando prevenir e minimizar a ocorrência das pneumonias hospitalares (DA SILVA *et al*., 2014).

Nepomuceno *et al*., (2014) em estudo de revisão de literatura nas bases *Lilacs, Scielo, Medline e Bireme*, objetivaram sintetizar publicações e avaliar criticamente os fatores de risco modificáveis (aqueles inerentes aos cuidados relacionados à assistência à saúde) para a pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva em paciente internados em UTI e os resultados encontrados mostraram o uso inadequado e indiscriminado de antibióticos, a falta de conhecimento sobre a microbiota encontrada na UTI e a não adesão da equipe de saúde às medidas preventivas, surgindo então a necessidade de se trabalhar o conhecimento com estes profissionais através da divulgação aos mesmos sobre os fatores de risco encontrados, afim de propiciar ações diretas, prevenir e controlar a ocorrência das pneumonias

Faz-se necessário que os profissionais da saúde, de modo geral e especialmente aqueles que entram em contato direto com pacientes conheçam os equipamentos de proteção individual (EPI), utensílios que devem ser utilizados e considerados como uma medida preventiva fundamental para a proteção do profissional e do paciente. Um dos mais importantes é o uso de luvas de látex ou silicone, estéreis ou não, as quais devem ser utilizadas para manipular o paciente, administrar medicamentos, oferecer alimentos e ao entrar em contato com

substâncias corpóreas e superfícies contaminadas, assim como no manuseio de aparelhos, utensílios e materiais para procedimentos. As luvas devem ser trocadas sempre de paciente para paciente e só devem ser calçadas após a higienização das mãos. Quando o profissional estiver de luvas o mesmo deve evitar tocar superfícies e materiais como maçanetas, telefones, entre outros, pois, poderá contaminar a luva e posteriormente o paciente (BRASIL, 2015; DE OLIVEIRA, 2015).

Cioatto e Zanella (2015) em estudo sobre o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da assistência ao paciente disfágico relatam que a maioria dos enfermeiros pesquisados apresenta conhecimento satisfatório sobre a disfagia, suas causas e consequências, e reconhecem a necessidade do Fonoaudiólogo para diagnosticar os pacientes, conduzir e orientar as ações da equipe de saúde com relação às práticas alimentares.

Segundo Vasco *et al*., (2015), é de fundamental importância educar a equipe de saúde, pois a mesma desempenha um importante papel na prevenção das infecções hospitalares, portanto, faz-se necessário que a mesma conheça e realize a correta aplicação das medidas preventivas propostas, registre sua prática em prontuário, modifique, se necessário, hábitos e atitudes e, realize treinamento e aperfeiçoamento constantes em educação assistencial.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo caracterizou-se como um estudo transversal, quantitativo, observacional descritivo, aprovado pelo comitê de ética da UNIPLAC sobre protocolo nº 1623273, CAAE:557261150000015368 (Anexo 1).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais de grande porte, situados em um município da macrorregião da Serra Catarinense. Um de natureza filantrópica (Hospital A) e o outro estadual (Hospital B), ambos possuem convênios firmados junto ao Sistema Único de Saúde e demais planos de saúde suplementar.

4.2.1 Caracterização dos hospitais

Nos dois hospitais o estudo foi realizado em seis (06) setores/alas de internação.

1) Hospital A: Caracteriza-se como instituição hospitalar filantrópica, referência em atendimentos de neurocirurgia e traumas. Comporta em sua estrutura: Setor de Emergência, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Ambulatórios Médicos e 198 leitos divididos em seis (06) setores de internação, em funcionamento. Dos leitos disponíveis, dez (10) pertencem à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O referido hospital possui atualmente 525 funcionários atuantes.

Os seis (06) setores ou alas de internação, incluídos neste estudo não serão caracterizados devido possuírem nomes específicos o que facilitaria sua identificação, então foram denominados de A1; A2; A3; A4; A5 e A6 com a finalidade de não identificar ou estigmatizar algum setor. Alocam pacientes internados pelo sistema único de saúde (SUS) e pelos planos de saúde sendo que: A1 possui 30 leitos; A2 com 28 leitos; A3 com 29 leitos; A4 com 25 leitos; A5 com 24 leitos e A6 com 23 leitos disponíveis.

2) Hospital B: Caracteriza-se como instituição estadual, que atende pacientes do SUS, referência em alta complexidade em cirurgia

bariátrica, maternidade de alto risco, tratamento de queimados e oncologia. De acordo com os dados estatísticos atuais possui 735 funcionários em exercício e, comporta em sua estrutura: o setor de Maternidade e Berçários, Centro Cirúrgico, UTI, Ambulatórios médicos, Ala Cirúrgica, Ala Masculina, Ala Feminina, Ala Oncológica, Setor de Queimados, Ala Clínica Médica e unidades de exames de apoio. Possui 207 leitos em funcionamento sendo que dez (10) leitos pertencem a UTI. Neste estudo foram incluídos seis (06) setores ou alas, denominados respectivamente de: B1; B2; B3; B4; B5 e B6 sendo: B1 com 23 leitos; B2 com 28 leitos; B3 com 26 leitos; B4 com 24 leitos; B5 com 26 leitos e B6 com 20 leitos.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo todos os Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem dos três turnos de trabalho e que atuam diretamente nos cuidados diários dos pacientes dos setores/alas destas instituições.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os profissionais que atuam nos seguintes setores hospitalares:

1) Unidade de terapia Intensiva (UTI) por já haver em andamento outra pesquisa neste setor acerca de pneumonia; Emergência, Centro Cirúrgico e Ambulatórios, por se tratarem de locais de tramitação de pacientes e número oscilante de funcionários;
2) Os demais profissionais do corpo clínico: médicos, fonoaudiólogo, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, pelo fato de não exercerem ações de cuidados diários e nem rotineiros com os pacientes7.

Nos dois hospitais as equipes de enfermagem são divididas por turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno sendo que a equipe varia em termos de números de funcionários por turno, situações de licenças e férias

Durante o tempo de pesquisa os funcionários foram divididos por

setores/alas e turnos de trabalho em esquema de escalas que variam conforme o mês devido às licenças, atestados e férias dos mesmos.

Neste determinado período de tempo havia para cada ala/setor dois (02) enfermeiros, um total de 12, considerando as seis (06) alas. Os técnicos eram em número de setenta (70) e, os auxiliares de enfermagem correspondem a quatorze profissionais (14), os quais são agrupados nas alas conforme necessidade e demanda de pacientes em cada uma. Assim, foi considerado o total dos profissionais elegíveis e não por turno de trabalho, contabilizados ao todo, 96 profissionais

A figura a seguir, apresenta o organograma da distribuição da equipe de enfermagem por alas no Hospital A (Figura 04).

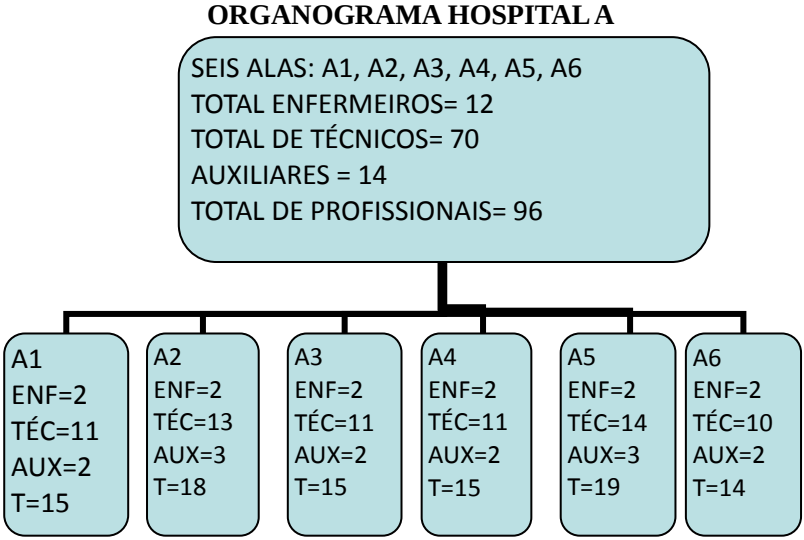

Figura 4. Distribuição da equipe de enfermagem por alas no Hospital A

* LEGENDA: ENF= enfermeiros; TÉC= técnicos; AUX= auxiliares; T= total
Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Cabe salientar que nesta instituição o estudo foi desenvolvido somente em seis setores/alas denominados como: Ala Cirúrgica composta por dois (02) enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem e seis

(06) auxiliares; Ala Masculina composta por quatro (04) enfermeiros, 34 técnicos e 17 auxiliares; Ala feminina com três (03) enfermeiros, seis (06) auxiliares e 18 técnicos de enfermagem; Ala Oncológica com dois (02) enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e três (03) auxiliares de enfermagem; Ala Clínica Médica com dois (02) enfermeiros, 14 técnicos e sete (07) auxiliares e no Setor de Queimados: dois (02) enfermeiros, seis (06) técnicos de enfermagem e quatro (04) auxiliares de enfermagem. Convém salientar que o número de profissionais por ala também pode variar conforme necessidade, demanda de pacientes e devido aos direitos adquiridos de férias, licenças e atestados. Foi considerado para esta pesquisa um total de 159 profissionais, distribuídos conforme abaixo (Figura 5).

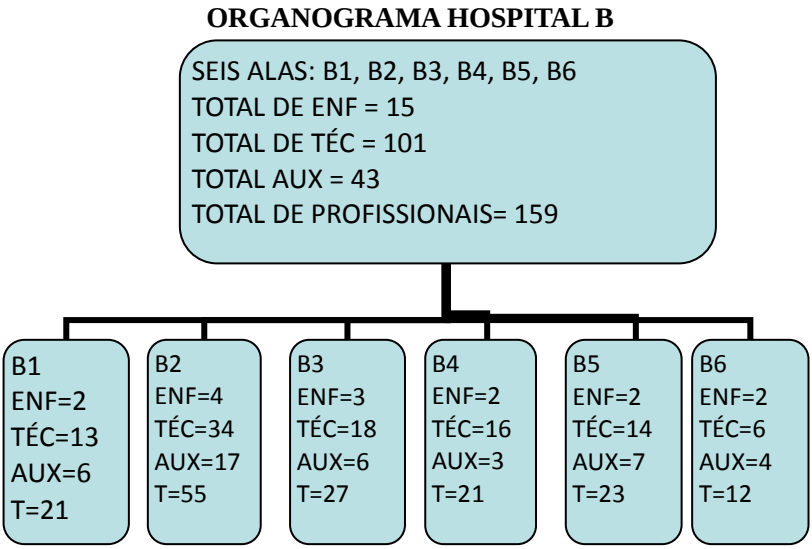

Figura 5. Distribuição da equipe de enfermagem por alas no Hospital B

* LEGENDA: ENF= enfermeiros; TÉC= técnicos; AUX= auxiliares; T= total
Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Portanto, no total dos dois hospitais foram elegíveis 255 profissionais. A amostragem se deu por conveniência, incluindo todos os profissionais que, de livre e espontânea vontade, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitaram participar da pesquisa respondendo o questionário proposto. Desses 255 profissionais, entre os dois hospitais, 175 aceitaram participar da pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário com trinta perguntas fechadas sobre conhecimento e práticas com relação às medidas de prevenção da pneumonia adquirida no ambiente hospitalar e, uma pergunta aberta onde livremente os funcionários puderam descrever as potencialidades e as fragilidades que consideram existentes no setor/ala que atuam. Aplicou-se teste piloto do questionário em uma das alas de ambos os hospitais com resultado de aceitação favorável. O questionário foi construído pelo pesquisador com perguntas direcionadas à realidade e contexto dos hospitais pesquisados e da região onde estão inseridos e foi inspirado no protocolo denominado Indicador de Avaliação da Adesão às Medidas de Prevenção e Controle de Pneumonia em Pacientes de Alto Risco (IRPR) utilizado no estudo de Da Silva *et al*., (2011), que tinha como objetivo avaliar a qualidade da assistência à saúde quanto ao uso das medidas de prevenção e controle de pneumonia (PNM) em UTI e também nas diretrizes da SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, nas Diretrizes Brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e, nas das associadas à ventilação mecânica, assim como, no manual da ANVISA.

Após o pesquisador conversar com os enfermeiros responsáveis pelas equipes de enfermagem dos três turnos de trabalho nas duas instituições optou-se por entregar, ler e explicar parcialmente o questionário somente quanto à forma e não quanto ao conteúdo para assim, evitar indução de respostas. Ainda, fez-se a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice 1), diretamente aos enfermeiros de cada setor e de cada turno de trabalho para esclarecer que a pesquisa é de participação livre. O pesquisador optou por ler e parcialmente explicar ao enfermeiro responsável pelas equipes de enfermagem de cada setor, denominados enfermeiros-chefes, o TECLE e o questionário e, combinou-se com os enfermeiros que estes

informariam sobre a pesquisa e autorizariam o pesquisador a deixar uma pasta com 2 envelopes dentro, um sendo dos questionários com a pergunta aberta anexa para as respostas descritivas e o outro com os TECLE.

Estes enfermeiros-chefes, informariam suas equipes sobre a pesquisa vigente, a fim de não gerar transtorno nos setores ou extravio dos papéis, o que segundo os próprios enfermeiros, seria a maneira mais viável de colocar a equipe a par do estudo e, permitir que àqueles, com livre vontade, pudessem participar sem prejudicar o andamento dos serviços inerentes à profissão de enfermagem, visto que a função desses profissionais demanda tempo e geralmente estão atreladas às mudanças de escalas.

Diante do exposto e em total concordância com estes profissionais, o pesquisador chegou ao consenso que os questionários assim como o TCLE, anteriormente lidos e parcialmente explicados, a fim de não induzir respostas, porém, buscando informar sobre o estudo para os enfermeiros-chefes, seriam entregues por estes aos técnicos e auxiliares para não atrapalhar a rotina de cada setor e, após a livre escolha de ambos e dos próprios enfermeiros em respondê-lo, os profissionais receberiam orientação para guardá-los numa pasta, a qual foi fornecida pelo pesquisador, deixada em cada ala, exposta em local visível e acessível a todos que desejaram participar da pesquisa.

Posteriormente, o pesquisador recolheu os questionários, ao final de cada semana, por cerca de dois meses como previsto em cronograma, a fim de evitar extravios e principalmente de atrapalhar a rotina de cada setor ou por ventura, vir a constranger os profissionais de alguma maneira.

4.4.1 Instrumento de coleta de dados

O questionário construído pelos pesquisadores continha trinta (30) questões fechadas, algumas de múltipla escolha, e uma (01) aberta (Apêndice 2), as quais tiveram o intuito de verificar o conhecimento e atitudes dos profissionais da equipe de enfermagem voltadas para o cuidado diário, de pacientes internados nos setores/alas elegíveis ao estudo, relativas à prevenção da pneumonia nosocomial.

Foram investigados os dados sócio-demográficos dos profissionais e o conhecimento e atitudes da equipe de enfermagem com relação às medidas preventivas da Pneumonia Nosocomial adquirida após 48 h de internação, nos setores, alas de internamento, sendo perguntas sobre:

1. Características sócio-demográficas dos profissionais da equipe de enfermagem;
2. Conceito de Pneumonia adquirida em Ambiente Hospitalar;
3. As práticas dos profissionais com relação às medidas de prevenção das PNM nosocomiais;
4. Conhecimento sobre os fatores relacionados à assistência com relação a prevenção das PNM adquiridas em ambiente hospitalar;

O questionário seguiu as normas éticas de garantia de privacidade e sigilo profissional, pois foi anônimo e respondido pelos profissionais da equipe de enfermagem que aceitaram participar da pesquisar e assinaram, de livre e espontânea vontade o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva e aplicação do teste de qui-quadrado com intervalo de confiança de 95%, com utilização do Programa Estatístico SPSS versão 22.0.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O artigo apresentado a seguir, foi elaborado com base nas normas do periódico *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* Contempla a análise das 30 questões objetivas. A questão aberta, relativa às potencialidades e fragilidades será discutida nas considerações finais da dissertação.

Categoria do artigo: artigo original

PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO

TÍTULO EM INGLÊS: PNEUMONIA ACQUIRED IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: KNOWLEDGE AND PRACTICE OF NURSING PROFESSIONALS IN RELATION TO PREVENTION MEASURES

RESUMO

Objetivo: Verificar o conhecimento e práticas dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam nos setores/alas de internamento, acerca das medidas de prevenção da pneumonia adquirida em ambiente hospitalar. **Material e métodos**: Estudo transversal, observacional descritivo, desenvolvido em dois hospitais de grande porte, situados na macrorregião da Serra Catarinense. Participaram 175 indivíduos entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Para coleta dos dados utilizou-se um questionário com 30 perguntas fechadas. **Resultados:** O perfil dos participantes caracterizou-se: sexo feminino, idade média de 40 anos, com união estável e atuantes aproximadamente há 10 anos. Em relação ao conhecimento houve diferença estatística entre os profissionais sendo que índices mais satisfatórios foram obtidos no Hospital B para: definição de PH (p=0,001); técnica correta de higienização das mãos (p=0,034); uso de luvas (0,049); importância do fonoaudiólogo para avaliação da deglutição (p=0,001). Na análise das atitudes, igualmente os profissionais do hospital B demonstraram melhores práticas para higienização das mãos ao entrar nas alas

(p=0,024), frequência de realização da HM, hábito de trocar luvas a cada paciente (p=0,003), ao manipular medicamentos (p=0,000), ao manipular alimentos e sondas (p=0,033). A limpeza e troca de equipamentos que envolvem secreções também é mais frequente no hospital B. Independente da instituição a higienização oral é pouco realizada pelos profissionais, ficando sob responsabilidade de familiares, cuidadores ou próprio paciente. Depreende-se que o hospital que apresenta menor rotatividade de profissionais, pelo fato de serem concursados e não contratados e, no qual existe uma comissão de Educação Permanente (EP), apresentou-se respostas que denotavam mais conhecimento e melhores práticas assistenciais na prevenção à Pneumonia Hospitalar.

Descritores: Enfermagem Prática; Serviço hospitalar de Enfermagem; Infecção Hospitalar; Pneumonia

ABSTRACT

Objective: To verify the knowledge and practices of the professionals of the nursing crew that work in the internment sectors, about the prevention methods of acquired pneumonia in hospital environment. **Material and methods**: Caracterized as a transversal study, observational descriptive, developed in two huge hospitals, both located in the macroregion of Serra Catarinense. 175 individuals have participated among nurses, technician and assistants. For data collection, a questionnaire with 30 questions was used. **Results**: The participants average profile was of feminine sex, 40 years approximately. There was a statistic difference between the professionals about the knowledge being that the more satisfactory indexes were obtained in the hospital B. For definition of acquired pneumonia in hospital environment (p=0,001); The correct technique for hand hygiene (p=0,034); use of gloves (0,049); the importance of the speech therapist for swallowing evaluation (p=0,001). The professionals of the hospital B have demonstrated better practices for hand hygiene (p=0,024) the frequency of realization of hand hygiene, the habit of changing glove to each patient (p=0,033), to manipulate medicine (p=0,000) to manipulate food and probes (p=0,033).The cleaning and changing of equipaments that envolve secretions is also more frequent in the hospital B. Independently of the institution, the oral hygiene is little done by the nursing staff, staying in responsibility of relatives, caregivers or the patient himself responsible. It has been concluded that the hospital which presents less turnover of professionals and the one that has a commission of

permanent education has shown more knowledge and better practices on prevention of Hospital Pneumonia.
Descriptors: Nursing Practice; Hospital Nursing Service; Hospital Infection; Pneumonia.

INTRODUÇÃO

Dentre as Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), a pneumonia adquirida em ambiente hospitalar revela-se como a segunda infecção mais frequente, sendo a causa mais comum de óbitos entre as infecções hospitalares[1;2]. As pneumonias adquiridas no hospital, também denominadas nosocomiais, representam as infecções do trato respiratório inferior, diagnosticadas após 48 horas da internação do paciente não estando presente nem incubada anteriormente à data da internação[3;4].

A prevenção e o controle das infecções hospitalares, em especial das pneumonias está relacionado com medidas preventivas, com as ações práticas e com o nível de conhecimento dos profissionais da área da saúde que atuam diretamente com os pacientes, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) [5;6].

Quando não relacionada à intubação endotraqueal e nem a ventilação mecânica invasiva, a Pneumonia hospitalar, se não evoluir de forma grave, geralmente é tratada nos setores ou alas de internação. Entretanto, observa-se que que a ocorrência deste fenômeno fora da UTI é pouco abordada e não encontrou-se, fora deste ambiente, recomendações específicas para sua prevenção[6]. Os estudos dão ênfase às medidas preventivas aos pacientes internados em UTI que estão sobre ventilação mecânica[7;8]. Nesta perspectiva considera-se que os profissionais da saúde possuem um importante papel na prevenção e segurança do paciente. Portanto, o objetivo do presente estudo foi verificar os conhecimentos e práticas dos os profissionais da equipe de enfermagem que atuam nos setores /alas de internação em relação às medidas preventivas para pneumonia adquirida em ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

O presente estudo caracterizou-se como um estudo transversal, quantitativo, observacional descritivo, aprovado pelo comitê de ética da Universidade do planalto Catarinense (UNIPLAC) sobre protocolo nº 1.623.273, CAAE:55726116000005368.

A pesquisa foi desenvolvida em dois hospitais de grande porte situados na macrorregião da Serra Catarinense, um de natureza privada e o outro público, estadual. Optou-se por desenvolver o estudo nos setores/alas de internamento, fora da Unidade de terapia Intensiva (UTI) e das unidades onde há rotatividade de pacientes, como ambulatórios e emergência, portanto, seis setores/alas em cada hospital foram selecionados.

Os profissionais escolhidos para participarem da pesquisa foram os da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares, por atuarem diariamente com os pacientes.

No total dos dois hospitais foram elegíveis duzentos e cinquenta e cinco (255) profissionais, sendo esta amostra realizada por conveniência. Destes, cento e setenta e cinco (175) aceitaram livremente participar da pesquisa, com assinatura do Termo de Esclarecimento e Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário quantitativo composto por trinta (30) perguntas fechadas e uma (01) aberta. As perguntas fechadas buscaram saber sobre o conhecimento e as práticas da equipe com relação às medidas de prevenção da pneumonia adquirida em ambiente hospitalar e a pergunta aberta sobre as potencialidades e fragilidades de cada setor com relação as mesmas.

As perguntas fechadas elaboradas sobre as medidas de prevenção das pneumonias hospitalares pesquisadas neste estudo destacaram:

- A higienização das mãos;
- A posição do paciente no leito durante o repouso e situações de alimentação;
- Os hábitos de higienização oral;
- O uso de equipamentos de proteção individual;
- A lavagem adequada dos equipamentos ventilatórios;
- O manuseio adequado de órteses (sondas);
- A adequação do ambiente hospitalar com relação a estrutura física e uso de materiais;

- A percepção das limitações do paciente e o reconhecimento da necessidade da avaliação do Fonoaudiólogo nos casos das disfagias;
- O conhecimento e o desejo do constante aperfeiçoamento em saúde[9; 10; 11;12].

Aos enfermeiros chefes de cada setor/ala foi explicado de forma sucinta o objetivo e a importância da pesquisa e, de comum acordo com estes profissionais optou-se que os mesmos, junto com o pesquisador, apresentariam e leriam o TCLE e o questionário aos técnicos e auxiliares a fim de que estes pudessem ter conhecimento da pesquisa e sentissem-se convidados a participar.

Aqueles profissionais que concordaram em participaram preencheram o TCLE e o questionário e os dispensaram em uma pasta deixada em local visível e de fácil acesso nas alas/setores. Ao final de cada semana, por cerca de dois meses, os questionários e termos eram recolhidos, a fim de evitar extravios, atrapalhar a rotina ou, por ventura, vir a constranger os profissionais de alguma maneira. Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva e aplicação do teste de qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Os dados sócio-demográficos e perfil dos profissionais são apresentados na tabela 1. Dos 175 participantes do estudo, observou-se uma prevalência de profissionais do sexo feminino (em torno de 75%), com média de idade de 40,47 anos (± 17,40 anos). Observa-se uma diferença estatística significativa entre os hospitais em relação a idade (p= 0,004), sendo que no Hospital B os profissionais são mais velhos. A maioria dos participantes possui união estável, tem formação e atuação como técnicos de enfermagem e tempo de formação em torno de 10 anos.

Embora não se tenha identificado diferença estatística entre os hospitais, observa-se um percentual elevado de profissionais (73,13%) que atuam há menos de 10 anos no hospital A, onde são contratados e não efetivos, demonstrando uma maior rotatividade de profissionais nesta instituição.

Em relação à carga horária, observou-se diferença estatística entre os hospitais (p=0,000), em razão do cumprimento das normas da

Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no hospital A e do regime estatutário no hospital B.

Tabela 1. Dados Sócio-demográficos e perfil em relação à formação e atuação da Equipe de Enfermagem do Hospital A e do Hospital B. Serra Catarinense, Brasil, 2016

Variáveis (n=175)	***Hospital A***		***Hospital B***		**Valor de p**
	N=y	***%***	***=x***	***%***	
Sexo (174)					0,436
Masculino	15	22,72	26	24,07	
Feminino	51	77,27	82	75,92	0,004*
20 – 29	18	26,86	18	16,66	
30 – 39	21	31,34	52	48,14	
40 – 49	13	19,40	29	26,85	
50 – 59	4	5,9	6	5,5	
60+	11	16,41	3	2,7	
Estado conjugal					0,164
Solteiro	22	32,83	31	28,7	
Casado/ com companheiro	36	53,73	70	64,81	
Divorciado/Separado	7	10,44	7	6,48	
Viúvo	2	2,98	0	0	
Formação Profissional					0,613
Enfermeiro	7	4,69	17	15,74	
Auxiliar de Enfermagem	2	2,98	3	2,77	
Cargo Atual					0,214
Enfermeiro	6	8,95	14	12,96	
Técnico de Enfermagem	59	88,05	84	77,77	
Auxiliar de Enfermagem	2	2,98	8	7,40	
<=10	39	58,2	51	47,22	
11-20	19	28,35	41	37,96	
21-30	7	1,09	10	9,25	

30+	2	2,98	6	5,55	
Tempo de Atuação Profissional em anos					0,553
<=10	41	61,19	36	33,33	0,433
11-20	18	26,86	39	36,11	
21-30	7	10,44	10	9,25	
30+	9	13,43	3	2,77	
Tempo de Atuação na Instituição em anos					0,796
<=10	49	73,13	73	67,59	
21-30	5	7,46	8	7,40	
30+	1	1,49	1	0,92	
Carga Horária de trabalho em horas (172)					0,000*
Até 10 h	1	1,56	0	0	
Até 30 h	8	12,5	89	82,40	
Até 40h	36	56,25	15	13,88	
Até 50h	19	29,68	1	0,92	
Até 60h	0	0	2	1,85	
IGN	4	5,9	2,3	1,31	

Significância identificada pelo teste do Qui-Quadrado.

A tabela 02 apresenta as informações referentes aos conhecimentos e fatores assistenciais relacionados à prevenção das Pneumonias Hospitalares. Quando questionados sobre a definição de Pneumonia adquirida em ambiente hospitalar, embora a maioria dos profissionais tenha o conhecimento sobre o conceito, houve diferença significativa entre os hospitais, sendo que no hospital B encontrou-se maior número de acertos (p=0, 001).

Observou-se que 25,74% dos profissionais do hospital A, tem um conceito equivocado sobre pneumonia adquirida em ambiente hospitalar. A grande maioria acredita que esta já está incubada no momento do internamento do paciente.

Em relação aos conhecimentos sobre os fatores assistenciais relacionados à prevenção da Pneumonia adquirida em ambiente hospitalar os profissionais relacionam como principal fator de prevenção a higienização das mãos. Em torno de 50% dos profissionais relacionam a posição do leito, a higienização oral e uso de luvas aos fatores

assistências preventivos. Ainda, observa-se uma diferença significativa entre os hospitais no que se refere ao uso de luvas na manipulação de pacientes, medicamentos e equipamentos sendo que o hospital B apresentou maior conhecimento (p=0,049), assim como, apresentam um índice maior de respostas corretas com relação aos fatores assistências (p=0,041).

Os profissionais de ambos os hospitais conhecem a técnica correta de higienização das mãos, destacando-se neste quesito o hospital B com 92,59% e o hospital A com 82,08% (p=0,034) Acima de 90% dos participantes, em ambos os hospitais, demonstraram conhecer quais são os equipamentos de proteção individual (EPI) e descrevem que os utilizam previamente ao contato com os pacientes. Com relação à posição do paciente no leito, 82,08% dos profissionais do hospital A e 75,95% do hospital B apresentam conhecimento de que a posição do paciente em repouso deve ser elevada de 30º a 45º. Em ambos os hospitais há registro de que a melhor solução para ser utilizada na higienização química é a clorexidina à 0,12%. Os funcionários do hospital B (99,07%) demonstraram que consideram importante que o Fonoaudiólogo seja solicitado para avaliar pacientes com dificuldade de deglutição sendo que houve diferença significativa (p=0,001) em comparação com o hospital A (86,56%). Com relação ao fato de se sentirem orientados e informados sobre a prevenção da Pneumonia adquirida em ambiente hospitalar, não houve diferença significativa, visto que a maioria em ambas as instituições sentem-se parcialmente informados.

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais da enfermagem sobre conceito de pneumonia hospitalar e fatores assistenciais relacionados a prevenção das Pneumonias Hospitalares. Serra Catarinense, Brasil, 2016

	Hospital A		***Hospital B***		**Valor de p**
Variáveis	*n*	*%*	*n*	*%*	
Conceito de Pneunomia Hospitalar (174)					
Sim	49	74,24	89	82,40	0,001*
Fatores Assistenciais relacionados à Pneumonia					
Higiene das mãos	52	77,61	92	85,18	0,202
Posição do leito	45	67,16	60	55,55	0,128
Higiene Oral	34	50,74	58	53,70	0,703
Manipulação com Luvas (paciente,	34	50,74	71	65,74	0,049*

medicamentos e equipamentos					
Assinalaram todas as alternativas	26	38,80	48	44,44	0,041*
Nenhuma das alternativas	0	0	6	5,55	
Desconhecem	0	0	4	3,70	
Técnica correta de higienização das mãos					0,034*
Conhece e realiza	55	82,08	100	92,59	
Conhece e às vezes realiza	12	17,91	8	7,40	
Considera EPIs					0,644
Luvas, aventais, máscaras, óculos e toucas descartáveis	63	94,02	103	95,37	
Somente luvas descartáveis	166	94,9	3	1,7	
Luvas e aventais descartáveis	4	5,97	1	0,92	
Desconhece	1	1.49	1	0,92	
Quando se deve utilizar EPIs ao contato com o paciente					0,201
Previamente	40	59,70	77	71,29	
Durante	26	38,80	30	27.77	
Desconhecem	0	0	1	0,92	
Sem resposta	1	1.49	0	0	
Para impedir a aspiração de secreções e fluidos a posição da cabeceira durante o repouso do paciente deve ser					0,826
Supina	2	2,98	4	3,70	
30°- 45°	55	82,08	82	75.92	
90°	8	11,94	17	15,74	
Desconheço	1	1,49	4	3,70	
IGN	1	1,49	1	1.49	
Qual a melhor solução para ser utilizada na higienização química					0,460
Clorexidina a 0,2%	6	8,95	11	10,18	
Clorexidina a 0,12%	21	31,34	20	18,51	
Clorexidina a 2%	4	5,97	12	11,11	
Qualquer uma dessas concentrações	6	8,95	12	11,11	
Qualquer enxaguatório	14	20,88	27	25	
Desconheço	16	23,88	26	24,07	
C**onsidera importante a avaliação do Fonoaudiólogo pacientes com dificuldade de deglutição.**					0,001*
Sim	58	86,56	107	99,07	
Desconhece	9	13,43	1	0,92	

Se sente orientado e informado sobre a prevenção da Pneumonia adquirida em ambiente hospitalar (174)					0,020*
Sim	20	29,85	17	15,88	
Não	7	10,44	22	20,56	
Parcialmente	38	56,71	68	63.55	
Ausente	2	2.98	0	0	

* Significância identificada pelo teste do Qui-Quadrado.

A tabela 3 especifica os dados acerca das atitudes e práticas dos profissionais da enfermagem acerca da higienização das mãos e uso de luvas para a prevenção das pneumonias nosocomiais.

No que se refere as práticas de higienização das mãos observa-se que quase 90% dos profissionais referiram realizar antes e após contato com o paciente. Dos que apenas informar realizar antes de entrar na ala, observa-se diferença significativas entre os hospitais, sendo que no hospital B este índice foi maior com 59,25% (p=0,024).

As demais práticas de higienização das mãos variam entre 50% a 80% de adesão, sem diferenças estatística entre os hospitais.

Quanto a estrutura física e materiais para realização da higienização das mãos segundo o relato de mais de 60% dos profissionais, há estrutura e materiais. Destaque significativo no Hospital B para a existência de pias (p=0,004)

No que se refere ao uso de antissépticos para higienização das mãos cerca de metade dos profissionais tem por prática utilizar independente do procedimento que será realizado. Chama a atenção, que em ambos os hospitais, poucos profissionais utilizam o antisséptico durante a higienização das mãos quando do atendimento de pacientes críticos, realização de procedimentos invasivos, manipulação de feridas, drenos e cateteres.

Observou-se diferença significativa com relação a quantidade de vezes em que os profissionais realizam a higienização das mãos (p=0,014). O relato de realizar em 100% das vezes foi mais frequente no hospital B, embora seja feito por cerca de 50% dos profissionais desta instituição. Entretanto, quando indagados se acreditam que poderiam melhorar sua adesão, independente da instituição, mais de 80% diz que sim.

Observa-se uma distribuição equilibrada entre os motivos pelos quais os profissionais deixam de utilizar o álcool durante a higienização

das mãos: esquecimento, falta de tempo, pele danificada ou ausência do produto. Porém os profissionais do hospital A parecem aderir mais, visto que 71,64% relataram não deixar de usar.

Com relação ao uso e a prática de mudar de luvas observa-se diferença significativa entre os hospitais, onde 94,44% no hospital B afirmam que mudam de luva em procedimentos com o mesmo paciente e 77,61% no hospital A (p=0,003). Os dados mostram ainda que há significância na utilização de luvas para administrar medicamentos (p=0,000) e alimentação via sonda (p= 0,033), sendo que o hospital B apresentou respectivamente os maiores índices, 68,51% e 74,07%. Em ambos os hospitais houve um percentual elevado, sem diferença significativa com relação ao uso de luvas antes e após realizar contato com secreções, mucosas, sangue excreções e fluídos corpóreos dos pacientes.

No que se refere a higienização oral observa-se que sua prática como rotina ainda é baixa (Tabela 4). Apenas em torno de 50% dos profissionais referem ser rotina no setor. Apesar de uma adesão baixa a higienização oral de manhã antes e após o dejejum, ela foi significativa para o Hospital B (p=0,033). No hospital A nenhum profissional relatou fazer.

Já a higienização oral realizada de 1 a 3 vezes ao dia, independente da oferta de dieta, foi significativamente mais frequente no Hospital A (p=0,006). A forma mais comum de realização da higienização oral (HO), sem significância entre os hospitais é a associação entre a mecânica e a química. Sendo realizada pelos cuidadores ou familiares. Em relação aos profissionais que realizam a HO destaque para os auxiliares de enfermagem no Hospital B (p=0,038).

Segundo relato dos participantes, o Hospital B troca com mais frequência os nebulizadores, inaladores e filtros umidificadores são trocados para o mesmo paciente (p=0,000). Da mesma forma, no Hospital B, os frascos que condicionam a secreção aspirada são mais frequentemente lavados em água corrente sempre que são utilizados (p=0,009) principalmente com detergente e água.

Em relação as dificuldades de deglutição dos pacientes, em torno de 40% dos profissionais em ambas as instituições percebem e comunicam Porém, merece destaque que um percentual elevado refere não haver profissional de Fonoaudiologia nos setores do Hospital A (58,20%).

Quanto ao registro das prática das medidas preventivas nos prontuários, este parece ser mais rotina no Hospital A, sendo significativa para o registro da higienização oral no (p=0,000), para a posição da cabeceira do leito durante o repouso (p=0,008), da dificuldade de deglutição (p=0,018).

Por fim, quando indagados se sentiam-se orientados e informados sobre as medidas de prevenção da Pneumonia adquirida no ambiente hospitalar a grande maioria referiu sentir-se parcialmente, com destaque para o Hospital B (p=0,020).

Tabela 3. Atitudes, práticas dos profissionais da enfermagem em relação a higienização das mãos e uso de luvas durante a assistência aos pacientes. Serra Catarinense, 2016

	Hospital A		***Hospital B***		**Valor de p**
Variáveis	***n***	***%***	***n***	***%***	
Quando realiza higienização das mãos					
Antes de entrar nas alas	28	41,79	64	59,25	0,024*
Após utilizar o banheiro	43	64,17	82	75,92	0,095
Após atividades administrativas	21	31,34	39	36,11	0,518
Antes de entrar em contato com o paciente	37	55,22	60	55,55	0,966
Após contato com o paciente	28	41,79	55	50,92	0,239
Antes e após contato com paciente	58	86,56	94	87,03	0,929
Antes de realizar procedimentos	37	55,22	60	55,55	0,966
Após realizar procedimentos	28	41,79	55	50,92	0,239
Antes e após realizar procedimentos	53	79,10	95	87,96	0,115
Após retirar as luvas	37	55,22	58	53,70	0,844
Antes de preparar medicamentos	45	67,16	79	73,14	0,397
Estrutura física para higienização da mãos					
Pias	52	77,61	101	93,51	0,004*
Sabonete	44	65,67	81	75	0,063
Papel Toalha	45	67,16	84	77,77	0,304
Alcool Gel 70%	48	71,64	71	65,74	0,206
O uso de antissépticos para higienização das mãos é realizado					

Qualquer procedimento	45	67,16	59	54,62	0,094
Procedimentos invasivos	25	37,31	47	43,51	0,340
Qualquer Procedimentos com pacientes críticos	11	16,41	21	19,44	0,400
Procedimentos Invasivos com paciente crítico	13	19,40	25	23,14	0,386
Em contato direto com feridas, drenos e cateteres	27	40,29	33	30,55	0,169
Quantas vezes realiza higienização das mãos					
0%	1	1,49	0	0	0,014*
40%	0	0	1	1,49	
50%	1	1,49	3	2,77	
60%	0	0	2	1,85	
70%	6	8,95	2	1,85	
80%	14	20,89	9	8,33	
90%	21	31,34	29	26,85	
100%	24	35,82	62	57,40	
Pode melhorar a adesão à higienização das mãos	59	88,05	88	81,48	0,518
Dificuldade de usar de produtos com álcool por esquecimento					
Esquecimento	26	38,80	48	44,44	0,447
Falta de tempo	25	37,31	35	32,40	0,671
Pele Danificada	21	31,34	29	26,85	0,099
Ausência do Produto	26	38,80	56	51,85	0,115
Não deixa de usar	48	71,64	51	47,22	0,001*
Muda de Luva					
Diferentes procedimentos mesmo paciente	52	77,61	102	94,44	0,003*
Procedimentos em pacientes diferentes	34	50,74	40	37,03	0,074
Usa luva					
ao manipular ou administrar medicamentos	31	46,26	74	68,51	0,000*
ao manipular ou administrar sonda de aspiração traqueal	66	98,50	105	97,22	0,580
ao manipular ou administrar alimentação por sondas	42	62,68	80	74,07	0,033*
ao manipular ou administrar alimentação por via oral	35	52,23	73	67,59	0,075

ao manipular ou administrar instrumentos de higienização oral	65	97,01	103	95,37	0,172
ao manipular e posicionar o paciente no leito	42	62,68	81	75	0,256
durante o manuseio e/ou descarte de materiais pérfuro-cortantes	54	80,59	97	89,81	0,102
ao manipular sondas vesicais ou enterais	65	97,01	106	96,33	0,439
usa luvas ao entrar em contato com pacientes que envolvam mucosas, sangue, fluídos corpóreos, secreções e excreções					
Antes	24	35,82	46	42,59	0,374
Após	3	4,47	10	9,25	0,201
Antes e Após	41	61,19	74	68,51	0,321

* Significância identificada pelo teste do Qui-Quadrado.

Tabela 4. Atitudes, práticas dos profissionais da enfermagem em relação a outros fatores assistenciais relacionados a prevenção das Pneumonias Hospitalares

	Hospital A		***Hospital B***		**Valor de p**
Variáveis	***n***	***%***	***n***	***%***	
Em relação a higiene oral:					
É rotina no setor/ala	31	46,26	56	51,85	0,344
Realizada pela manhã antes do desjejum	3	4,83	8	7,40	0,438
Realizada pela manhã após o dejejum	1	1,49	6	5,55	0,182
Realizada manhã antes/após dejejum	0	0	7	6,48	0,033*
Realizada após oferta de dieta oral	8	11,94	17	15,74	0,485
Realizada após oferta de dieta por sonda	1	1,49	4	3,70	0,393
Realizada 1 a 3 vezes ao dia independente da oferta da dieta	37	55,22	37	34,25	0,006*
De que forma é realizada a Higienização Ora					
Mecânica	3	4,47	9	8,33	0,338
Química	3	4,47	8	7,40	
Ambas	48	71,64	63	58,33	
Desconhece	13	19,40	28	25,92	

A higienização Oral é realizada					
Enfermeiro	3	4,47	8	7,40	0,438
Técnico de Enfermagem	48	71,64	68	62,96	0,238
Auxiliar de Enfermagem	17	25,37	44	40,74	0,038*
Cuidador ou Familiar	45	67,16	73	67,59	0,953
Pelo Próprio Paciente	44	65,67	71	65,74	0,993
Os Nebulizadores, inaladores e filtro umidificador são trocados para o mesmo paciente					
De acordo com a rotina	25	37,31	74	68,51	0,000*
A cada 24 h	30	44,77	26	24,07	
A cada 48 h	7	10,44	0	0	
Desconheço	5	7,46	8	7,40	
Para aspiração orotraqueal usa-se sondas:					
Descartáveis e Desinfectadas	9	13,43	6	5,55	0,148
Descartáveis e Esterelizadas	55	82,08	100	92,59	
Não descartáveis e Esterelizadas	1	1,49	0	0	
Desconheço	2	2,98	2	1,85	
Quando e Como são lavados os frascos que condicionam a secreção aspirada					
Sempre que são utilizados e em água corrente	23	11,78	33	30,55	0,009*
Sempre que são utilizados e em água e detergente	25	37,31	65	60,18	
Sempre que são utilizados e com álcool gel	1	1,49	1	0,92	
São descartados	4	5,97	4	3,70	
Desconheço	13	19,40	5	4,62	
Percebe e comunica dificuldades de deglutição					
Sim, percebo e comunico	25	37,31	43	39,81	0,000*
Sim, percebo e não comunico	1	1,49	4	3,70	
Não percebo e não comunico	1	1,49	1	0,92	
Não há Fonoaudiólogo no setor	39	58,20	8	7,40	
Sim, é solicitada a avaliação do Fono	1	1,49	52	48,14	
É rotina do setor registrar as práticas de:					
Higienização das mãos	4	5,97	3	2,77	0,295

Higienização oral	32	47,76	15	13,88	0,000*
Posição da cabeceira do leito durante repouso	22	32,83	17	15,74	0,008*
Dificuldades de deglutição dos pacientes	31	46,26	31	28,70	0,018*
As avaliações e condutas fonoaudiológicas	7	10,44	14	12,96	0,619
Prática de medidas tomadas e aplicadas com os pacientes	5	7,46	16	14,81	0,146
Se sente orientado e informado sobre a prevenção da Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar					
Sim	20	29,85	17	15,74	0,020*
Não	7	10,44	22	20,37	
Parcialmente	38	56,71	68	62,96	

* Significância identificada pelo teste do Qui-Quadrado.

DISCUSSÃO

A Pneumonia Hospitalar (PH) é uma das principais e mais comuns infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) elevando a taxa de morbidade e mortalidade nos hospitais[1]. Neste contexto, a equipe de saúde, desempenha um importante papel na prevenção das infecções hospitalares, portanto, faz-se necessário que a mesma conheça e realize a correta aplicação das medidas preventivas propostas, registre sua prática em prontuário, modifique, se necessário, hábitos e atitudes e, realize treinamento e aperfeiçoamento constantes em educação assistencial[13].

O questionário criado para esta pesquisa teve como base um protocolo denominado Indicador de Avaliação da Adesão às Medidas de Prevenção e Controle de Pneumonia em Pacientes de Alto Risco (IRPR) utilizado no estudo de Da Silva *et al*. [14], que tinha como objetivo avaliar a qualidade da assistência à saúde quanto ao uso das medidas de prevenção e controle de pneumonia (PNM) em UTI e também inspirado pelas diretrizes da SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, nas Diretrizes Brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica, assim como pelo manual da ANVISA.

Em relação ao perfil profissional dos participantes observou-se diferença estatística relativa a idade. O Hospital B, público, apresenta profissionais mais velhos. Possivelmente essa diferença se dá pelo fato destes profissionais serem concursados e efetivos no cargo.

Embora não se tenha identificado diferença estatística entre os hospitais, observa-se um percentual elevado de profissionais que atuam a menos de 10 anos no hospital A, onde são contratados e não efetivos, demonstrando uma maior rotatividade de profissionais nesta instituição. O que pode ter relação com os resultados encontrados, pois nesta instituição se identificou índices menos satisfatórios de conhecimento e práticas de prevenção à PH.

No geral, observou-se um conhecimento regular em relação a definição e às medidas preventivas a PH. Resultado semelhante foi encontrado por Pombo *et al.*[5] independentemente da categoria profissional, para o conhecimento sobre a Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica e fatores de risco a ela associada. Quando realizada a análise comparativa entre as instituições, identificou-se diferença em relação ao conhecimento entre os profissionais, sendo que índices mais satisfatórios foram obtidos no Hospital B para: definição de Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar (p=0, 001); técnica correta de higienização das mãos (p=0,034); uso de luvas (0,049); importância do fonoaudiólogo para avaliação de problemas de deglutição (p=0,001).

Na análise das atitudes, igualmente os profissionais do hospital B demonstraram melhores práticas para a higienização das mãos (HM) ao entrar nas alas (p=0,024), frequência de realização da HM, hábito de trocar luvas a cada paciente (p=0,003), ao manipular medicamentos (p=0,000), ao manipular alimentos e sondas (p=0,033). A limpeza e troca de equipamentos que envolvem secreções também é mais frequente no hospital B.

Independente da instituição a higienização oral é pouco realizada pela equipe de enfermagem, ficando sob responsabilidade de familiares, cuidadores ou próprio paciente. Orlandini e Lazzari, 2012[15] verificaram que mais de 50% da equipe de enfermagem que atua em UTI de um hospital de médio porte de Porto Alegre concorda que a higiene oral é importante em pacientes crítico, mas não relacionam a HO com o risco de pneumonia ou outras infecções. Os profissionais que conseguem fazer esta relação tem mais tempo de formação e de trabalho. Ainda ressaltam que o cuidado com a higiene oral não tem integrado as práticas de educação permanente da instituição.

No que se refere a problemas de deglutição, poucos profissionais os percebem e comunicam. Resultado diferente do encontrado por Cioatto e Zanella (2015[16]) no qual a equipe de enfermagem apresenta conhecimento satisfatório sobre a disfagia, suas causas e consequências, e reconhecem a necessidade do Fonoaudiólogo para diagnosticar os pacientes, conduzir e orientar as ações da equipe de saúde com relação às práticas alimentares. Batista *et al* (2014[17]) apontam a higienização oral e a disfagia como dois fatores de risco para o desenvolvimento da pneumonia por aspiração mecânica.

Depreende-se que o hospital que apresenta menos rotatividade de profissionais e no qual existe uma comissão de Educação Permanente, cujo setor responsável realiza cursos de aperfeiçoamento em educação em saúde com determinada frequência (EP), apresentou mais conhecimento e melhores práticas assistências na prevenção à Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar. Mesmo assim, observa-se a necessidade de fortalecer as práticas de EP em ambas as instituições.

Nesse contexto, é imprescindível que o profissional de saúde preste uma assistência de qualidade e livre de danos[18]. Mas para que isto se efetivo a educação permanente e a vigilância à assistência precisam estar presentes.

Estudos apontam que o conhecimento e as atitudes dos profissionais da área da saúde, em especial da equipe de enfermagem está mais concentrada em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) devido às medidas preventivas da pneumonia associada à ventilação[5;19]. E por que medidas de prevenção a PH em outros setores do ambiente hospitalar são pouco discutidas? Por que não existem protocolos internacionais para preveni-las? Passaro *et al*. 2016, constataram que de 14 guias de associações médicas de diferentes países, nenhum faz recomendação a PH em pacientes não ventilados. Assim, estabelecer um conjunto (Bundle) de melhores práticas é um fator importante para reduzir a ocorrência desses eventos, reduzindo consequentemente a morbimortalidade, o tempo de internamento e os custos hospitalares.

A equipe de enfermagem desempenha importante papel na profilaxia não só das pneumonias mas de todas as IRAS, mas não pode-se deixar de considerar que a assistência ao paciente internado é uma atividade multi e interdisciplinar em que as ações se complementam. Diante dessa realidade, a interdisciplinaridade pode se caracterizar como ferramenta importante para a mudança de paradigma, frente aos problemas complexos que emergem da prática em saúde[20]).

De maneira geral, os profissionais de saúde, ainda na sua formação acadêmica possuem pouco acesso a conteúdos que abordem de forma sistêmica a segurança do paciente. A ideia de que o profissional competente não comete erros está disseminada durante sua formação e se estende nas práticas. É fundamental neste processo o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente durante a formação profissional[21]. Nesse sentido, parece imediata a necessidade de se priorizar estudos nesta temática: estudo de qualidade que avaliem o impacto de medidas específicas para prevenção de PAH em pacientes adultos não ventilados, bem como, estudos que avaliem o conhecimento e práticas dos profissionais em relação a estas medidas.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os profissionais que espontaneamente participaram da pesquisa, por estarem contribuindo para a constante necessidade de busca do conhecimento e melhora das atitudes e práticas em relação à assistência daqueles que necessitam de auxílio e cuidados, assim como, na prevenção das infecções hospitalares.

Agradecemos também ao CNPQ pelo financiamento – Bolsa PIBIC para o aluno bolsista.

REFERÊNCIAS

1. Amaral SM, De Queiróz Cortês A, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2009; v.35,n.11,p.1116-1124.

2. Scannapieco FA, Shay K. Oral health disparities in older adults: Oral bacteria, inflammation, and aspiration pneumonia. Dental clinics of North America. 2015; v.58,n.4,p.771-782.

3. Scannapieco FA. Pneumonia in nonambulatory patients: the role of oral bacteria and oral hygiene. The Journal of the American Dental Association. 2006; v.137,p.S21-S25.

4. Pinheiro PG, Salani R, De Aguiar ASW, *et al*. Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial. Periodontia. 2007; v.17,n.03,p 67-72.

5. Pombo CMN, Almeida PC, Rodrigues JLN. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Ciênc. saúde coletiva. 2010; v.15,n.supl 1,p.1061-1072.

6. Pássaro L, Harbarth S, Landelle C. Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review. Antimicrobial Resistance & Infection Control. 2016; v.5,n.1, p.43.

7. Bassi GL, *et al*. The effects of direct hemoperfusion using a polymyxin B-immobilized column in a pig model of severe Pseudomonas aeruginosa pneumonia. Annals of Intensive Care. 2016; v.6,n.1,p.58.

8. O'horo JC, *et al*. Differentiating infectious and noninfectious ventilator-associated complications: A new challenge. American journal of infection control. 2016; v.44,n.6,p.661-665.

9. Pace CC, Mccullough GH. The association between oral microorgansimis and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. Dysphagia. 2010; v.25,n.4,p.307-322.

10. De Oliveira TFL, Gomes Filho IS, Passos JS, *et al*. Fatores associados à pneumonia nosocomial em indivíduos hospitalizados. Revista da Associação Médica Brasileira. 2011; v.57,n.6,p.630-636.

11. Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, *et al*. Clinical swallowing assessment in intensive care unit. In: CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2013; vol.25,n.1,p.1-7.

12. Barros LFNM, Almeida SCAM, Maeda B, *et al*. orientações para a equipe de enfermagem na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica. Diálogos Interdisciplinares. 2015; v.4,n.2,p.52-67.

13. Vasco AMV, Da Silva LM, Pinheiro FGMS. Tecnologias e avanços nos estudos da assistência ao paciente com pneumonia associada à ventilação mecânica. Caderno de Graduação de Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT. 2015; v.2,n.3,p.81-96.

14. Da Silva LTR, Laus AM, Canini S, Da Silva RM, *et al*. Avaliação das medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2011; v.19,n.6,p.1329-36.

15. Orlandini G, Lazzari CM. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. 2012; vol.33,n.3(set.2012),p.34-41.

16. Cioatto K, Zanella NA. Conhecimento da Enfermagem sobre assistência ao paciente disfágico. Revista Saúde Santa Maria. 2015; v.41,n.1,p.65-76.

17. Batista SA, Siqueira JDSS, Silva Jr A, *et al*. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Revista Brasileira de Odontologia. 2014; v.71,n.2,p.156-159.

18. Cardoso VB. Entendimento dos enfermeiros intensivistas sobre as formas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: uma revisão da literatura. Revista Eletrônica Atualiza Saúde. 2015; v.1,n.1,p.25-34.

19. Zhang Z, Duan J. Nosocomial pneumonia in non-invasive ventilation patients: incidence, characteristics, and outcomes, Journal of Hospital Infection, 2015. [Internet]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2015.06.016.

20. Philippi Junior A, Silva Neto AJ. Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação. In: Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação. Manole, 2011.

21. Wegner W, *et al*. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Escola Anna Nery. 2016; v.20.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme explicitado na introdução deste trabalho, o presente estudo integra o grupo de pesquisa "Grupos de Estudo na Assistência à Saúde" vinculado à linha de pesquisa: "Segurança do Paciente". Neste contexto, duas dissertações já foram defendidas. A primeira delas teve por objetivo identificar a percepção de risco de profissionais que atuam em um serviço hospitalar em relação às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foram entrevistados 31 profissionais de um hospital de grande porte da região Serrana de Santa Catarina. Os resultados demostraram que percepção de risco dos profissionais está muito mais voltada ao risco ocupacional que o ambiente de trabalho pode oferecer do que ao risco que o usuário do serviço hospitalar corre ao utilizá-lo caso as práticas profissionais não sejam realizadas adequadamente (ANTUNES, 2015).

Na sequência, Sartor *et al*. (2016) avaliaram a situação de segurança do paciente em quatro hospitais de grande porte de Santa Catarina. Os principais resultados apontam para a necessidade de promover a cultura de segurança nas instituições de saúde englobando: questões estruturais; de comunicação e educação permanente; melhorias nos processos de trabalho com ênfase em elaboração de protocolos e outros instrumentos de gestão; notificação e investigação de eventos adversos; avaliação de indicadores; fortalecimento de parcerias e pesquisas na área.

Corroborando com a linha de pesquisa em Segurança de Pesquisa é que se propôs o presente estudo, com o intuito de abordar o conhecimento e práticas relativas à prevenção de uma infecção que pode estar relacionada à assistência, que é a Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar, em setores hospitalares em que estas questões são pouco discutidas. Isto é fato, pois conforme publicado recentemente por Pássaro *et al*. (2016) não foram constatados protocolos padrões internacionais para prevenção da Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar de pacientes que não estão sobre ventilação mecânica.

E esta é a questão. Porque pouco se discute sobre a PH em outros ambientes que não a UTI, sendo que este risco existe? Neste interim, percebe-se a necessidade de que a cultura de segurança faça parte do cotidiano dos profissionais que atuam nos serviços de saúde com o objetivo de evitar e/ou minimizar os eventos adversos. E que, o profissional perceba que ele pode se caracterizar como fator de risco à

ocorrência de eventos adversos durante à assistência. Acredita-se que a qualidade da assistência depende de uma cultura de segurança em que a identificação dos riscos provenientes do ambiente, do procedimento ou mesmo da sua conduta ao prestar assistência, esteja presente.

A fim de oportunizar aos participantes a possibilidade de manifestar as potencialidades e fragilidades do setor em que trabalham em relação à prevenção das pneumonias hospitalares, uma pergunta final aberta foi disponibilizada, a qual poderia ser preenchida coletivamente. O quadro 1, a seguir, apresenta a síntese das potencialidades e fragilidades apontadas.

Quadro 1. Potencialidades e fragilidades apontadas pelos profissionais de enfermagem em relação as medidas preventivas à Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar. Serra Catarinense, 2017

	HOSPITAL A	**HOSPITAL B**
POTENCIALIDADES	1. Interesse em aprender; 2. Desejam ter cursos sobre Pneumonia; 3. Reconhecem necessidade de ter Fonoaudiólogo nos setores; 4. Mantém cabeceira dos leitos elevada entre 30°- 45°; 5. Realizam lavagem das mãos; 6. Utilizam luvas	1. Medicam pacientes nos horários corretos; 2. Equipe de enfermagem orientada; 3. Possuem Fonoaudiólogo nos setores/alas; 4. Mantém cabeceira dos leitos elevada entre 30°- 45°; 5. Realizam lavagem das mãos 6. Ter pias nos setores/alas;
FRAGILIDADES	1. Não há Fonoaudiólogo atuando nos setores/alas; 2. Falta de materiais de consumo (álcool gel 70%); 3. Ausência de pias em todos os quartos; 4. Não há orientação sobre os	1. Falta de mais profissionais fonoaudiólogos nos setores; 2. Falta matérias de consumo (álcool gel 70%); 3. Falta de funcionários; 4. Falta de cursos, palestras sobre

	HOSPITAL A	HOSPITAL B
	riscos da Pneumonia; 5. Ausência de cursos de prevenção; 6. Não há rotina de higienização oral	pneumonias; 5. Falta de treinamento com relação às medidas preventivas

Na análise do quadro observa-se que a percepção dos profissionais em relação as potencialidades e fragilidades, independente da instituição, não difere muito. Dentre as potencialidades destacam principalmente a higienização das mãos e a posição da cabeceira como medidas preventivas à PH. No hospital B destacam também a estrutura física e a equipe de profissionais. No que se refere as fragilidades apontam principalmente questões de estrutura, de número de funcionários que precisam ser melhoradas e a necessidade de se investir na formação profissional. Destaque para o hospital A que aponta a inexistência de rotina para a higienização oral.

Em suma, poderia-se dizer que o conhecimento geral dos profissionais, que responderam a resposta correta na maioria da perguntas feitas, foi mediano. O conhecimento sobre higienização das mãos, uso de EPIs é satisfatório e, o conhecimento das demais medidas preventivas é incipiente, sendo que apenas 40% dos profissionais conhecem todas as medidas.

Em relação às práticas, observa-se melhor aderência a higienização das mãos (HM), embora tenham se identificados lacunas na HM em pacientes críticos e manipulação de feridas, drenos e cateteres. Um ponto positivo é que percentual elevado de profissionais reconhece que pode melhorar a adesão a HM.

Merece destaque o desconhecimento da higienização oral na prevenção da PH, evidenciando-se que não é rotina nos setores. Quando realizada, fica de responsabilidade principalmente dos cuidadores, familiares ou próprios pacientes. A presença da placa bacteriana na boca pode influenciar as terapêuticas médicas, devido aos fatores de virulência dos micro-organismos que nela se encontram, os quais podem ser agravados pela presença de outras alterações bucais como a doença periodontal, cáries, necrose pulpar, lesões em mucosas, dentes fraturados ou infectados, traumas provocados por próteses fixas ou móveis que podem trazer para o paciente, repercussões na sua condição sistêmica. Para estas condições serem adequadamente tratadas, faz-se

necessária a presença de um cirurgião-dentista em âmbito hospitalar como suporte no diagnóstico das alterações bucais e como coadjuvante na terapêutica médica; seja na atuação em procedimentos emergenciais frente aos traumas, em procedimentos preventivos quanto ao agravamento da condição sistêmica ou o surgimento de uma infecção hospitalar, procedimentos curativos e restauradores na adequação do meio bucal e maior conforto ao paciente (RABELO *et al*. 2010)

A dificuldade de deglutição igualmente merece destaque. Poucos percebem e comunicam esta dificuldade. Ainda há de se considerar a ausência de um profissional da fonoaudiologia em uma das instituições.

No que se refere às diretrizes internacionais, várias medidas são recomendadas para pneumonia por ventilação mecânica, entretanto, não há recomendações específicas para a prevenção PH em pacientes não ventilados. O cuidado com a higienização oral para estar associado a redução de PH, bem como, intervenções de mobilização precoce, diagnóstico rápido e tratamento da disfagia e programas para a prevenção da infecção cruzada da influenza nosocomial têm um impacto positivo na redução da PH. O impacto da posição do leito e da profilaxia de sangramento de estresse permanece incerto. A profilaxia antibiótica sistemática para a prevenção da PH deve ser evitada (PÁSSARO *et al*. 2016).

Corrobora-se com Vasco *et al*. (2015) que há a necessidade em se enfatizar a conscientização de toda a equipe em conhecer e praticar tais medidas de prevenção das pneumonias hospitalares nos diversos setores do ambiente hospitalar, mesmo que seja necessário modificar hábitos e atitudes através de treinamento e aperfeiçoamentos constantes em educação assistencial, a fim de minimizar a ocorrência destas afecções.

É imprescindível que os profissionais que prestam a assistência a estes pacientes se conscientizem que o cuidado destes é complexo e envolve a participação multi e interdisciplinar.

Pela escasses de estudos, encontrou-se dificuldade em elaborar o questionário para o presente, pois não foi localizado nenhum questionário validado que pudesse ser utilizado. Fica como intenção para estudo futuro, aprimorar e validar esta ferramenta para que possa utilizada em outras avaliações.

O convívio diário com profissionais da equipe de enfermagem e em observação de suas práticas rotineiras na assistências aos pacientes, onde muitas vezes o olhar destes profissionais está direcionado aos cuidados de forma mecânica, percebi a necessidade de aprender e compartilhar o conhecimento com os mesmos através desta pesquisa,

acerca da aplicação de medidas preventivas tão fundamentais para a recuperação dos enfermos e para a diminuição da incidência de pneumonias nos setores de internamento, priorizando assim a importância do cuidado humanizado, a redução do tempo de internamento e dos custos hospitalares e a diminuição da incidência das pneumonias adquiridas no ambiente nosocomial.

Cabe salientar que muitos empasses foram encontrados, como a rejeição de alguns profissionais com relação à aplicabilidade da pesquisa dentro de seus setores/alas, talvez por receio do desconhecido ou por falta de compreensão da importância da educação em saúde.

Porém, foram superados, pois de uma amostra de 255 profissionais em ambos os hospitais, 175 por livre e espontânea vontade decidiram contribuir com o estudo e reciclar seus conhecimentos e práticas, pois, perceberam que com tal proposta abriram-se portas para divulgar o conhecimento e propiciar cursos, palestras e aperfeiçoamento em ambas as instituições, sempre em prol da saúde, da reabilitação e do bem estar dos protagonistas deste ambiente, os pacientes.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, S. M.; DE QUEIRÓZ CORTÊS, A.; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** v. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009.

ANTUNES, A. P. S. **Análise da Percepção de Risco dos Profissionais de uma Instituição Hospitalar da Serra Catarinense: Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) - Universidade do Planalto Catarinense.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724:** informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

BASSI, G. L.; *et al*. The effects of direct hemoperfusion using a polymyxin B-immobilized column in a pig model of severe Pseudomonas aeruginosa pneumonia. **Annals of Intensive Care**, v. 6, n. 1, p. 58, 2016.

BARROS, L. F. N. M.; ALMEIDA, S. C. A. M.; MAEDA, B.; *et al*. orientações para a equipe de enfermagem na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 4, n. 2, p. 52-67, 2015.

BATISTA, S. A.; SIQUEIRA, J. D. S. S.; SILVA JR, A.; *et al*. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 2, p. 156-159, 2014.

BRASIL. ANVISA - Agência nacional de vigilância sanitária. Higienização das mãos em Serviços de Saúde. **ANVISA**, p. 10-50, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS - Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013a: Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, Acesso em: 04 Fev/2016.

BRASIL. ANVISA - Agência nacional de vigilância sanitária. Medidas

de prevenção de infecção relacionadas à assistência à saúde. **ANVISA**, ed. 1ª, p. 11-24, Brasília, 2013b.

CÂNDIDO, R. B. R.; *et al*. Avaliação das infecções hospitalares em pacientes críticos em um centro de terapia intensiva doi: http://dx. doi. org/10.5892/ruvrv. 2012.102. 148163. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 148-163, 2013.

CARDOSO, V. B. Entendimento dos enfermeiros intensivistas sobre as formas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde,** v.1, n.1, p. 25-34, 2015.

CARVALHO, C. R. R. Pneumonia associada à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** v. 32, n. 4, p.20-2, 2006.

CAVALCANTI, M.; VALENCIA, M.; TORRES, A. Respiratory nosocomial infections in the medical intensive care unit. **Microbes and infection,** v.7, n.2, p.292-301,2005.

CHAVES R. D.; CARVALHO C. R. F.; CUKIER A.; *et al.* Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** v.37, n.2, p. 176-183, 2011.

CIOATTO, K.; ZANELLA, N. A. Conhecimento da Enfermagem sobre assistência ao paciente disfágico. **Revista Saúde Santa Maria**, v. 41, n. 1, p.65-76, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. RESOLUÇÃO Nº 356, de 06 de dezembro de 2008 “Dispõe sobre a competência técnica e legal do fonoaudiólogo para atuar nas disfagias orofaríngeas.” Publicada no **Diário Oficial da União**, seção 1, Dez,2008.

DA CRUZ, F. L. C.; MENESES, M. D. R. R.; SERRA, S. C.; *et al.* Pneumonia associated with mechanical ventilation: preventive measures. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 56-59, 2011.

DA SILVA, L. T. R.; LAUS, A. M.; CANINI, S.; DA SILVA, R. M.; *et al*. Avaliação das medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica**. Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.19, n.6, p. 1329-36, 2011.

DA SILVA, P. R.; CAMPELO, S. M. A.; SOUSA, L. R. M.; *et al*. Medidas de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 2, p. 144-155, 2014.

DE FARIAS, G. M.; DA SILVA FREITAS, M. C.; DA ROCHA, K. D. M. M.; *et al*. Pacientes sob ventilação mecânica: cuidados prestados durante a aspiração endotraqueal. **InterSciencePlace,** v.1, n.9, 2015.

DE OLIVEIRA, T. F. L.; GOMES FILHO, I. S.; PASSOS, J.S.; *et al*. Fatores associados à pneumonia nosocomial em indivíduos hospitalizados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 630-636, 2011.

DE OLIVEIRA, L. T. A higiene e a segurança do trabalho aplicada em estabelecimentos de saúde. **Percurso Acadêmico - Revista Interdisciplinar da PUC Minas no Barreiro,** v. 5, n. 10, Jul./Dez., 2015.

DUCEL, G.; FABRY, J.; NICOLLE, L. **Prevention of hospital acquired infections: a practical guide.** Ed.n. 2, p. 1-15, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/emc>.

FERNANDA, M. A. I. A.; FREITAS, S. Ergonomia hospitalar e seu público-alvo. **Blucher Design Proceedings**, v. 2, n. 1, p. 1603-1610, 2015.

FILE JR, T. M.; MARRIE, T. J.; Burden of community-acquired pneumonia in North American adults. **Postgraduate medicine**, v. 122, n. 2, p. 130-141, 2010.

GNATTA, J. R.; BÁLSAMO, A. C.; DA SILVEIRA, I. R.; *et al*. Características de pneumonias hospitalares em pacientes sem ventilação mecânica. **Journal of Infection Control**, v. 3, n. 2, p.32-35, 2014.

GUIMARÃES, M. M. Q.; ROCCO, J. R. Prevalence of ventilator-associated pneumonia in a university hospital and prognosis for the patients affected. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 4, p. 339-46, 2006.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.22 n.2, p. 201-210 Brasília, 2006

HARINGER, D. M. Pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista Pulmão RJ**, p. 37, 2009.

LABEAU, S. O.; VAN de VYER, K.; BRUSSELAERS, N.; *et al*. Prevention of ventilator-associated pneumonia with oral antiseptics: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, v.11 n. 11, p. 845 – 854, 2011.

LACERDA, R. A. O significado político-social das infecções hospitalares e seu controle para a saúde coletiva. In: **FERNANDES, A.T. *et al*.; Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu, p.1618-32, 2000.

LACERDA, R. A.; MARTON, E. S.; SANTOS, M. C. L. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias.** São Paulo: Atheneu, p. 69-84, 2003.

MARQUES, S. R.; ABRAMCZYK, M. L; CARVALHO, E. S. Infecção hospitalar-medidas preventivas (isolamento e precauções). **Revista Pediatria Moderna**, v. 36, p. 55-62, 2000.

LORENTE, L.; LECUONA, M.; JIMÉNEZ, A.; *et al*. Ventilator-associated pneumonia with or without toothbrushing: a randomized controlled trial. **European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.** v.31, n. 10, p. 2621-9, 2012.

MASTERTON, R. G.; GALLOWAY, A.; FRENCH, G.; *et al*. Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia in the UK: report of the working party on hospital-acquired pneumonia of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v. 62, n. 1, p. 5-34, 2008.

MAZZO, A.; BARDIVIA, C. B.; JORGE, B. M.; *et al*. Cateterismo urinario permanente: práctica clínica. **Enfermería Global**, v. 14, n. 38, p. 50-59, 2015.

NEPOMUCENO, R. M.; MIRANDA, C. B.; NOGUEIRA C.; *et al*.

Fatores de risco modificáveis para pneumonia associada à ventilação mecânica em terapia intensiva. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v.4, n.1, p. 23-7, 2014.

NOGUEIRA, P. S. F.; MOURA, E. R. F.; COSTA, M. M. F.; *et al*. Perfil da infecção hospitalar em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem - UERJ**, v. 17, n. 1, p. 96-101, 2009.

O'HORO, J. C. *et al*. Differentiating infectious and noninfectious ventilator-associated complications: A new challenge. **American journal of infection control**, v. 44, n. 6, p. 661-665, 2016.

ORLANDINI, G.; LAZZARI, C. M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 33, n. 3 (set. 2012), p. 34-41**, 2012.

PACE, C. C; MCCULLOUGH, G. H. The association between oral microorgansimis and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. **Dysphagia**, v.25, n.4, p.307-322, 2010.

PADOVANI, A. R.; MORAES, D. P.; SASSI, F. C.; *et al*. Clinical swallowing assessment in intensive care unit. In: **CoDAS.** Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, vol. 25, n.1, p.1-7, 2013.

PÁSSARO, L.; HARBARTH, S.; LANDELLE, C. Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review. **Antimicrobial Resistance & Infection Control,** v. 5, n. 1, p. 43, 2016.

PHILIPPI JUNIOR, A.; SILVA NETO, A. J. Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação. In: **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação**. Manole, 2011.

PINHEIRO, P. G.; SALANI, R.; DE AGUIAR, A. S. W.; *et al*. Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial. **Periodontia**, v. 17, n. 03, p. 67-72, 2007.

PITTET, D.; BONTEN, M. J. M. Towards invasive diagnostic

techniques as standard management of ventilator-associated pneumonia. **The Lancet**, v. 356, n. 9233, p. 874, 2000.

POMBO, C. M. N.; ALMEIDA, P. C. de; RODRIGUES, J. L. N. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. supl 1, p. 1061-1072, 2010.

PRODOMO, L. P. V. Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias. In: JOTZ, G. P; DE ANGELIS, E. C; BARROS, A. P. B. **Tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança.** Rio de Janeiro: Revinter; p.61-67, 2010.

RABELO, G. D.; QUEIROZ, C. I.; SANTOS, P. S. S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med** Santa Casa São Paulo 55.2 (2010): 67-70.

RUFINO, R.; PUGLIESE, J. G.; KIRK, K.; *et al*. Pneumonia adquirida no hospital - visão crítica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 9, n. 2, p.30-40, 2010.

RUUSKANEN, O.; LAHTI, E.; JENNINGS, L. C.; *et al*. Viral pneumonia. **The Lancet**, v. 377, n. 9773, p. 1264-1275, 2011.

SETHI, S.; MURPHY, T. F. Infection in the pathogenesis and course of chronic obstructive pulmonary disease. **New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 22, p. 2355-2365, 2008.

SAMPAIO, C. P. S.; DIAS, I. M.; FARIA, F. M.; *et al*. Principais bactérias causadoras de infecção hospitalar. **Revista Digital EFDeportes.com.** Buenos Aires - Año 18 - Nº 182 - Julio de 2013**.** Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.

SANTOS, P. S. S.; DE MELLO, W. R.; WAKIM, R. C. S.; *et al*. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 2, p. 154-159, 2008.

SARTOR, G. D.; SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Patient safety in large-sized hospitals: panorama and challenges. **Cogitare enferm,** v. 21, n. 5, p. 01-08, 2016.

SCANNAPIECO, F. A. Pneumonia in nonambulatory patients: the role of oral bacteria and oral hygiene. **The Journal of the American Dental Association**, v. 137, p. S21-S25, 2006.

SCANNAPIECO, F. A.; SHAY, K. Oral health disparities in older adults: Oral bacteria, inflammation, and aspiration pneumonia. **Dental clinics of North America**, v. 58, n. 4, p. 771-782, 2015.

SILVA, S. G. D.; NASCIMENTO, E. R. P.d.D.do; SALLES, R. K. D. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecâ- nica: uma construção coletiva. Revista Texto & Contexto- Enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. 4, 2012

SILVA, A. R. A. D.; CAMPOS, A. L. M. D.; GIRALDES, J. M.; *et al*. Uso de simuladores para treinamento de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 5-11, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica – 2007. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** v,33 (Suplemento 1): p.1-30, 2007.

SOUZA, B. B. A.; MARTINS, C.; CAMPOS, D.J., *et al*. Nutrição e disfagia – guia para profissionais. Curitiba: **Nutroclínica,** p. 17-22, 2003.

SPELLBERG, B.; TALBOT, G. Recommended Design Features of Future Clinical Trials of Antibacterial Agents for Hospital-Acquired Bacterial Pneumonia and Ventilator-Associated Bacterial Pneumonia. **Clinical Infectious Diseases**, v. 51, n. Supplement 1, p. S42-S47, 2010.

TABLAN, O. C; ANDERSON, L. J.; BESSER, R.; *et al*. **Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia: Recommendations of centers for disease control and prevention and healthcare infection control practices advisory committee**; v. 53, n3, p. 1-36, 2003. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtm/rr530321.htm>.

THINENA, N. C.; MORAESB, A. C. F. Manual de orientação de posicionamento e execução de atividades da vida diária para pacientes com acidente vascular cerebral. **Caderno de Terapia Ocupacional - UFSCar,** v. 21, n. 1, p. 131-139, São Carlos, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca Universitária. **Trabalho acadêmico: guia fácil para diagramação: formato A5.** Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/design/GuiaRapido2012.pdf>. Acesso em Março de 2017.

VASCO, A. M. V; DA SILVA, L. M.; PINHEIRO, F. G. M. S. Tecnologias e avanços nos estudos da assistência ao paciente com pneumonia associada à ventilação mecânica. **Caderno de Graduação de Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT**, v. 2, n.3, p.81-96, 2015.

VILELA, M. C. N.; FERREIRA, G. Z.; SANTOS, P. S. S.; *et al*. Cuidados bucais e pneumonia nosocomial: revisão sistemática. **Revista Einstein**, v.13, n.2, p.290-296, 2015.

WEBER, D. J.; RUTALA, W. A; SICKBERT-BENNETT, E. E.; *et al*. Microbiology of ventilator–associated pneumonia compared whith that of hospital-acquired pneumonia. **Infection Control**, v.28, n.07, p. 825-831, 2007.

ZHANG, Z.; DUAN, J. Nosocomial pneumonia in non-invasive ventilation patients: incidence, characteristics, and outcomes, **Journal of Hospital Infection,** 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2015.06.016>.

ANEXOS

Anexo 1 – Documento de Aprovação no CEP

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Pesquisador: Anelise Viapiana Masiero

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55726116.0.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.623.273

Apresentação do Projeto:

CONHECIMENTO E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS MEDIDAS DE
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Objetivo da Pesquisa:

Verificar o conhecimento e atitudes dos profissionais da equipe de enfermagem acerca das medidas de prevenção da pneumonia adquirida em ambiente hospitalar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Considera-se que os riscos sejam pequenos, pois, será aplicado um questionário com quem desejar, de livre e espontânea vontade, participar da pesquisa e não haverá a realização de nenhuma intervenção com o paciente. A confidencialidade dos dados dos pesquisados serão assegurados pelo pesquisador. Considerando a possibilidade do risco de algum profissional se sentir psicologicamente abalado ou desconfortável com a pesquisa, o pesquisador
realizará o encaminhamento do mesmo ao serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde pelo Sistema Único de Saúde ou, se este preferir, ao setor de Psicologia de ambas as instituições, em comum acordo com os profissionais Psicólogos responsáveis das instituições,previamente

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC

Continuação do Parecer: 1.623.273

informados, com o intuito de colocar à disposição do funcionário a possibilidade de sanar tal evento.
Benefícios:entende-se que os benefícios superam os riscos uma vez que, se identificado que não há uma percepção plena das medidas preventivas da Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar será proposto às Instituições Hospitalares e às equipes de enfermagem nelas atuantes, a realização de palestras oferecidas gratuitamente pelo pesquisador acerca das medidas de prevenção das pneumonias hospitalares, com a participação voluntária dos funcionários. Estas ações tem o intuito de fornecer a oportunidade de aprimoramento e a reciclagem de conhecimentos à toda equipe profissional. Desta forma, visando a educação continuada em saúde, prioriza-se a segurança e o bem estar do paciente e, por fim, acaba conscientizando os profissionais com relação a importância de se aplicar devida e rotineiramente as medidas de prevenção da pneumonia,contribuindo-se assim para a diminuição dos custos hospitalares, para a redução do índice de morbimortalidade e do tempo de internamento do paciente.Caso os profissionais demonstrem conhecimentos e atitudes suficientes com relação as medidas preventivas, estas instituições de Saúde poderão servir de exemplo para outras instituições.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa relevante e que respeita as diretrizes de pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Respeita as diretrizes de pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Respeita as diretrizes de pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:
O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.
O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1228
Bairro: Universitário **CEP:** 88.509-900
UF: SC **Município:** LAGES
Telefone: (49)3251-1088 **E-mail:** cep@uniplaclages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC

Continuação do Parecer: 1.623.273

responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_686622.pdf	04/07/2016 09:46:35		Aceito
Declaração de Pesquisadores	nova_declaracao_compromisso.pdf	04/07/2016 09:46:16	Anelise Viaplana Masiero	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final.pdf	31/05/2016 16:57:32	Anelise Viaplana Masiero	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novo_TCLE.pdf	31/05/2016 16:57:20	Anelise Viaplana Masiero	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_cep_val.docx	29/04/2016 15:11:27	Anelise Viaplana Masiero	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_val.pdf	05/04/2016 16:01:25	Anelise Viaplana Masiero	Aceito
Outros	declaracao_concordancia2.pdf	05/04/2016 16:01:20	Anelise Viaplana Masiero	Aceito
Outros	declaracao_concordancia1.pdf	05/04/2016 16:00:55	Anelise Viaplana Masiero	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

LAGES, 05 de Julho de 2016

Assinado por:
Odilia Maria Waldrich
(Coordenador)

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226
Bairro: Universitário **CEP:** 88.509-900
UF: SC **Município:** LAGES
Telefone: (49)3251-1088 **E-mail:** cep@uniplaclages.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE 1 –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____residente e domiciliado_____ portador da Carteira de Identidade, RG (_____), nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa **"CONHECIMENTO E ATITUDES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR".** Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O projeto objetiva avaliar o conhecimento e atitudes dos profissionais da equipe de enfermagem em relação as medidas de prevenção da pneumonia adquirida em ambiente hospitalar em dois Hospitais de grande porte situados na macrorregião da Serra Catarinense.

2. A relevância da pesquisa está em identificar o conhecimento e as práticas dos profissionais que atuam diariamente nos cuidados com os pacientes, para que posteriormente, se necessário, trabalhar a conscientização e o aprimoramento de rotinas da equipe de enfermagem, com o intuito de melhorar a aplicabilidade das medidas preventivas, buscando minimizar ou reduzir a incidência das pneumonias hospitalares.
3. Participarão da pesquisa os profissionais da equipe de enfermagem dos setores de internação/alas dos hospitais, exceto os profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Ambulatórios e Setor de Emergência.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio da coleta de dados, após aplicação de questionário quanti-qualitativo direcionado aos profissionais da equipe de enfermagem dos setores/alas de internação de pacientes, salvaguardando a confidencialidade dos dados.
5. Conforme preconiza a Resolução 466/12 do CNS qualquer pesquisa que envolve seres humanos direta ou indiretamente poderá causar algum tipo de risco a sua integridade física ou psíquica. Considerando o presente estudo, considera-se que os riscos são mínimos, pois, serão utilizados apenas os dados do questionário respondidos pelos profissionais de forma anônima e com autorização pré estabelecida através do TCLE. Não haverá nenhuma intervenção com os pacientes. Os pesquisadores asseguram a confidencialidade dos dados.
6. Como benefício, propõe-se dar retorno aos profissionais através da execução de palestras gratuitas, fornecidas às instituições participantes para todos os funcionários que voluntariamente desejarem participar e reciclar seus conhecimentos. Os resultados obtidos na pesquisa serão apresentados a equipe de profissionais e à gestão hospitalar, afim de propor melhorias nas rotinas e reforçar a importância das medidas preventivas, em especial da pneumonia hospitalar, enfatizando os benefícios que elas podem trazer às instituições, contribuindo assim para a diminuição dos custos e para a redução da incidência das infecções hospitalares.
7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a professora Anelise V. Masiero, orientadora do projeto.

8. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.
10. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa que estarão disponíveis com a autora da pesquisa contato pelo telefone 32511145.

11. DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, _____ de _____ de_____

_____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsáveis pelo projeto:

Dra. Anelise V. Masiero – Orientadora

_____

Mestranda Valquíria C. Ribeiro

Endereço para contato: Avenida Castelo Branco, 170 – Bairro Universitário, Lages – SC Telefone para contato: (49) 32511145

E-mail:avmasiero@gmail.com; valq.ribeiro@hotmail.com

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO

HOSPITAL: A ( ) B ( ) – Setor /Ala nº:_____

Dados sócio - demográficos do profissional

1. Idade _____anos
2. Sexo: 1- ( ) Masculino 2- ( ) Feminino
3. Estado Conjugal
1- ( ) Solteiro 2- ( ) Casado ou moro com companheiro
3- ( ) Divorciado/separado 4- ( ) Viúvo
4. Formação Profissional
1- ( ) Enfermeiro 2- ( ) Técnico de Enfermagem 3- ( ) Auxiliar de Enfermagem
5- Cargo que ocupa na instituição
1- ( ) Enfermeiro 2- ( ) Técnico de Enfermagem 3- ( ) Auxiliar de Enfermagem
6-Tempo de formação: _____em anos
7-Tempo de atuação profissional: _____em anos
8-Tempo de atuação na instituição: _____em anos
9-Tempo de atuação na função: :_____em anos
10- Vínculo empregatício:
1- ( ) Concursado 2- ( ) Contratado
11- Carga Horária de Trabalho Semanal:
1- ( ) até 10h 2- ( ) até 20h 3- ( ) até 30h 4- ( ) até 40h
5- ( ) até 50h 6- ( ) até 60h
12- Turno de Trabalho:
1- ( ) Matutino 2- ( ) Vespertino 3- ( ) Noturno
13- Em qual setor/ala você está trabalhando atualmente:
Hospital A: ( ) A1; ( ) A2; ( ) A3; ( ) A4; ( ) A5; ( ) A6
Hospital B: ( ) B1; ( ) B2; ( ) B3; ( ) B4; ( ) B5; ( ) B6
14- Você desenvolve alguma atividade profissional fora do Hospital?
1- ( ) Sim 2- ( ) Não
Se sim, qual turno?
1- ( ) Matutino 2- ( ) Vespertino 3- ( ) Noturno

Responda o Questionário abaixo:
1. Com que frequência você tem contato direto com pacientes durante

o seu dia de trabalho?
( ) entre 1 a 5
( ) entre 6 a 10
( ) entre 11 e 15
( ) mais que 15
( ) Não tenho contato

2. Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar é?
1- ( ) uma infecção hospitalar que ocorre em até 24 horas de internação.
2- ( ) uma infecção hospitalar que ocorre após 48 à 72 horas de internação.
3- ( ) uma infecção que já está incubada no paciente no momento de seu internamento;
4- ( ) desconheço

3. Quais fatores relacionados à Assistência tem relação com a Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar:
1- ( ) Higienização das mãos
2 - ( ) posição do paciente no leito
3 - ( ) higienização oral
4 - ( ) manipulação com luvas do paciente, medicamentos e equipamentos
5 - ( ) nenhuma das alternativas
6 - ( ) todas as anteriores
7 - ( ) não sei

4. A higienização das mãos é realizada quando:
1- ( ) entra na Ala/ Setor
2- Após utilizar o banheiro
3- Após atividades administrativas (manuseio de papéis, computador, conferência de material)
4- ( ) antes de entrar em contato com pacientes
5- ( ) após contato com paciente
6- ( ) antes e após entrar em contato com pacientes
7- ( ) antes de realizar procedimentos
8- ( ) após realizar procedimentos
9- ( ) antes e após realizar procedimentos
10- ( ) após retirar as luvas
11- ( ) antes de preparam medicamentos

5. Quando se usa luvas a higienização das mãos:
1 - ( ) antes de entrar em contato com pacientes que envolvam mucosas, sangue ou outros fluídos corpóreos, secreções ou excreções.
2 - ( ) após entrar em contato com pacientes que envolvam mucosas, sangue ou outros fluídos corpóreos, secreções ou excreções.
3 - ( ) antes e após entrar em contato com pacientes que envolvam mucosas, sangue ou outros fluídos corpóreos, secreções ou excreções.
4 - ( ) Desconheço

6. Você conhece e realiza a técnica adequada de higienização das mãos?
1 - ( ) sim;
2 - ( ) não;
3 - ( ) às vezes;
4 - ( ) desconheço

7. Em relação a estrutura física próxima aos leitos dos pacientes para realização da higienização das mãos existem:
1- Pias - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes ( ) desconheço
2-Sabonete - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes ( ) desconheço
3-Papel toalha - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes ( ) desconheço
4-Álcool gel a 70% - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes ( ) desconheço

8. No manuseio de um único paciente, envolvendo contato com diversos sítios corporais, entre cada uma das atividades:
1 - ( ) a higienização das mãos necessita ser realizada várias vezes
2 - ( ) a higienização das mãos não necessita ser realizada várias vezes
3 - ( ) Desconheço

9. A higienização das mãos com uso de antisséptico é realizada para:
1 - ( ) para qualquer tipo de procedimento em qualquer paciente
2 - ( ) Para procedimentos invasivos em qualquer paciente
3 - ( ) para qualquer tipo de procedimento em paciente crítico
4 - ( ) Para procedimentos invasivos em paciente crítico
5 - ( ) Para contato direto com feridas/e ou dispositivos como cateteres e drenos
6 - ( ) Desconheço

10. Quando a higienização das mãos é recomendada, quantas vezes você realmente higieniza suas mãos?
( ) 0% ( )10% ( )20% ( )30% ( )40% ( )50%
( ) 60% ( )70% ( )80% ( )90% ( )100%

11. Você acha que pode melhorar sua adesão a higienização das mãos?
1 - ( ) sim
2 - ( ) não
3 - ( ) talvez
4 - ( ) considero suficiente

12. Pode ser difícil para você usar produtos alcoólicos devido a:
1 - Esquecimento ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes ( ) desconheço
2 - Falta de tempo ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes ( ) desconheço
3 - Pele Danificada ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes ( ) desconheço
4 - Ausência do produto no setor ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes ( ) desconheço
5 - Não deixo de usar ( )
6 - Não se Aplica ( )

13. Muda-se de luvas durante:
1 - ( ) diferentes procedimentos com o mesmo paciente
2 - ( ) procedimentos em pacientes diferentes
3 - ( ) utiliza-se apenas um par de luvas para cada paciente
3 - ( ) Desconheço
4 - ( ) Não se Aplica

14. Você calça luvas ao manipular ou administrar:
1- medicamentos ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes; ( ) desconheço
2- sondas de aspiração traqueal – ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes; ( ) desconheço
3- alimentação por sondas – ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes; ( ) desconheço
4- alimentação por via oral - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes; ( ) desconheço
5- instrumentos de higienização oral - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes; ( ) desconheço
6- o paciente e posicioná-lo no leito - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes; ( ) desconheço

7- manuseio e/ou descarte de materiais pérfuro-cortantes - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes; ( ) desconheço
8- sondas enterais ou vesicais - ( ) sim; ( ) não; ( ) às vezes; ( ) desconheço

15. O uso de Equipamentos de Proteção individual (EPI) deve ser utilizado :
1 - ( ) previamente ao contato com os pacientes
2 - ( ) Durante o contato com os pacientes
3 - ( ) Não deve ser usado
4 - ( ) Desconheço

17. São considerados EPIs (Equipamentos de Proteção Individual):
1 - ( ) Luvas, aventais, máscaras, óculos e toucas descartáveis;
2 - ( ) Somente luvas descartáveis
3 - ( ) Luvas e aventais descartáveis
4 - ( ) Desconheço
18. Para impedir a aspiração de secreções e fluidos a posição da cabeceira durante o repouso do paciente deve ser:
1 - ( ) Supina
2 - ( ) 30-45º
3 - ( ) 90º
4 - ( ) Desconheço

19. A realização das higienizações orais é rotina obrigatória do setor/ala onde atua?
1 - ( ) Sim;
2 - ( ) Não;
3 - ( ) Desconheço

20. As higienizações orais são realizadas?
1 - ( ) pela manhã somente antes do dejejum
2 - ( ) pela manhã somente após o dejejum
3 - ( ) pela manhã antes e depois do dejejum
4 - ( ) sempre após a oferta de dieta por via oral
5 - ( ) sempre após a oferta de dieta por sonda
6 - ( ) de 1 a 3 vezes ao dia independente do período e da oferta de dieta
7 - ( ) não são realizadas
8 - ( ) Desconheço

21. Quando realizada a higienização oral esta é feita:
1 - ( ) de forma mecânica (escovação com creme dental)
2 - ( ) de forma química (solução)
3 - ( ) ambas
4 - ( ) Desconheço.

22. Quem realiza a escovação?
1 - ( ) enfermeiro
2 - ( ) técnico de enfermagem
3 - ( ) auxiliar de enfermagem
4 - ( ) cuidador/ ou familiar do paciente
5 - ( ) próprio paciente
6 - ( ) Desconheço

23. Quando realizada a higienização química, qual a melhor solução para ser utilizada?
1 - ( ) clorexidina a 0,2%
2 - ( ) clorexidina a 0,12%
3 - ( ) clorexidina a 2%
4 - ( ) qualquer umas dessas concentrações
5 - ( ) qualquer enxaguatório bucal
6 - ( ) Desconheço

24.Em relação aos procedimentos de nebulização:
Os nebulizadores, inaladores e filtro umidificador são trocados para o mesmo paciente
1 - ( ) de acordo com a rotina da instituição
2 - ( ) a cada 24h
3 - ( ) a cada 48h
4 - ( ) a cada 72h
5 - ( ) Desconheço

25. Para aspiração orotraqueal usa-se sondas:
1 - ( ) descartáveis e desinfectadas
2 - ( ) descartáveis e esterelizadas
3 - ( ) não descartáveis e esterelizadas
4 - ( ) não descartáveis e desinfectadas
5 - ( ) Desconheço

26. Os frascos que condicionam a secreção aspiradas são lavados:

1 - ( ) toda a vez que são utilizados com uso de água corrente
2 - ( ) toda a vez que são utilizados com uso de água e detergente
3 - ( ) toda a vez que são utilizados com uso de álcool gel
4 - ( ) são descartados
5 - ( ) Desconheço

27. Quando o paciente apresenta uma dificuldade de deglutição você considera importante que o Fonoaudiólogo seja solicitado para avaliar este paciente?
1 - ( ) sim
2 - ( ) não
3 - ( ) desconheço

28. Você possui o hábito de perceber e comunicar ao seu superior ou diretamente ao Fonoaudiólogo as dificuldades de Deglutição dos pacientes?
1 - ( ) sim, percebo e comunico ao superior ou Fonoaudiólogo
2 - ( ) sim, percebo mas não comunico
3 - ( ) não percebo e nem comunico
4 - ( ) não há Fonoaudiólogo atuando neste setor/ala
5 - ( ) sim e é solicitada a avaliação do Fonoaudiólogo

29. É rotina do setor registrar nos prontuários a prática das medidas:
1 - ( ) Higienização das mãos
2 - ( ) Higienização oral
3 - ( ) Posição da cabeceira do leito durante repouso
4 - ( ) Dificuldades de deglutição dos pacientes
5 - ( ) Avaliação e conduta do Fonoaudiólogo, pelo próprio profissional
6 - ( ) A aplicação das condutas orientadas pelo Fonoaudiólogo à equipe
7 - ( ) desconheço
8 - ( ) não se aplica

30- Você se sente orientado(a) e informado (a) sobre a prevenção da Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar?
1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Parcialmente

31. Quais as principais fragilidades e potencialidades que você observa no seu setor/ala em relação a prevenção da Pneumonia Adquirida em Ambiente Hospitalar?

_____