



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO**  
**HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL – PPGSTEH**

**MARISE OLIVEIRA DA COSTA**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS RELACIONADAS AO CONTROLE DE INFECÇÃO**  
**ENTRE ACOMPANHANTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO EM UM**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**RIO DE JANEIRO**

**2019**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO**  
**HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL – PPGSTEH**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS RELACIONADAS AO CONTROLE DE INFECÇÃO**  
**ENTRE ACOMPANHANTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO EM UM**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Relatório de Pesquisa apresentado à Banca de Docentes  
como critério de obtenção do título de Mestre junto ao  
Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no  
Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional, da UNIRIO.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Aragão Machado

**RIO DE JANEIRO**

**2019**

**MARISE OLIVEIRA DA COSTA**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS RELACIONADAS AO CONTROLE DE INFECÇÃO  
ENTRE ACOMPANHANTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Relatório de Pesquisa apresentado à Banca de Docentes  
como critério de obtenção do título de Mestre junto ao  
Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no  
Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional, da UNIRIO.

---

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado

Presidente (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

---

Prof. Dr. Thiago Quinellato Louro

Primeiro Examinador (Universidade Federal Fluminense – UFF)

---

Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior

Segundo Examinador (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fernanda Maria Vieira Pereira

Suplente Externo (Universidade Federal Fluminense – UFF)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Priscila de Castro Handem

Suplente Interno (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

Ao meu esposo Antônio Martins José e nosso filho Ivan Oliveira da Costa Martins José, que compartilharam lado a lado os meus momentos mais difíceis. Souberam compreender as minhas dificuldades, me apoiando com gestos, atitudes e palavras carinhosas a prosseguir no meu estudo com o propósito de transformar o meu sonho em realidade que deixarei de legado para meu filho Ivan.

Aos meus pais Ivan Fernandes da Costa e Margarida Oliveira da Costa, com todo carinho e amor mútuo, sempre vibraram e souberam valorizar o estudo como uma pedra preciosa para alcançar o sucesso profissional.

À minha querida irmã Solange Oliveira da Costa e meus sobrinhos Isabel e Daniel que reconheceram o quanto foi e está sendo o meu esforço por este estudo.

## **AGRADECIMENTO**

À Enfermeira Mestre Monik Nowotny Gomes que não se deixa vencer pelo cansaço quando se fala em estudo. É uma incentivadora sem dimensão, é amiga e muito me motivou a concluir mais uma etapa da minha vida profissional.

Ao Profº. Dr. Daniel Aragão Machado, que com sua perspicácia, destreza, comprometimento com o Papel de Orientador, foi determinante no cumprimento dos meus deveres.

À Profª. Drª. Danielle Galdino de Paula, na sua função de coordenadora do programa Mestrado Profissional, sempre muito receptiva em todos os momentos que foi solicitada por mim.

Ao Corpo Docente e Administrativo da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto que muito me incentivou a prosseguir nesta caminhada rumo a um título extremamente importante pra minha carreira profissional.

Aos colegas de trabalho do HUGG, em especial aos Enfermeiros do Serviço Noturno “C” e a minha Equipe de Enfermagem da Oitava Enfermaria, que compartilharam a minha inquietude de vencer a construção deste trabalho.

## RESUMO

A permanência dos acompanhantes de pacientes nas unidades hospitalares requer um olhar mais apurado da equipe de saúde com o controle da infecção. Este estudo versa sobre práticas educativas praticadas com acompanhantes de pacientes internados em instituições hospitalares e que estejam em situação de isolamento. Objetiva identificar o conhecimento acerca de precaução, isolamento, transmissão e infecção hospitalar de acompanhantes de pacientes em isolamento; e criar uma tecnologia educacional, tipo *folder*, para orientação destes acompanhantes. Foi aplicado um questionário, com perguntas fechadas, a 30 acompanhantes de pacientes em situação de isolamento, selecionados por conveniência, internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas de um Hospital Federal Universitário. A população foi de maioria feminina, com escolaridade em nível médio e tempo médio de permanência como acompanhante de 34 dias. Não houve uniformidade no conhecimento sobre a doença do paciente, tão pouco sua possibilidade de transmissão de infecção. Há valorização da prática de lavagem das mãos, entretanto apenas antes da entrada no leito. A enfermeira se apresentou como principal profissional responsável pelas orientações aos acompanhantes, entretanto a maior parte dos acompanhantes não recebeu orientação sobre medidas de isolamento na unidade, o que colabora para atitudes e comportamentos inadequados. A partir destes resultados espera-se que o instrumento criado consiga modificar as práticas apresentadas pelos acompanhantes e os índices de infecção hospitalar sejam reduzidos.

Descritores: Enfermagem. Infecção hospitalar. Precaução

## **ABSTRACT**

The accompanying persons stay in the hospital units requires a more accurate look by the healthcare staff on the infection control. This study is about educational drills applied by hospitalized patient's accompanying persons in hospital institutions, who are also at the isolation ward. Its objective is to identify the isolated patients' accompanying persons knowledge regarding precaution, isolation, transmission and hospital infection; and create an educational technology as *folder* in order to instruct the hospitalized patients' accompanying persons that are in isolation. A close-ended questionnaire has been applied to 30 patients' accompanying persons, selected by convenience, who are hospitalized in a Federal University Hospital's clinical and surgical wards. The sample were mostly of women, with high school level of schooling and average length of stay as accompanying person of 34 days. There have been no uniformity of the knowledge about the patient's disease, as well as the infection transmission probability. The practice of washing hands have been valued, however, only before entering the ward. The nurse presented herself as main professional responsible for instructing the accompanying persons, however, the majority of the accompanying persons haven't received any instruction related to isolation measures at the unit, what collaborates to inappropriate attitudes and behaviors. Based on these results, it's expected that both the created tool can modify the practice presented by the accompanying persons and that the hospitalar infection rates are reduced.

**Keywords:** Hospital infection; Nursing; Precaution.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|             |                                                      |
|-------------|------------------------------------------------------|
| ANVISA      | Agência Nacional de Vigilância Sanitária             |
| AIDS        | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida               |
| CCIH        | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar          |
| CDC         | Centers for Disease Control and Prevention           |
| CEP         | Comitê de Ética em Pesquisa                          |
| EPIs        | Equipamentos de Proteção Individual                  |
| HEPA        | High Efficiency Particulate Arrestance               |
| HIV         | Vírus da Imunodeficiência Humana                     |
| HTLV I e II | Vírus Linfotrópico da Célula Humana Tipo I e Tipo II |
| HUGG        | Hospital Universitário Gaffrée e Guinle              |
| IH          | Infecção Hospitalar                                  |
| IRCS        | Infecções Relacionadas ao Cuidar em Saúde            |
| NICC        | Comitê de Controle de Infecção Nosocomial            |
| OMS         | Organização Mundial de Saúde                         |
| TE          | Tecnologias Educacionais                             |
| TED         | Tecnologias Educacionais Digitais                    |



## LISTA DE SÍMBOLOS

|   |                 |
|---|-----------------|
| n | Número Absoluto |
| % | Frequência      |

## SUMÁRIO

|              |                                                                                             |           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                     | <b>10</b> |
| <b>1.1</b>   | <b>Objetivos.....</b>                                                                       | <b>15</b> |
| <b>1.2</b>   | <b>Justificativa .....</b>                                                                  | <b>15</b> |
| <b>2</b>     | <b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>                                                            | <b>17</b> |
| <b>2.1</b>   | <b>Sobre o enfermeiro como educador e suas tecnologias .....</b>                            | <b>17</b> |
| <b>2.2</b>   | <b>Sobre atuação do enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional .....</b>        | <b>20</b> |
| <b>2.3</b>   | <b>Sobre precauções padrão e por modo de transmissão .....</b>                              | <b>20</b> |
| <b>2.3.1</b> | <b>Precauções para transmissão por via aérea ou respiratória .....</b>                      | <b>23</b> |
| <b>2.3.2</b> | <b>Transmissão por exposição a sangue e outros fluídos corpóreos .....</b>                  | <b>23</b> |
| <b>2.3.3</b> | <b>Uso Empírico das Precauções .....</b>                                                    | <b>23</b> |
| <b>3</b>     | <b>METODOLOGIA .....</b>                                                                    | <b>27</b> |
| <b>3.1</b>   | <b><i>Sobre o produto: Tecnologia Educacional (APENDICE C).....</i></b>                     | <b>28</b> |
| <b>4</b>     | <b>RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>                                                        | <b>29</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>Sobre os dados demográficos.....</b>                                                     | <b>29</b> |
| <b>4.2</b>   | <b>Sobre os cuidados e conhecimentos acerca de precauções.....</b>                          | <b>32</b> |
| <b>5</b>     | <b>CONCLUSÃO.....</b>                                                                       | <b>44</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                    | <b>45</b> |
|              | <b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados .....</b>                                    | <b>48</b> |
|              | <b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>                        | <b>50</b> |
|              | <b>APÊNDICE C – Folder de Orientação aos Acompanhantes de Pacientes em Isolamento .....</b> | <b>52</b> |
|              | <b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP-HUGG.....</b>                                   | <b>5</b>  |
|              | <b>ANEXO B – Carta de Autorização da Instituição .....</b>                                  | <b>5</b>  |
|              | <b>ANEXO C – Submissão de artigo I .....</b>                                                | <b>5</b>  |



## 1 INTRODUÇÃO

Existe uma preocupação constante dos profissionais de saúde em promover condições adequadas para o tratamento e recuperação da saúde dos pacientes nas unidades hospitalares, minimizando os riscos de Infecção Hospitalar (IH).

A infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após a admissão do paciente, manifestada durante o período de internação ou após a alta. Convencionam-se as infecções hospitalares quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticas, realizados durante o período de internação que se manifestam antes de 72 horas de internação, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998). As infecções hospitalares elevam as taxas de mortalidade e morbidade, o tempo de permanência, as taxas de ocupação e os custos do tratamento dos pacientes nos hospitais (MAZIERO et al., 2012).

Para que haja infecção hospitalar, é necessária a relação entre um microrganismo desencadeador de uma infecção, um vetor de transmissão e um hospedeiro susceptível. Os fatores predisponentes à infecção hospitalar estão ligados à própria situação de saúde e doença, ou a métodos invasivos e ambientais que o paciente está exposto.

Nos hospitais, as principais fontes de infecção decorrem: do paciente, visitantes ou acompanhantes, dos profissionais de saúde, do manuseio e limpeza de equipamentos médicos assistenciais e da estrutura física. Dentre as principais causas da IH é a infecção cruzada, ocasionada pela transmissão de um microrganismo de um paciente para o outro, cuja transmissão se faz também através das mãos dos profissionais da área de saúde, acompanhantes e visitantes. A prática de higienização das mãos restringe a transmissão de patógenos e, principalmente a incidência de infecções relacionadas ao cuidar em saúde (IRCS), sendo julgada uma providência simples, mas de grande relevância (RIBEIRO, 2016).

As infecções relacionadas com a assistência em saúde, em unidades hospitalares, ambulatoriais ou até mesmo domiciliares, constituem um grave problema para os serviços responsáveis por essas modalidades de assistência e um desafio constante para a garantia da qualidade e segurança da atenção à saúde (TURRINI; SANTO, 2002).

A transmissão da IH em indivíduos suscetíveis, ocorre basicamente por contato direto ou indireto, gotículas, aerossóis, veículo comum e vetores, sendo resultante da interação do microrganismo, do mecanismo de transmissão e do hospedeiro (CORREA, 2005 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013). A infecção cruzada é uma das principais causas da infecção hospitalar, causada pela transmissão de um microrganismo de um paciente para outro, causada

principalmente pelas mãos dos acompanhantes, visitantes e profissionais de saúde (FREIBERGER et al., 2011 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

Os custos para o tratamento sejam diretos, indiretos ou preventivos, estão ligados aos investimentos para se evitar, diminuir e controlar as infecções hospitalares. Sendo assim, exigem a implantação e a manutenção de um serviço exclusivo como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (ANDRADE, 2005).

Andrade (2005) ressalta também os custos imensuráveis tais quais, a dor e o sofrimento do paciente e de sua família, que comprometem a qualidade de vida; haja vista que podem chegar a consequências muito graves, como a inatividade de algum membro, ou a perda das funções de um órgão ou, até a morte consequente da infecção hospitalar.

Uma inúmera variedade de micro-organismos, especialmente bactérias estão presentes no meio ambiente hospitalar. Muitos destes agentes bacterianos, embora normalmente não patogênicos, são capazes rapidamente de se aproveitarem da baixa resistência dos pacientes imunodeprimidos causando manifestações clínicas (SANTOS, 1991 apud CUNHA, 2002).

O conhecimento sobre IH surgiu no período medieval, mas até os dias de hoje existem dificuldades entre aqueles que circulam no ambiente hospitalar a cerca dos riscos presentes, em particular o grupo de acompanhantes. Faz-se necessária uma orientação de adequada a este grupo (FREIBERGER et al., 2011 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

Sabe-se que a reponsabilidade pelo cuidado, no ambiente hospitalar, é da equipe de saúde, entretanto, familiares e acompanhantes que eventualmente não tenham conhecimentos específicos em saúde, assumem esta responsabilidade frente a seus entes. Cumpre lembrar que os cuidados assumem novas características, diferenciando-se daqueles praticados em ambiente domiciliar, fato que nem sempre é entendido pelo grupo denominado de acompanhantes (SOUZA; OLIVEIRA, 2010 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

No âmbito da Infecção Hospitalar, a prevenção e o controle surgem no século XIX com a matriarca da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale, que com seu pioneirismo na área, instituiu atos como a individualização do cuidado, o isolamento, a separação por níveis de complexidade e a diminuição do número de leitos em enfermarias, com o intuito de diminuir a contaminação hospitalar. Nightingale interferiu no índice de transmissão de agentes infecciosos, reduzindo o índice de mortalidade de soldados durante a Guerra da Criméia, sendo também a precursora das estatísticas administrativas hospitalares por meio de seus conhecimentos de enfermagem (MAZIERO et al., 2012; RABELO; SOUZA, 2009).

Além disso, Nightingale chamou atenção para a importância do controle ambiental, pois acreditava que quando impuro era o grande e principal causador de doenças; portanto, controlava-se o ambiente como modo de prevenção. Sua preocupação ia além das técnicas assépticas. Equipou os hospitais completamente e reorganizou a Enfermagem para melhor assistir aos doentes.

Seguindo com a retrospectiva histórica sobre o controle de infecção hospitalar, não se pode deixar de citar Ignaz Semmelweis que, em 1847, tornou vigente a lavagem das mãos por todos os médicos, estudantes de medicina e equipe de enfermagem, tornando possível a redução da mortalidade por febre puerperal. Destaca-se também Joseph Lister que, em 1865, investiu na lavagem das mãos, desinfecção de instrumentais e campos cirúrgicos com intuito de diminuir a infecção em suas cirurgias (MAZIERO et al., 2012).

As Infecções Hospitalares constituem um sério problema de saúde desde a criação dos primeiros hospitais, quando ainda não se dispunha do conhecimento microbiológico, bem como do princípio da transmissão das doenças (MARTINS, 2001 apud CUNHA, 2002).

Couto (1997) diz que na história da saúde a infecção hospitalar é tão antiga quanto à origem dos hospitais. No ano 325 d.C., quando bispos da Igreja Católica passaram a abrigar pessoas doentes em galpões junto às catedrais existentes na Europa, surgiram os primeiros registros de Infecções Hospitalares (IH). Durante séculos os doentes foram tratados sem serem separados quanto à nosologia que apresentavam. Os pacientes conviviam lado a lado com pacientes terminais infectados. Tanto que, na metade do século XIX, James Simpson revelou que a mortalidade relacionada à amputação era quatro vezes maior em pacientes internados do que naqueles submetidos ao procedimento no domicílio (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 1997 apud CUNHA, 2002).

O século XX foi o de grande avanço científico e tecnológico, quando há a introdução da penicilina durante a Segunda Guerra Mundial. Mas a confiança em antibióticos no combate a infecções frequentemente resultava em técnicas assépticas e precauções de isolamento negligentes. A situação tornou-se mais crítica com o aumento no número de cepas resistentes aos antibióticos. O uso amplo, disseminado e sem base científica sólida para a antibioticoterapia em hospitais ajudou a selecionar cepas de microorganismos tornando-os resistentes. Na década de 1950, surtos e frequentes de infecções estafilocócicas em unidades pediátricas e cirúrgicas de hospitais chamou a atenção nacional sobre este problema (RABELO, 2009).

Em 1960, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) definem o isolamento de pacientes como a segregação de pessoas infectadas em

local sob condições para evitar a transmissão direta ou indireta do agente infeccioso a indivíduos suscetíveis ou que possam transmiti-los a outros (MAZIERO et al., 2012; SANTOS, 2013).

De acordo com a OMS e OPAS, o isolamento de determinados pacientes, implica em controle da infecção hospitalar, mas, para que isso seja efetivo é preciso que os profissionais de saúde responsáveis pelos pacientes isolados promovam a adesão a todas as medidas de precaução universais no cuidado (MAZIERO et al., 2012; SANTOS, 2013).

No Brasil, a primeira intervenção governamental para o controle das infecções hospitalares, aconteceu com a emissão da Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983, pelo Ministério da Saúde, que determina que todos os hospitais do país, independente de natureza jurídica, devem ter uma comissão de controle de infecção hospitalar (BRASIL, 1983 apud MAZIERO et al., 2012). Em seguida foi criado um manual de controle de infecções que ainda hoje é a principal referência para os hospitais brasileiros e contém diretrizes para regular as atividades da comissão e critérios para identificar e diagnosticar diferentes tipos de infecções hospitalares (MAZIERO et al., 2012).

Infecções hospitalares com características extrínsecas se relacionam com as superfícies, equipamentos e artigos médico-hospitalares, com os procedimentos invasivos e a assistência ao paciente pela equipe multiprofissional, podendo ser prevenidas por meio de medidas relacionadas ao ambiente, como o controle de germes patogênicos, medidas de assepsia, tratamento correto dos objetos e ambientes contaminados. Ressalta-se que o controle das infecções hospitalares envolve sobretudo a forma responsável que cada profissional exerce suas atividades frente ao paciente e ao ambiente hospitalar, mantendo contínua a observância das ações de prevenção, controle, informação e educação permanente sobre o tema (MAZIERO et al., 2012).

Dentre as mudanças ocorridas nos últimos anos e acompanhadas pela CCIH, estão: o uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs), medidas de contenção biológica de micro-organismos nas superfícies e artigos hospitalares pela limpeza, desinfecção e/ou esterilização, além das medidas de isolamento, como as precauções universais e precauções por rota de transmissão (aérea, gotículas e contato).

As precauções universais, também denominadas básicas ou padrões são procedimentos que devem ser estabelecidos em uma instituição de saúde, a todos os pacientes com processo infeccioso instalado ou com suspeita de colonização, com o intuito minimizar os riscos de infecção cruzada entre ambiente, pacientes e profissionais. Neste sentido precauções universais

como a lavagens das mãos antes e após qualquer procedimento, uso de luvas, aventais e máscaras tornam-se fundamentais para a segurança do paciente nas instituições de saúde (MAZIERO et al., 2012).

Nos últimos tempos, a presença de acompanhantes juntos à pacientes internados em hospitais têm se tornado cada vez mais comum. Em geral, este acompanhante é representante da rede social a qual o paciente pertence e que permanece com ele durante o período de internação hospitalar, podendo ser um familiar ou não. A sua participação na hospitalização dos pacientes tem como finalidade aprimorar e buscar melhorias no que se diz à hospitalização humanizada (BRASIL, 2007 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

É direito dos pacientes maiores de sessenta anos serem acompanhados durante o período da internação, de acordo com o que dispõe o Estatuto dos Idosos (BRASIL, 2013). E se for menor de idade, ser acompanhado nas consultas, exames e durante a internação, de acordo com o preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2013). A inclusão da família como aliada nos cuidados aos doentes hospitalizados propicia o bem estar, a satisfação do paciente, a qualidade do cuidado prestado e influencia a evolução do processo saúde-doença (LAUTERT; ECHER; UNICOVSKY, 1998 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013; SILVA, 2007 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

Entretanto, cabe ressaltar que é fundamental que os enfermeiros realizem orientações aos pacientes e acompanhantes (LAUTERT; ECHER; UNICOVSKY, 1998 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

A humanização da assistência (PERES; LOPES, 2012) à saúde do paciente na internação hospitalar estabeleceu várias diretrizes, dentre as quais, o direito dos pacientes disporem de acompanhantes, conforme preconiza a Lei nº106/2009, de 14 de setembro de 2009 (BRASIL, 2009), que versa sobre o acompanhamento familiar em internamento hospitalar, definindo-o como aquele indivíduo que permanecerá ao lado do paciente enquanto este estiver internado (BEUTER et al., 2009).

Em uma organização hospitalar, cabe aos profissionais da saúde orientar pacientes e acompanhantes, sobre a prevenção de infecções hospitalares incentivando-os a participar mais efetivamente do cuidado e a tomar decisões de modo esclarecido. O estímulo a esta prática educativa visa minimizar riscos e aumentar a segurança, pautadas na interação entre os membros que circulem naqueles ambientes (MEIRELES et al., 2015).

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), na tentativa de frear a transmissão de patógenos nos ambientes de cuidado à saúde, orienta que sejam seguidas



medidas de precaução de acordo com as denominadas rotas de transmissão. Tais medidas são promulgadas desde a década de 70, e reformuladas periodicamente de acordo com novas evidências científicas.

Por isso, normas estabelecidas por CCIHs, dependendo do tipo de agente infeccioso e/ou suspeita de contaminação, colocam o paciente em precaução e/ou isolamento a fim de evitar a transmissão para outros pacientes internados na unidade hospitalar. Isso mostra a importância de que todos aqueles que circundam o ambiente de cuidado do doente saibam quais as ações devem ser cumpridas para que sejam mantidas estes cuidados.

Nesse sentido, este estudo tem como objeto as orientações para acompanhantes de pacientes internados e que estejam em isolamento. E para tal, a questão norteadora deste estudo é: Qual o conhecimento que acompanhantes de pessoas internadas em unidades hospitalares e, que estejam em isolamento por algum motivo, têm sobre os cuidados que devem ter?

### **1.1 Objetivos**

- Identificar o conhecimento acerca de precaução, isolamento, transmissão e infecção hospitalar de acompanhantes de pacientes em isolamento em uma unidade hospitalar;
- Criar uma tecnologia educacional tipo *folder* para orientação de acompanhantes de pacientes internados frente a situações de isolamento.

### **1.2 Justificativa**

Em minha prática como enfermeira plantonista da unidade de clínica médica de um Hospital Universitário, presto assistência a pacientes de diferentes patologias e níveis de complexidade. Estes, no momento da internação são obrigados a modificar seus hábitos de vida dentro de um novo ambiente onde permanecerão por período indeterminado.

Na maioria das vezes, durante a hospitalização, o paciente, especialmente aquele que deverá estar em isolamento, necessitará de acompanhante, tanto pela sensação de proteção, quanto para facilitar o relacionamento com a equipe de saúde.

Pressupõe que o acompanhante do paciente tenha condições de assimilar toda e qualquer informação sobre precauções e isolamento e orientações de cuidados com o paciente a fim de contribuir para a recuperação da saúde do paciente. No entanto, é frequente presenciar diversas

atitudes e comportamentos inadequados por parte dos acompanhantes, como transitar de um leito para o outro, manipular utensílios de outro paciente, não lavar as mãos, sentar e deitar nos leitos destinados aos enfermos, contribuindo para propagação de infecção cruzada.

Não há no hospital uma rotina onde a equipe da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) faça uma abordagem direta de orientação sobre precauções e isolamento aos acompanhantes de pacientes, ficando sob a responsabilidade do enfermeiro assistencialista orientá-los.

As enfermeiras da CCIH realizam, periodicamente, com a equipe da Educação Continuada, palestras com temas diversos e de precauções e isolamento a toda equipe de enfermagem,

Pesquisas sobre a adesão às precauções de isolamento têm seu foco em profissionais de saúde (MAZIERO et al., 2012; RIBEIRO et al., 2016).

Em contraste, os acompanhantes e os próprios pacientes, sujeitos para as quais as orientações se destinam, ainda são pouco abordados como objetos de pesquisas (RABELO; SOUZA, 2009; GONZAGA; BELENTANI, 2013).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Sobre o enfermeiro como educador e suas tecnologias

O enfermeiro dentre suas atividades desenvolvidas em diversos ambientes de saúde ou não, possui a função de educador. Para isso, está numa constante busca de tecnologias que possibilitem a construção do conhecimento e não apenas a reprodução. Para tal, requer ações inovadoras dentro de um processo contínuo de aprendizagem, valendo-se de diferentes tecnologias e metodologias para a execução (DIAS et al., 2016).

Segundo Cunha (2002), o enfermeiro é um profissional preparado para atuar em todas as áreas da saúde: assistencial, administrativa e gerencial. Na área educacional, exercendo a função de professores – mestre, preparando e acompanhando futuros profissionais de nível médio a nível superior. O desenvolvimento desta profissão tem uma longa e importante trajetória, iniciada por Nightingale, que preconizava as observações sistemáticas do indivíduo e do ambiente como forma de desenvolver o conhecimento dos fatores que promovem o restabelecimento da saúde.

Ao enfermeiro cabe estar à frente do processo de educação permanente. É importante que seja incorporado nesse processo a prática baseada em evidências, enriquecendo o processo de educação, motivando o crescimento pessoal da equipe de Enfermagem, melhorando a qualidade da assistência e do cuidado e, principalmente, fortalecendo a profissão. A importância desse trabalho se consolida pela necessidade de explicitar como o enfermeiro integra o papel de líder e educador da equipe de Enfermagem, e como é possível, através das evidências em Enfermagem, enriquecer o processo de educação permanente, aliando a prática ao conhecimento (SILVA et al., 2015, p. 419).

Segundo Melo, Andrade e Otero (2017), nos últimos anos, nota-se um crescimento na produção de Tecnologias Educacionais (TE) pela enfermagem, a qual é utilizada para aprimorar a prática no cuidado em vários aspectos sejam eles, técnico-assistencial, burocrático-administrativo e nas relações interpessoais entre as pessoas envolvidas (NIETSCHE et al., 2012; ÁFIO et al., 2014 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017). A TE é uma ferramenta que auxilia no planejamento, na implementação e na avaliação do processo de ensino-aprendizagem utilizadas em trabalhos educativos, contribuindo para a construção de conhecimentos entre o educando e o educador (MOREIRA et al., 2014 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017; NASCIMENTO, 2012 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017).

Autores de estudos relatam que aproximadamente em uma década (2003-2012), a Enfermagem elaborou diversas tecnologias, como cartilhas, softwares, manuais, jogos interativos, folhetos e *folders*. Dentre estes recursos, destacam-se os materiais impressos, os quais, facilitam uma revisão periódica ou uma análise futura, podem ser lidos em diversos locais como casa, trabalho, entre outros e por fim contribuem para o aprimoramento do conhecimento e habilidades, autonomia e adesão do paciente ao tratamento (SHIEH; HOSEI, 2008 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017; FONSECA et al., 2011 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017; FRANCO, 2015 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017).

Essas TE estão sendo, cada vez mais utilizadas pelos profissionais de enfermagem, como ferramentas para a mediação do processo educacional, as quais, destacam-se por proporcionar conhecimento de forma mais interativa e a promoção da saúde à comunidade contribuindo para a construção do saber dos seus usuários. São desenvolvidas em diversos cenários, dentre eles hospital, escola, comunidade e domicílio, os quais, devem integrar a comunidade pois somente desta forma as tecnologias irão representar conceitos/ideias da sociedade que serão utilizadas para a socialização entre pacientes e profissionais (ASSUNÇÃO et al., 2013 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017; ÁFIO et al., 2014 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017).

Para a enfermagem, a educação em saúde é uma ferramenta importante na busca de uma assistência de qualidade, pois o enfermeiro além de ter a responsabilidade do cuidado, também é responsável por educar os pacientes e seus familiares. Corroborando com esse pensamento, Duran e Cocco (2003 apud MELO; ANDRADE; OTERO, 2017) afirmam que o enfermeiro é o profissional que tem uma atribuição importante quanto às práticas educativas em saúde, porém não tem apresentado grandes transformações comportamentais sendo necessário a utilização de tecnologias educacionais para gerar um impacto significativo na vida dessas pessoas (MELO; ANDRADE; OTERO, 2017).

Vive-se numa era tecnológica onde, muitas vezes, a concepção do termo tecnologia tem sido utilizada de forma enfática, incisiva e determinante, porém equivocada na prática diária, uma vez que tem sido concebida, corriqueiramente, somente como um produto ou equipamento. A temática tecnologia não deve ser tratada através de uma concepção reducionista ou simplista, associada somente a máquinas. Entende-se que tecnologia compreende certos saberes, constituídos para a geração e utilização de produtos, bem como para organizar as relações humanas (NIETSCHE et al., 2012).

A utilização de tecnologias no serviço de enfermagem, atualmente, aperfeiçoou sua prática no cuidado, tanto em atividades técnico-assistenciais e burocrático-administrativas, como nas relações interpessoais estabelecidas entre os diferentes sujeitos envolvidos. Por isso, em seu cotidiano assistencial, o emprego de tecnologias acontece de variadas formas e sofre influências de acordo com a significação atribuída à sua utilização, enquanto ferramenta do cuidado (NIETSCHE et al., 2012).

Os recursos de informática são considerados por muitos educadores e por instituições de ensino como a possibilidade de modernização do ensino, denominando-os de ‘novas tecnologias’. No entanto, deve-se considerar que apenas a utilização da tecnologia não é a garantia de uma melhor aprendizagem havendo a necessidade de serem desenvolvidas ações pedagógicas que possibilitem um fazer crítico vinculado à realidade, construído na autonomia e na cooperação dos estudantes (SILVEIRA, 2016).

Assim, as tecnologias educacionais digitais (TED) são cada vez mais utilizadas nos cursos da área da saúde colaborando na diversificação e flexibilização das atividades, possibilitando que o estudante acesse os conteúdos em tempo e no local que desejar, além de proporcionar a interação entre os estudantes além do espaço físico da sala de aula presencial. Esses recursos referem-se a vídeos, jogos e hipertextos, utilizados em atividades presenciais ou a distância (*e-learning*), podendo ser difundidos pela internet, por DVDs, CD-ROMs, televisão ou telefone celular (*m-learning*) (SILVEIRA, 2016).

Essas múltiplas possibilidades de recursos tecnológicos destinadas a estudantes de graduação na área da saúde podem ser propostas e orientadas por diferentes paradigmas educacionais, como foi evidenciado na revisão sistemática publicada pela Organização Pan-Americana de Saúde. As estratégias de ensino utilizando TED obtiveram uma avaliação positiva por parte dos estudantes, como um recurso que dinamiza as atividades substituindo a repetição e a passividade das aulas presenciais. Os resultados desta revisão sistemática indicaram a necessidade de realização de estudos mais amplos, avaliando as possibilidades de incorporação de novos recursos tecnológicos ao ensino (SILVEIRA, 2016).

Nesse sentido, observa-se que as TED estão cada vez mais presentes no ensino em enfermagem, seja em sala de aula ou em laboratório de práticas, introduzindo o conceito de simulação *online* (*e-simulation*). Há uma grande variedade de inovações tecnológicas que colaboram no desenvolvimento de habilidades clínicas em enfermagem, como simulação, ambientes virtuais de aprendizado e outros materiais didáticos digitais. Na literatura há relatos

de que esses recursos tecnológicos dinamizam o ensino, desenvolvem habilidades e conhecimentos capazes de mobilizar atitudes de resolução de problemas (SILVEIRA, 2016).

Pode-se conceituar habilidades de enfermagem como as atividades peculiares ao exercício da profissão relacionadas à realização de intervenções que objetivam recuperar e preservar à saúde humana. Entre essas estão aquelas relacionadas às que objetivam manter as atividades de vida cotidiana como a higiene corporal, o sono e repouso, a alimentação e hidratação e eliminações, como também as relacionadas às ações terapêuticas como a administração de medicamentos, cateterismos, higiene das mãos, verificação de sinais vitais entre outros (SILVEIRA, 2016).

O ensino de habilidades na área da enfermagem está em constante aperfeiçoamento devido à complexidade do processo de cuidar, devendo ser fundamentado em evidências e integrando conhecimentos teóricos com a realização de práticas. Da mesma forma as atividades curriculares não podem descuidar da segurança do paciente nos ambientes de cuidado e do estudante inserido nos campos de prática. Nesse sentido é que as tecnologias educacionais são incorporadas no ensino de Enfermagem com o propósito de colaborar no desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. A possibilidade do estudante e do profissional de saúde simular a execução de um cuidado em um ambiente virtual ou em manequins, quantas vezes forem necessárias, auxilia na aquisição e no aperfeiçoamento de habilidades (SILVEIRA, 2016).

## **2.2 Sobre atuação do enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional**

O enfermeiro é responsável por coordenar e supervisionar as atividades da equipe de enfermagem compreendida por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. É o elo entre esta equipe e os outros profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional e está subordinado a uma chefia de enfermagem. Ele precisa estar ciente sobre todas as informações relacionadas a procedimentos terapêuticos, cirúrgicos, exames, admissão, transferência e alta hospitalar dos pacientes que estão sobre a sua responsabilidade dentro de enfermagem a que pertence. Além disso, é responsável por prestar assistência a pacientes em estado grave ou com alto grau de complexidade. Somado a isto, realizar previsão e provisão de materiais e medicamentos prescritos pelos médicos destinados a assistência aos pacientes. Se dispõe a manter a ordem, limpeza e organização do ambiente hospitalar e necessita através de suas ações, garantir que os

tipos de precauções sejam empregados durante o período de internação e ainda após a alta de seus clientes mediante as orientações em saúde.

### 2.3 Sobre precauções padrão e por modo de transmissão

A partir da epidemia de HIV/AIDS, do aparecimento de cepas de bactérias multirresistentes (como o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, bacilos Gram negativos não fermentadores, *Enterococcus sp.* resistente à vancomicina), do ressurgimento da tuberculose na população mundial e do risco aumentado para a aquisição de microrganismos de transmissão sangüínea (hepatite viral B e C, por exemplo) entre os profissionais de saúde, as normas de biossegurança e isolamento ganharam atenção especial. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta, EUA (CDC - *Center for Disease Control and Prevention*), sintetizou os conceitos até então utilizados – Precauções Universais e Isolamento de Substâncias Corporais – em um novo modelo denominado de *Guidelines for Isolation Practices*.

No ambiente hospitalar, a transmissão de microrganismos ocorre na maioria das vezes por contato, por via aérea e pela exposição a sangue e líquidos corporais ou indiretamente, através de um vetor ou fômite. Visto que a maior parte das infecções nosocomiais tem origem endógena, é importante ressaltar que o emprego do isolamento reverso ou protetor, cujo objetivo é a prevenção da aquisição de microrganismos provenientes do meio inanimado, é considerado de valor duvidoso.

Para entender os mecanismos de disseminação de um microorganismo dentro de um hospital é necessário que se conheça pelo menos três elementos: a fonte, o mecanismo de transmissão e o hospedeiro susceptível. Fontes ou reservatórios de microorganismos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), podem ser os profissionais de saúde, pacientes, ocasionalmente visitantes e fômites ou materiais e equipamentos infectados ou colonizados por microrganismos patogênicos.

A transmissão de microrganismos em hospitais pode se dar por diferentes vias respiratória ou por contato. Quanto a transmissão por via respiratória, pode-se ter:

- **Por gotículas:** ocorre pela disseminação por gotículas maiores do que 5mm. Podem ser geradas durante tosse, espirro, conversação ou realização de diversos procedimentos (broncoscopia, inalação, etc.). Por serem partículas pesadas e não permanecerem suspensas no

ar, não são necessários sistemas especiais de circulação e purificação do ar. As precauções devem ser tomadas por aqueles que se aproximam a menos de 1 metro da fonte. Ocorre através do contato próximo com o paciente, por gotículas eliminadas pela fala, tosse, espirros e realização de procedimentos como a aspiração de secreções. As gotículas de tamanho considerado grande (>5m), atingem até um metro de distância e rapidamente se depositam no chão. Exemplos: Doença meningocócica, Gripe, Coqueluche, Difteria, Caxumba e Rubéola.

**Quadro 1** – Precaução padrão para Transmissão Respiratórias para Gotículas

|                        |                                                                                                                                               |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quarto                 | Obrigatório, privativo ou comum para o mesmo microrganismo, mantendo a porta fechada.                                                         |
| Máscara                | É obrigatório o uso de máscara comum, durante o período de transmissibilidade de cada doença, e para todas as pessoas que entrarem no quarto. |
| Transporte do paciente | Deverá ser evitado; quando necessário, o paciente deverá sair do quarto de máscara comum.                                                     |
| Artigos e Equipamentos | Deverão ser exclusivos para o paciente ou comum para pacientes com o mesmo microrganismo.                                                     |

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

• **Por aerossol:** quando ocorre pela disseminação de partículas, cujo tamanho é de 5mm ou menos. Tais partículas permanecem suspensas no ar por longos períodos e podem ser dispersas a longas distâncias. Medidas especiais para se impedir a recirculação do ar contaminado e para se alcançar a sua descontaminação são desejáveis. Consistem em exemplos os agentes de varicela, sarampo e tuberculose. Ocorre por partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro que quando ressecados permanecem por horas, atingindo outros ambientes, inclusive áreas adjacentes, pois podem ser carregadas por correntes de ar. Como exemplo temos: M. tuberculosis, Sarampo e Varicela.

**Quadro 2** – Precaução padrão para Transmissão Respiratórias para Aerossóis

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quarto  | Obrigatório, com porta fechada; idealmente, o quarto deverá dispor de sistema de ventilação com pressão negativa e 6 trocas de ar por hora, com o uso do filtro HEPA.                                                                                                                                                                   |
| Máscara | É obrigatório o uso de máscara tipo N95 (possui capacidade de filtrar partículas < 3mm de diâmetro), por todo o profissional que prestar assistência ou realizar procedimento a pacientes com suspeita ou confirmação das doenças supracitadas. Deverá ser colocada antes de entrar no quarto e retirada somente após a saída do mesmo. |



|                        |                                                                                                      |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Transporte do paciente | Deverá ser evitado; quando necessário o paciente deverá sair do quarto utilizando máscara comum.     |
| Artigos e Equipamentos | Deverão ser exclusivos para o paciente ou comum para pacientes acometidos com o mesmo microrganismo. |

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Já a transmissão por contato, é o modo mais comum de transmissão de infecções hospitalares. Envolve o:

- **Contato direto:** Ocorre quando um microrganismo é transmitido de um paciente a outro, através do contato direto da pele, sem que haja a participação de um veículo inanimado ou fômite como por exemplo, Herpes simples, Herpes zoster não disseminado em imunocompetente, feridas com secreção abundante não contida, diarreia infecciosa em paciente incontinente.
- **Contato indireto:** Quando a transmissão ocorre pelo contato da pele e mucosas com superfícies ambientais e nos artigos e equipamentos de cuidados aos pacientes contaminados por microrganismos, como por exemplo, Enterococo resistente a vancomicina.

Para a precaução deste tipo de transmissão, alguns pontos são utilizados como padrões:

### Quadro 3 – Precaução padrão para transmissão de contato

| Pontos                 | Justificativa                                                                                                                                                 |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quarto                 | Privativo ou comum para o mesmo microrganismo.                                                                                                                |
| Luvas e Avental        | Deverão ser utilizadas ao contato com o paciente ou material infectante.                                                                                      |
| Transporte do paciente | Deverá ser evitado; quando necessário, o material infectante deverá estar contido com curativo, avental ou lençol, para evitar a contaminação de superfícies. |
| Artigos e Equipamentos | Deverão ser de uso exclusivo para cada paciente.                                                                                                              |

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

#### 2.3.1 Precauções para transmissão por via aérea ou respiratória

A transmissão de microrganismos por via aérea ou respiratória é dividida em transmissão por gotículas ou por aerossóis. Diferenças entre a transmissão por via aérea e a transmissão por partículas aerossolizadas.

### 2.3.2 Transmissão por exposição a sangue e outros fluídos corpóreos

Ocorre pela exposição de pele não íntegra ou mucosa a estes líquidos, na presença de agente infectante. Como exemplo temos: HIV, Vírus da hepatite B, Vírus da hepatite C, Malária, HTLV I e II, *Treponema pallidum* e *Trypanossoma cruzii*. É importante ressaltar que o risco de infecção varia de acordo com características próprias do microorganismo e com o tipo de gravidade da exposição.

### 2.3.3 Uso Empírico das Precauções

Em muitas ocasiões, o risco de transmissão dos microorganismos existe antes que o diagnóstico final da doença possa ser definido. Para cobrir estas situações, sugere-se que sejam seguidas empiricamente as precauções de acordo com a síndrome clínica apresentada pelo paciente. Síndromes Clínicas ou Condições que Requerem Precauções Empíricas Adicionais, na Prevenção de Patógenos Epidemiologicamente Importantes que Aguardam Confirmação Diagnóstica (BRASIL, 2000).

Além disso, é importante entender algumas questões utilizadas quando se tem como temática de investigação a transmissão de microorganismos no ambiente hospitalar e que fazem parte de precauções padrões, que são um conjunto de medidas utilizadas para diminuir os riscos de transmissão de microorganismo, utilizadas em ambiente hospitalar. Destacam-se:

- **Precauções de Isolamento:** define-se pelo isolamento de pacientes colonizados ou infectados por patógenos conhecidamente de alto risco de transmissão. A estes indivíduos há um cuidado diferenciado com materiais e equipamentos utilizados por eles e que possam oferecer risco de transmissão de patógenos no caso de contato com outro indivíduo sem antes ser realizada devida desinfecção.

- **Lavagem das mãos:** constitui na medida mais importante que existe para a redução dos riscos de transmissão de microorganismos; deve ser realizada antes e depois de contatos com pacientes, com sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções, equipamentos e objetos contaminados por eles. É o simples ato de lavar as mãos com água e sabão, visando a remoção das bactérias transitórias e residentes, células descamativas, pêlos, suor, sujidades e oleosidade

da pele. O profissional de saúde deve fazer deste procedimento um hábito, seguindo as recomendações e etapas abaixo descritas: - fique em posição confortável, sem tocar na pia, e abra a torneira, de preferência com a mão não dominante (se for destro, com a esquerda; se for canhoto, com a mão direita); - mantenha a água em temperatura agradável, já que a água quente ou muito fria resseca a pele. Use, de preferência 2 ml de sabão líquido; - ensaboe as mãos e friccione-as por cerca de 15 segundos, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos; - enxague as mãos, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão; - enxugue-as com papel-toalha descartável; - feche a torneira utilizando o papel-toalha descartável (evite encostar-se à mesma ou na pia); tempo aproximado = 15 segundos.

- **Uso de luvas:** as luvas funcionam como barreira protetora prevenindo a contaminação grosseira das mãos; reduzem a probabilidade de os profissionais de saúde transmitirem aos pacientes, patógenos que podem estar em suas mãos, reduzem o risco de transmissão de um patógeno de um paciente a outro por intermédio das mãos dos profissionais de saúde. É importante salientar que o uso de luvas não elimina a necessidade de lavagem das mãos.

- **Alocação dos pacientes:** o local, no qual o paciente é internado, possui grande importância na prevenção da transmissão de patógenos entre os pacientes, quer esta transmissão se faça por contato ou por via respiratória.

- **Transporte de pacientes infectados:** os pacientes infectados ou colonizados por microorganismos transmissíveis por contato ou por via respiratória devem deixar seus quartos somente por motivos especiais. Nestas ocasiões, é importante que sejam mantidas medidas de barreira (p.e., máscaras); que sejam orientados os funcionários da área para a qual o paciente se dirige; que o próprio paciente seja informado sobre as maneiras como pode auxiliar na prevenção da disseminação de seus microorganismos.

- **Uso de máscaras, protetores dos olhos e protetores de face:** o uso de máscaras de vários tipos, bem como de protetores oculares e de face é necessário em situações nas quais possam ocorrer respingos e espirros de sangue ou secreções nos funcionários.

- **Uso de aventais:** os aventais devem ser usados como parte dos equipamentos de proteção e também quando do cuidado de pacientes infectados ou colonizados com microrganismos transmissíveis por contato direto ou indireto. Equipamentos e objetos de cuidados dos pacientes – deverão ser avaliados de acordo com sua possibilidade de contaminação com material infectante, sua capacidade de causar lesões a quem o manipula etc.
  
- **Roupas e lavanderia:** o risco de transmissão de microrganismos por roupas poderá ser muito pequeno se sua manipulação for adequada.
  
- **Pratos, copos e talheres:** pode-se usar pratos e utensílios descartáveis para pacientes em isolamento. Utensílios reutilizáveis devem ser descontaminados com água quente e detergentes.
  
- **Limpeza concorrente e terminal:** a limpeza do quarto do paciente em isolamento deve ser feita da mesma maneira que a do quarto do paciente que não está sob isolamento. Recomenda-se o uso de desinfetantes na limpeza concorrente dos quartos e a desinfecção do equipamento de cabeceira, de cama e de superfícies ambientais para a prevenção de alguns patógenos de sobrevivência mais prolongada e de patógenos multirresistentes.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter exploratório, utilizando como população uma amostra de 30 acompanhantes de pacientes que estavam por algum motivo em isolamento, internados nas enfermarias de Clínica Médica e Cirúrgica de um Hospital Federal Universitário, localizado no Município do Rio de Janeiro e selecionados por conveniência.

O Cenário do estudo foi um hospital federal universitário que no momento da investigação possuía quatro enfermarias de clínica cirúrgica e três enfermarias de clínica médica em atividade. A disposição dos leitos dentro de cada uma das enfermarias é feita por box, divididos por uma parede de alvenaria, de média altura (não chega até o teto) e uma cortina de material lavável na parte frontal. Cada box é composto por uma cama, uma mesa de refeição e um pequeno armário. Cada enfermaria possui um posto de enfermagem, um expurgo, um banheiro coletivo para os pacientes, com vaso sanitário, pia e chuveiro. Além disso, próximo a porta de entrada, há somente uma pia com torneira destinada aos acompanhantes, sendo inadequada aos parâmetros da ANVISA. Apenas em uma das sete enfermarias investigada, a pia fica localizada no final do corredor.

Das sete enfermarias investigadas, duas não possuem quartos de isolamento para os pacientes e das cinco onde existem os quartos, todos estão fora dos padrões estabelecidos pela ANVISA.

Foram definidos como critérios de inclusão: acompanhantes maiores de 18 anos e que estejam exercendo a função por no mínimo 24 horas. Foram excluídos acompanhantes de pacientes admitidos para realizar exames ou pequenos procedimentos, o que possibilitava alta hospitalar no mesmo dia.

Os dados foram coletados entre os meses de outubro e dezembro de 2018, mediante aplicação de um instrumento de coleta de dados estruturado (Apêndice A) onde cada acompanhante, selecionado por conveniência, respondeu questões sobre cuidados e conhecimentos sobre precauções. Este Instrumento foi elaborado pelos investigadores com base nos conceitos preconizados pela ANVISA sobre isolamento de pacientes em unidades hospitalares.

Todos os participantes assinaram o Termo e Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), respeitando as determinações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa com Seres Humanos. Foi mantido o sigilo tanto do acompanhante, quanto do paciente internado.

Ressaltamos que o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital onde os dados foram colhidos, tendo sido aprovado através do parecer CEP-HUGG nº 2.929.211 (Anexo I).

Os Termos de Compromisso com a Instituição foram devidamente assinados (Anexos II).

Os dados foram lançados numa planilha dentro do software Excel® 2010, onde cada linha correspondeu a um participante da pesquisa e cada coluna a uma resposta. O instrumento de coleta possuía respostas estratificadas em: sempre, quase sempre, as vezes, nem sempre e nunca. A partir disso, foram atribuídos números para que pudéssemos lançar na planilha de forma mais organizada. Assim os dados puderam ser melhor comparados e serão apresentados a seguir.

A análise dos dados obtidos foi feita através de estatística simples onde apenas números absolutos(n) e a frequência (%) foram apresentados.

As respostas dos participantes da pesquisa, assim como a experiência da investigadora principal, serviram de base para a construção do produto desta pesquisa com posterior possibilidade de modificação do processo assistencial na Unidade.

### ***Sobre o produto: Tecnologia Educacional (APENDICE C)***

A tabulação dos dados encontrados serviu de base para a criação de uma tecnologia educacional, tipo *folder*, conforme estabelecido nos objetivos da pesquisa. O *folder* foi composto de imagens retiradas da web, de forma gratuita, acessadas durante o período em que os dados estavam sendo tabulados. As informações que constam na sua composição foram realizadas paralelamente a obtenção das respostas, que no entendimento dos autores seriam as mais valiosas e que poderiam suscitar dúvidas entre os acompanhantes, sendo então entendido como pontos importantes de esclarecimento sobre as condições dos indivíduos internados, tendo o tema isolamento como base.

O folder ilustrativo tem o propósito de transmissão de informações essenciais para atenuar dúvidas dos acompanhantes de pacientes na intenção de mudar, através do fornecimento

amplo de informações, possíveis comportamentos de risco e no auxílio do trabalho da equipe de saúde.

O material foi composto em folha A4, com impressão das informações em ambos os lados, como um folheto explicativo. Aliado ao material impresso, foi produzido um *QRcode*.

Este *folder* foi hospedado em <https://imgur.com/a/hO9e2gl?> e o *QRcode* foi gerado no *E-lemento.com* que poderá ser afixado nas enfermarias de clínicas e cirúrgicas, confeccionado em acrílico, onde através de um *smartfone* tanto os profissionais de saúde quanto os próprios acompanhantes, utilizando um aplicativo leitor de códigos de barra / *QRcode*, instalado de forma gratuita, poderão ter acesso rápido a este material educativo.

Mesmo que não seja o objetivo a validação desta cartilha, há uma proposta posterior a sua criação de validação da mesma e ampliação do público alvo para além da unidade hospitalar onde os dados foram coletados. Para tal adequações metodológicas serão necessárias de forma a dar conta de um estudo metodológico completo.

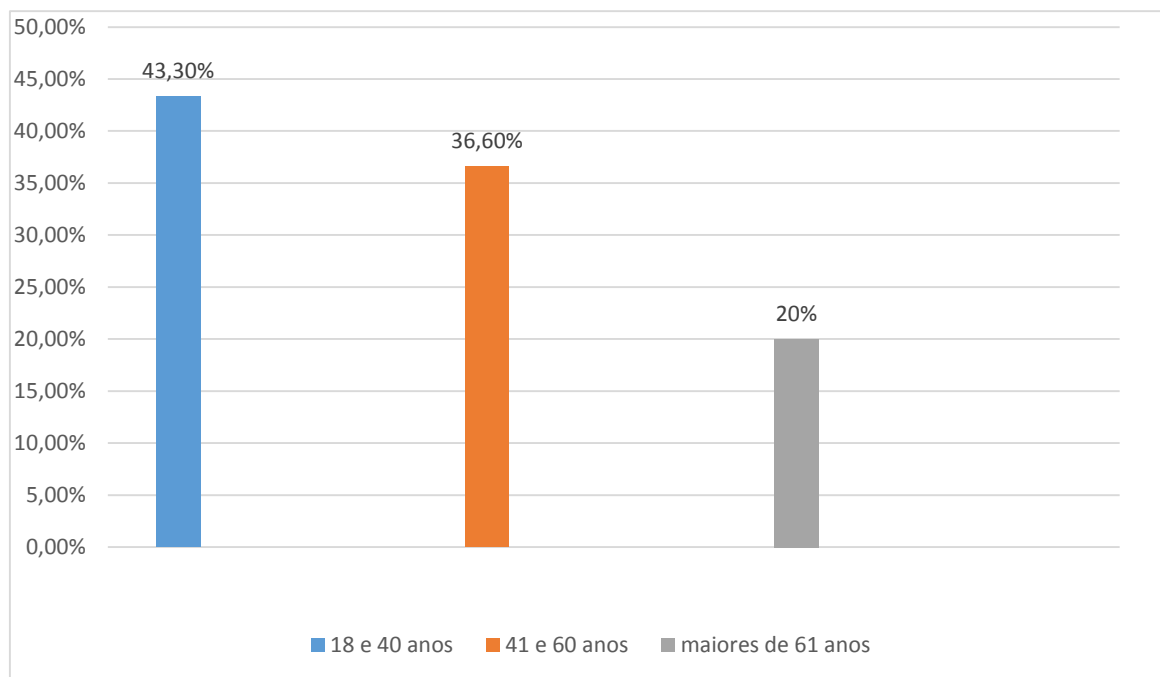
#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### 4.1 Sobre os dados demográficos

Após a avaliação de 30 participantes, verificou-se que os acompanhantes que permaneciam no hospital, como mostra o Gráfico 1, corresponde a uma média de idade de 45. Este dado mostra que os acompanhantes não possuem idade avançada e isto, pressupõe que proporciona um melhor entendimento sobre a hospitalização, favorecendo uma relação satisfatória entre acompanhante e equipe de saúde, promovendo o melhor bem estar do paciente.

A participação dos acompanhantes na hospitalização dos pacientes tem como finalidade aprimorar e buscar melhorias no que diz à hospitalização humanizada (BRASIL, 2007 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

**Gráfico 1 – Acompanhantes de paciente por faixa etária**



Fonte:Costa,2019.

O Gráfico 2 mostra que ainda é predominante a presença do gênero feminino como acompanhantes. Segundo Soares e Fraga (2000), a tendência da sociedade de atribuir às pessoas do gênero feminino o cuidado com pessoas doentes e que têm maior disponibilidade de horários para permanecerem por longos períodos no hospital.

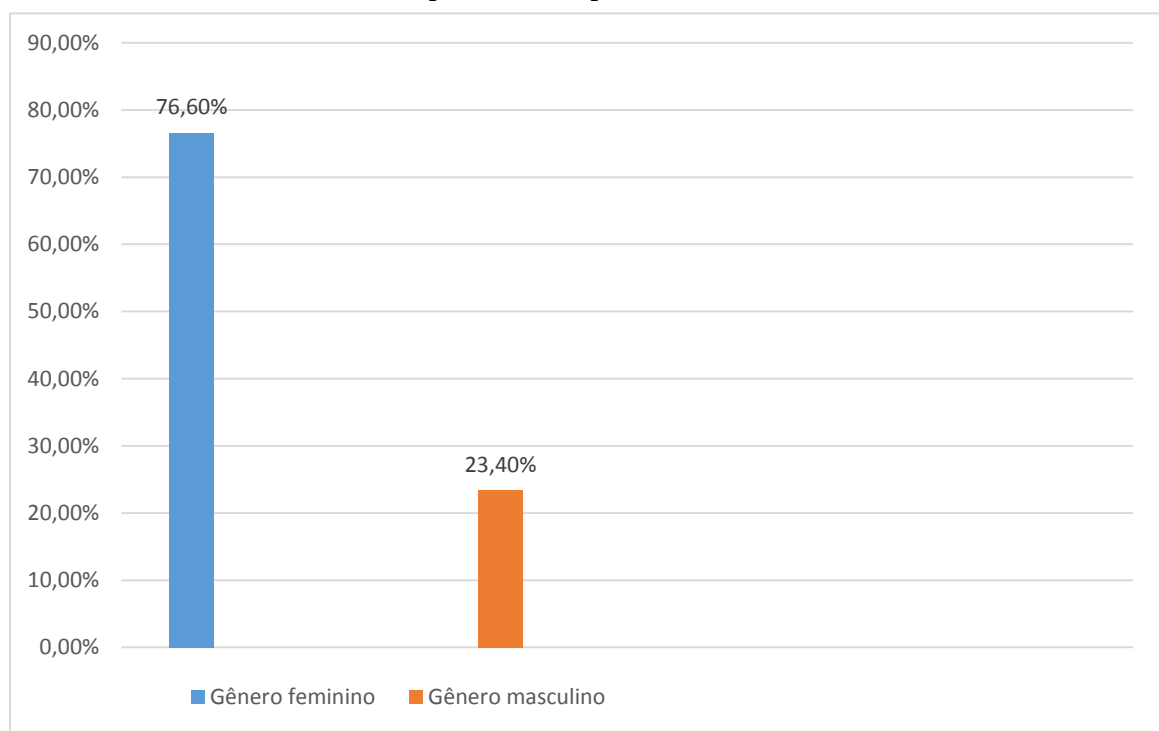
Este resultado pode ter sido determinado pelos aspectos culturais e sociais que envolvem a prática do cuidado e o papel das mulheres na sociedade, como mãe, dona de casa, esposa e



responsável pela saúde da família. Estudos descrevem que a figura feminina tem uma participação importante na recuperação do paciente, por ser um referencial de afetividade e destreza.

Como este papel de cuidadora está vinculado diretamente às mulheres, alguns estudos chamam atenção para a sobrecarga desta função, pois o processo de internação hospitalar pode gerar sentimentos ambíguos, os quais podem se relacionar com a dor e a cura, o que faz do hospital um local para a troca de experiências dolorosas, tanto para acompanhante como para o paciente (LIMA et al., 2015).

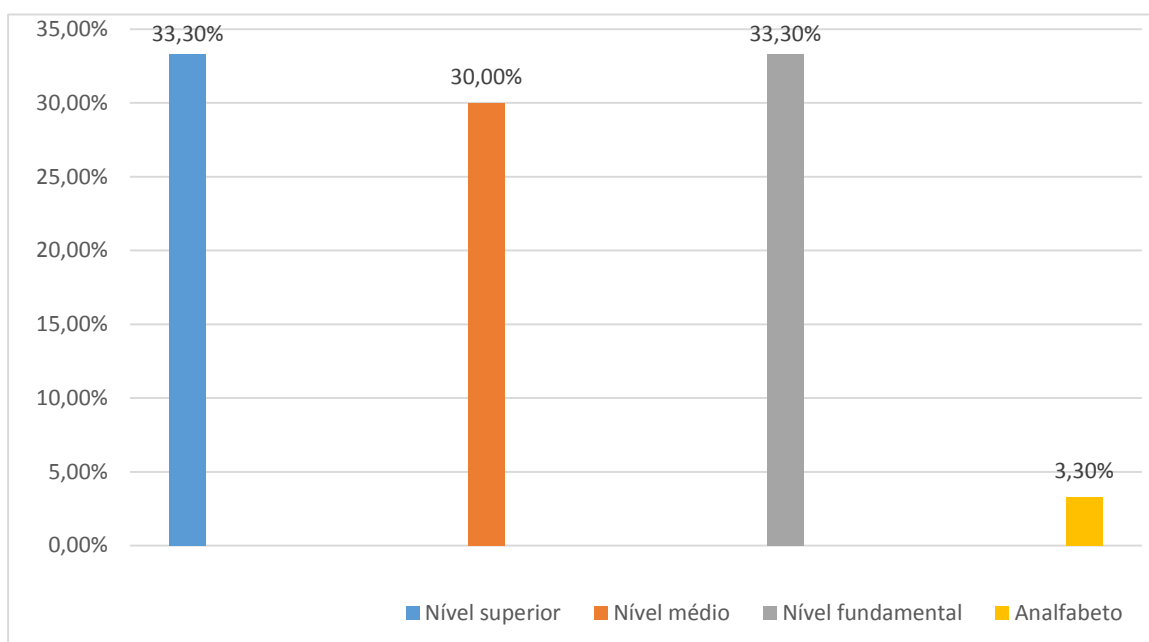
**Gráfico 2 – Gênero do acompanhante de paciente**



Fonte: Costa, 2019.

Quanto ao nível de escolaridade o Gráfico 3 demonstra uma alta escolaridade dos acompanhantes. Tal fato se mostra relevante, uma vez que a baixa escolaridade pode influenciar no cuidado e também na compreensão das rotinas hospitalares, tornando assim, um fator de risco para o aumento das infecções hospitalares (LIMA et al., 2015). Foi considerado o analfabeto pelo fato que não interferir na inclusão no estudo.

**Gráfico 3 – Nível de escolaridade do acompanhante de paciente**



Fonte: Costa, 2019.

Os dados evidenciaram que o tempo médio de permanência dos acompanhantes na unidade hospitalar está vinculado ao tempo de permanência dos pacientes. Com isso, neste estudo, o tempo médio de acompanhamento foi de aproximadamente 34 dias, sendo 01 dia, o menor tempo de permanência ao lado do doente e 210 dias o maior tempo de acompanhamento. Cabe ressaltar que o tempo menor de um dia, está vinculado ao momento da coleta da entrevista e não ao período que o paciente ficou internado, respeitando aos critérios de inclusão definidos na metodologia.

Os participantes receberam o instrumento de coleta de dados e tiveram um tempo para devolver à investigadora principal, portanto algumas perguntas não foram respondidas pelos participantes, o que foi respeitado, entretanto, para fins de avaliação final, considerou-se que, para estas ausências, a legenda “NR” (“Não Responderam”).

Como foi citado anteriormente, o acompanhante analfabeto participou desta pesquisa. Cada item do instrumento de coleta de dados foi lido pausadamente por mim, examinadora,

posteriormente este acompanhante, escolheu uma opção de resposta, sendo marcado por mim no instrumento de coleta de dados.

O tempo médio de permanência dos acompanhantes é significativo e reforça a necessidade dos acompanhantes receberem orientações sobre precauções universais no momento da admissão do paciente, a fim de minimizar os riscos de infecção cruzada.

Estima-se que 5% a 15% dos pacientes internados, no Brasil, adquirem algum tipo de infecção hospitalar, a qual aumenta em média de 5 a 10 dias o tempo de internação (MACHADO et al.,2001 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

As precauções universais, também denominadas básicas ou padrões são procedimentos que devem ser estabelecidos em uma instituição de saúde, a todos os pacientes com processo infeccioso instalado ou com suspeita de colonização, com o intuito de minimizar os riscos de infecção cruzada entre ambiente, pacientes e profissionais. Neste sentido precauções universais como a lavagens das mãos antes e após qualquer procedimento, uso de luvas, aventais e máscaras tornam-se fundamentais para a segurança do paciente nas instituições de saúde (MAZIERO et al.,2012)

#### **4.2 Sobre os cuidados e conhecimentos acerca de precauções**

A pergunta relacionada a ter conhecimento sobre a doença do paciente, 96,7%(n=29) afirmaram que sim e apenas 3,3 (n=1) desconhecia a doença (Tabela 1).

Quanto ao conhecimento sobre ser ou não contagiosa, 56,7%(=17) dos acompanhantes sabiam que a doença do paciente era contagiosa, enquanto 43,3%(n=13) responderam que não sabiam. Percebe-se que, no entendimento dos familiares, não há uma uniformidade acerca do conhecimento sobre a doença do paciente relacionado a possibilidade de contágio.

MORORÓ et al. (2010 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013), ressaltam que é de extrema importância que o acompanhante saiba o que é infecção/infecção hospitalar e quais os danos que podem causar, para despertar a sua responsabilidade na prevenção apesar da infecção ser definida pelo Ministério da Saúde como penetração e desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso no organismo humano (BRASIL, 1977 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013), a IH não é qualquer doença infecciosa, mas sim aquela adquirida a partir da evolução das práticas assistenciais dentro de uma instituição de saúde, não se tratando apenas de um fenômeno biológico, da aquisição de uma simples bactéria e sim holístico e social (PEREIRA et al.,2005 apud GONZAGA; BELENTANI, 2013).

Questionado se sabiam o que significava o paciente estar em isolamento, 83,3% (n=25) dos acompanhantes responderam que sabiam o significado daquilo e, 6,7%(n=5) desconheciam o significado (Tabela 1).

Ao perguntar se tiveram alguma orientação sobre que cuidados ter na enfermaria ou com o paciente que estava em isolamento, 56,7% (n=17) dos acompanhantes afirmaram que sim, enquanto 43,3%(n=13) disseram que não receberam orientação alguma (Tabela 1). Este dado demonstra um número significativo de acompanhantes que não receberam orientações acerca das medidas de isolamento na unidade. Mediante esta informação faz-se necessário a doação de medidas educativas na unidade direcionadas a todos os acompanhantes de pacientes internados. Neste sentido de acordo com Marques (2014), o próprio ambiente de internação também pode trazer alguma contribuição através de orientações na forma de cartazes, inclusive sinalizações com instruções práticas para uma adequada conduta dentro da unidade. Esses podem ser compreendidos pelos familiares como uma exigência que demonstra uma maior preocupação com os pacientes em precaução ou isolamento.

**Tabela 1** – Conhecimento dos acompanhantes de pacientes

| <b>Conhecimento</b>                                                                                 | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Da doença de base                                                                                   | 29        | 96,7     |
| Se a doença é contagiosa                                                                            | 17        | 56,7     |
| Sobre o significado: “paciente em isolamento”                                                       | 25        | 83,3     |
| Sobre o recebimento de orientações acerca dos cuidados que deve ter na enfermaria ou com o paciente | 17        | 56,7     |

Fonte: Costa, 2019.

Dos 30 acompanhantes de pacientes que preencheram o instrumento de coleta de dados, 56,7%(n=17) obtiveram orientação acerca de cuidados que deve ter na enfermaria ou com paciente. Destes 17 acompanhantes, 64,7%(n=11) receberam informações pela enfermeira, 17,6%(n=3) por médico, 5,9%(n=1) por técnico de enfermagem e 11,8%(n=2) referiram ter conhecimento prévio (Tabela 2). Observamos neste item a principal participação do profissional enfermeiro no que se refere as orientações necessárias dadas aos acompanhantes quanto às adequadas condutas dentro da unidade. A orientação não é exclusiva do enfermeiro, entretanto, é ele o profissional que está mais próximo do paciente e que até identifica a necessidade.

De acordo com Valente, Souza e Sampaio (2012), o Enfermeiro deve ter em mente o seu papel de educador no controle de infecção, para minimizar o impacto deste agravo durante a internação hospitalar. Somado a isto, ele contribuirá para a instrução dos acompanhantes que são componentes importantes neste contexto.

Marques et al. (2014) descrevem como atividade educativa a orientação na beira do leito realizada pelos enfermeiros no momento da admissão do paciente, onde é abordada a necessidade da adesão às medidas de precaução de contato. No entanto as atividades de orientação e educação não devem ser exclusiva responsabilidade do profissional enfermeiro. Um estudo realizado em uma unidade hospitalar por Marques em 2014, aponta que as condutas de Educação específicas, vistas como necessárias para o cuidado aos pacientes, tanto com os profissionais quanto com os familiares que por ali circulam, são atribuições de responsabilidade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em conjunto com a equipe assistencial.

Segundo Meireles et al. (2015), em uma organização hospitalar, cabe aos profissionais da saúde orientar pacientes e acompanhantes, sobre a prevenção de infecções hospitalares incentivando-os a participar mais efetivamente do cuidado e a tomar decisões de modo esclarecido. O estímulo a esta prática educativa visa minimizar riscos e aumentar a segurança, pautadas na interação entre os membros que circulem naqueles ambientes.

**Tabela 2** – Profissionais que forneceram as explicações sobre cuidados e isolamento aos 17 acompanhantes de pacientes

| <b>Profissional</b>   | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-----------------------|-----------|----------|
| Enfermeira            | 11        | 64,7     |
| Médico                | 03        | 17,6     |
| Técnico de Enfermagem | 01        | 5,9      |
| Conhecimento prévio   | 02        | 11,8     |

Fonte: Costa, 2019.

No questionamento ao acompanhante sobre quando ele devia utilizar a máscara cirúrgica para entrar em contato com o paciente, 6,7%(n=2) não responderam, 30%(n=9) disseram sempre utilizar, 6,7%(n=2) quase sempre, 13,3%(n=4) às vezes, 3,3%(n=1) nem sempre e 40%(n=12) nunca utilizam (Tabela 3). Cabe ressaltar que apenas um acompanhante tinha a indicação de utilizar máscara N95 em virtude do tipo de isolamento apresentado pelo paciente que acompanhava, tendo ele respondido que sempre utilizava a máscara. Observa-se que a maioria dos acompanhantes não fazem uso da máscara cirúrgica devido a maioria dos

pacientes estarem em precaução de contato. Mas, é significativo o percentual de acompanhantes que responderam sempre utilizar a máscara cirúrgica.

**Tabela 3** - Utilização da máscara cirúrgica

| <b>Resposta</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-----------------|-----------|----------|
| Sempre          | 09        | 30,0     |
| Quase sempre    | 02        | 6,7      |
| Às vezes        | 04        | 13,3     |
| Nem sempre      | 01        | 3,3      |
| Nunca           | 12        | 40,0     |
| Não responderam | 02        | 6,7      |

Fonte: Costa, 2019.

Em relação a lavagem das mãos antes de entrar no leito do paciente, 83,3%(n=25) acompanhantes responderam que sempre lavam, 10%(n=3) quase sempre lavam, 3,3%(n=1) às vezes e 3,3%(n=1) nem sempre (Tabela 4).

A questão de lavar as mãos ao sair do leito do paciente, 66,7%(n=20) responderam que sempre lavam, 13,3%(n=4) quase sempre lavam, 6,7%(n=2) às vezes lavam e 13,3%(n=4) nunca fazem isso (Tabela 4).

Apesar da maioria dos acompanhantes aderirem a prática de lavagem das mãos antes de entrar e ao sair do leito dos pacientes, este seguimento aponta que alguns acompanhantes não compreendem a necessidade de higienização das mãos como uma medida de precaução universal e controle de infecção hospitalar considerando que na amostra pesquisada 29 pacientes encontravam-se em precaução de contato.

Segundo Valente, a maneira mais simples e eficaz de evitar a infecção hospitalar em um ambiente repleto de microrganismos resistentes aos antibióticos e causadores de diferentes doenças é a lavagem das mãos, que é, de maneira geral, uma orientação reforçada pelos Enfermeiros e que passa a ser valorizada pelos acompanhantes.

**Tabela 4** – Lavagem as mãos

| <b>Resposta</b> | <b>Antes de entrar no leito</b> |          | <b>Após sair do leito</b> |          |
|-----------------|---------------------------------|----------|---------------------------|----------|
|                 | <b>Nº</b>                       | <b>%</b> | <b>Nº</b>                 | <b>%</b> |
| Sempre          | 25                              | 83,3     | 20                        | 66,7     |
| Quase sempre    | 03                              | 10,0     | 04                        | 13,3     |
| Nem sempre      | 01                              | 3,3      | -                         | -        |
| Nunca           | -                               | -        | 04                        | 13,3     |

Fonte: Costa, 2019.

Questionado aos acompanhantes se estando com capote ou máscara podiam tocar diretamente o paciente em isolamento, 50%(n=15) responderam que sempre podem, 6,7%(n=2) quase sempre, 6,7%(n=2) às vezes, 23,3%(n=7) nunca podem e 13,3% (n=4) não responderam (Tabela 5). Destacando o percentual significativo de acompanhantes que responderam saber o que é paciente em isolamento (83,3%) demonstrado na Tabela 1, apenas uma minoria, 23,3%, sabem que nunca podem tocar no paciente com precaução de contato (Tabela 5).

Em relação aos acompanhantes não estarem com capote ou máscara, 23,3%(n=7) sempre podem tocar no paciente que está em isolamento, 3,3% (n=1) quase sempre podem, 6,7%(n=2) às vezes e 66,7%(n=20) nunca podem. Destaca-se neste item que a maioria deles (66,7%) muda de atitude por não estarem usando capote ou máscara (Tabela 5).

Quanto a calçar luvas para ter contato ou fazer algum procedimento com o paciente, 60% (n=18) dos acompanhantes disseram que sempre devem calçar, 6,7%(n=2) quase sempre calçam, 3,3%(n=1) nem sempre calçam, 26,7%(n=8) nunca calçam e 3,3%(n=1) não responderam (Tabela 5). Isto demonstra um número significativo de acompanhantes que não fazem uso da proteção da luva.

**Tabela 5** - Tocar diretamente o paciente que está em isolamento com (C) ou sem (S) capote ou máscara ou usar luva (L)

| Resposta        | C  |      | S  |      | L  |      |
|-----------------|----|------|----|------|----|------|
|                 | Nº | %    | Nº | %    | N  | %    |
| Sempre          | 15 | 50   | 07 | 23,3 | 18 | 60,0 |
| Quase sempre    | 02 | 6,7  | 01 | 3,3  | 02 | 6,7  |
| Às vezes        | 02 | 6,7  | 02 | 6,7  | -  | -    |
| Nem sempre      | -  | -    | -  | -    | 01 | 3,3  |
| Nunca           | 07 | 23,3 | 20 | 66,7 | 08 | 26,7 |
| Não responderam | 04 | 13,3 | -  | -    | 01 | 3,3  |

Fonte: Costa, 2019.

Estando o acompanhante com capote ou máscara, 10%(n=3) deles responderam que sempre podem sentar à beira do leito do paciente, 83,3%(n=25) responderam que nunca podem e 6,7%(n=2) não responderam (Tabela 6). A maioria dos acompanhantes entende que não pode sentar à beira do leito mesmo estando com capote ou máscara.

Mas, quando questionado aos acompanhantes quando não estando com capote ou máscara, podem sentar à beira do leito do paciente, 6,7%(n=2) deles responderam que sempre podem enquanto 93,3%(n=28) respondeu que nunca podem (Tabela 6). Um percentual ainda maior entende que nunca pode sentar à beira do leito do paciente.

**Tabela 6** - Sentar a beira do leito do paciente estando com ou sem capote ou máscara

| Resposta        | Com capote ou máscara |      | Sem capote ou máscara |      |
|-----------------|-----------------------|------|-----------------------|------|
|                 | Nº                    | %    | Nº                    | %    |
| Sempre          | 03                    | 10,0 | 02                    | 6,7  |
| Quase sempre    | -                     | -    | -                     | -    |
| Às vezes        | -                     | -    | -                     | -    |
| Nem sempre      | -                     | -    | -                     | -    |
| Nunca           | 25                    | 83,3 | 28                    | 93,3 |
| Não responderam | 02                    | 6,7  | -                     | -    |

Fonte: Costa, 2019.

Foi perguntado se o acompanhante pode ajudar outro paciente que está em isolamento quando for necessário e 10%(n=3) dos acompanhantes responderam que sempre podem ajudar, 3,3%(n=1) quase sempre, 20%(n=6) às vezes podem, 6,7%(n=2) nem sempre, 53,3%(n=16) nunca podem e 6,7%(n=2) não responderam (Tabela 7). A maioria dos acompanhantes (53,3%) reconhece que se não deve prestar ajuda a outro paciente em isolamento. No entanto, é importante ressaltar que, pelo fator emocional, carismático, um número significativo de acompanhante além de se preocupar com a saúde do seu paciente, se sensibilizam com os pacientes sem acompanhantes e incondicionalmente, prestam assistência a outros pacientes que não são de sua responsabilidade.

Na questão relacionada a poder ajudar outro paciente que não está em isolamento quando for necessário, 33,3%(n=10) responderam que sempre podem, 3,3%(N=1) quase sempre podem, 66,7%(n=6) às vezes podem, 3,3%(n=1) nem sempre podem e 40%(n=12) nunca podem ajudar (Tabela 7). Considerando o que foi citado anteriormente, a maioria dos acompanhantes, se dispõe a ajudar o outro paciente e não somente o dele.

Encontramos nestes resultados um percentual que acredita ser recomendável prestar ajuda a outros pacientes que não estão acompanhando. Outros não responderam qual a conduta correta diante do fato de outro paciente necessitar de ajuda. Este fato corrobora para a



necessidade de intensificação nas medidas educativas junto aos acompanhantes dentro da unidade em questão.

Valente (2012) afirma que as orientações realizadas pelos enfermeiros melhoraram o entendimento dos acompanhantes, principalmente na utilização de equipamentos de proteção individual e ao não manejo de outros pacientes da enfermaria, colaborando então para prevenção da infecção hospitalar da instituição pesquisada.

**Tabela 7** – Ajudar outro paciente em isolamento ou não.

| Resposta        | Paciente em isolamento |      | Paciente não está em isolamento |      |
|-----------------|------------------------|------|---------------------------------|------|
|                 | Nº                     | %    | Nº                              | %    |
| Sempre          | 03                     | 10,0 | 10                              | 33,3 |
| Quase sempre    | 01                     | 3,3  | 01                              | 3,3  |
| Às vezes        | 06                     | 20,0 | 06                              | 66,7 |
| Nem sempre      | 02                     | 6,7  | 01                              | 3,3  |
| Nunca           | 16                     | 53,3 | 12                              | 40,0 |
| Não responderam | 02                     | 6,7  | -                               | -    |

Fonte: Costa, 2019.

Quanto a equipamentos como aparelho de PA (Pressão Arterial) e termômetro utilizados pelos pacientes em isolamento podem ser compartilhados por outros pacientes internados no mesmo período, 20%(n=6) dos acompanhantes informaram que sempre podem ser compartilhados, 3,3%(n=1) quase sempre, 3,3%(n=1) às vezes podem, 70%(n=21) disseram que nunca podem ser compartilhados e 3,3%(n=1) não responderam (Tabela 8). No que se refere as medidas de precaução e isolamento os aparelhos utilizados para tratamento nos pacientes não devem ser compartilhados entre os demais pacientes, no entanto uma amostra de 30% dos acompanhantes desconhecem esta medida de precaução.

**Tabela 8** – Os equipamentos, como aparelho de PA e termômetro, utilizados pelos pacientes em isolamento poderem ser compartilhados por outros pacientes internados no mesmo período

| Resposta        | Nº | %    |
|-----------------|----|------|
| Sempre          | 06 | 20,0 |
| Quase sempre    | 01 | 3,3  |
| Às vezes        | 01 | 3,3  |
| Nem sempre      | -  | -    |
| Nunca           | 21 | 70,0 |
| Não responderam | 1  | 3,3  |

Fonte: Costa, 2019.

Foi perguntado se o acompanhante podia provar a comida do paciente em isolamento antes de oferecê-lo e 10,1%(n=3) dos acompanhantes responderam que sempre podem, 3,3%(n=1) quase sempre podem, 3,3%(n=1) às vezes podem, 3,3%(n=1) nem sempre podem e 80%(n=24) disseram que nunca podem (Tabela 9). A maioria dos acompanhantes tem consciência que não se deve provar a comida do paciente.

Em relação ao acompanhante utilizar o mesmo talher do paciente em isolamento, 3,3%(n=1) deles disseram que nem sempre podem usar e a 96,7%(n=29) respondeu que nunca pode usar (Tabela 9). A maioria dos acompanhantes entende que não se deve utilizar o mesmo talher do paciente em isolamento.

**Tabela 9** – Provar a comida do paciente em isolamento antes de oferecê-lo e utilizar o mesmo talher deste paciente

| Resposta     | Provar comida antes de oferecer ao paciente |      | Utilizar o mesmo talher do paciente |      |
|--------------|---------------------------------------------|------|-------------------------------------|------|
|              | Nº                                          | %    | Nº                                  | %    |
| Sempre       | 03                                          | 10,1 | -                                   | -    |
| Quase sempre | 01                                          | 3,3  | -                                   | -    |
| Às vezes     | 01                                          | 3,3  | -                                   | -    |
| Nem sempre   | 01                                          | 3,3  | 01                                  | 3,3  |
| Nunca        | 24                                          | 80,0 | 29                                  | 96,7 |

Fonte: Costa, 2019.

Na pergunta relacionada a poder entrar no leito de outro paciente que não está acompanhando para ajudá-lo/confortá-lo quando necessário, 23,3%(n=7) responderam sempre podem, 10%(n=3) quase sempre, 13,3%(n=4) às vezes, 3,3%(n=1) nem sempre e 50%(n=15) disseram nunca poder (Tabela 10). Neste item, a metade dos acompanhantes reconhece que não se deve invadir o espaço do outro paciente que não seja o seu.

Entretanto, pelo longo tempo de internação dos pacientes, os acompanhantes tomam conhecimento da história familiar dos outros pacientes, através de conversas entre os próprios acompanhantes e pacientes. Isto propicia a aproximação entre eles, que favorece, naquele contato diário, a tomada da decisão de entrar no leito do outro paciente para ajudá-lo/confortá-los sem pedir licença. Isto demonstra a necessidade de ações educativas aos acompanhantes de pacientes afim de evitar a infecção cruzada.

**Tabela 10** - Entrar no leito de outro paciente que não está acompanhando para ajudá-lo/confortá-lo quando necessário

| Resposta     | Nº | %    |
|--------------|----|------|
| Sempre       | 07 | 23,3 |
| Quase sempre | 03 | 10,0 |
| Às vezes     | 04 | 13,3 |
| Nem sempre   | 01 | 3,3  |
| Nunca        | 15 | 50,0 |

Fonte: Costa, 2019.

Quanto ao profissional de saúde ser responsável pela infecção hospitalar, 23.3%(n=7) dos acompanhantes disseram sempre, 10%(n=3) quase sempre, 36,7% (n=11) às vezes, 13,3% (n=4) nem sempre, 13,3% (n=4) nunca e 3,3%(n=1) não responderam (Tabela 11).

E os acompanhantes serem responsáveis pela infecção hospitalar, 30% (n=9) deles responderam sempre, 13,3%(n=4) quase sempre, 33,3%(n=10) às vezes, 6,7%(n=2) nem sempre e 16,7%(n=5) nunca (Tabela 11).

Em relação a responsabilização a respeito da infecção hospitalar alguns acompanhantes acreditam ser o profissional de saúde o responsável pela infecção, assim como um outro grupo afirmar ser responsabilidade sempre do acompanhante. Em contrapartida alguns acompanhantes afirmam que a infecção nunca deve ser atribuída a acompanhantes ou profissionais.

Segundo Marques et al. (2014), espera-se que os familiares possam aderir aos cuidados de forma consciente e responsável, auxiliando a conter a disseminação dos germes para o ambiente hospitalar ao torná-lo co-responsável pelo paciente durante o processo de internação. Faz-se necessário entender o processo de combate e prevenção de infecção como uma atribuição e dever de todos os seres envolvidos no contexto, tanto profissionais de saúde, profissionais de apoio, acompanhantes, visitantes e os próprios pacientes devem estar inseridos em uma dinâmica que vise cumprir as normas vigentes relacionada a infecção hospitalar. Para isso é imprescindível a elaboração de medidas educativas constantes e rigorosas.

**Tabela 11** – O profissional de saúde e o acompanhante de paciente são responsáveis pela infecção hospitalar

| Resposta        | Profissional de saúde |      | Acompanhante de paciente |      |
|-----------------|-----------------------|------|--------------------------|------|
|                 | Nº                    | %    | Nº                       | %    |
| Sempre          | 07                    | 23,3 | 09                       | 30,0 |
| Quase sempre    | 03                    | 10,0 | 04                       | 13,3 |
| Às vezes        | 11                    | 36,7 | 10                       | 33,3 |
| Nem sempre      | 04                    | 13,3 | 02                       | 6,7  |
| Nunca           | 04                    | 13,3 | 05                       | 16,7 |
| Não responderam | 01                    | 3,3  | -                        | -    |

Fonte: Costa, 2019.

Na questão sobre o acúmulo excessivo de pertences do paciente no leito poderia causar infecção hospitalar, 66,7%(n=20) dos acompanhantes responderam sempre, 13,3%(n=4) quase sempre, 16,7%(n=5) às vezes e 3,3%(n=1) nunca (Tabela 12).

O acúmulo de pertences dos pacientes propicia o não armazenamento dentro do armário em sua totalidade. O excesso dos pertences culminam em serem deixados em cadeiras e pendurados na cama, dificultando de limpeza do local.

**Tabela 12** – Acúmulo excessivo de pertences do paciente no leito poderia colaborar para infecção hospitalar

| Resposta     | Nº | %    |
|--------------|----|------|
| Sempre       | 20 | 66,7 |
| Quase sempre | 04 | 13,3 |
| Às vezes     | 05 | 16,7 |
| Nem sempre   | -  | -    |
| Nunca        | 01 | 3,3  |

Fonte: Costa, 2019.

Quanto a manter a limpeza do ambiente como o armário, a mesa que o paciente utiliza e a cama, interferiria na prevenção da infecção hospitalar, 93,4%(n=28) dos acompanhantes responderam sempre, 3,3%(n=1) quase sempre e 3,3%(n=1) às vezes (Tabela 13).

Ao serem abordados a influência da limpeza e organização do ambiente de internação e a relação com a infecção hospitalar, a maioria dos acompanhantes demonstraram reconhecer o ambiente contaminado como potencialmente transmissor de infecção, não ficando restrita tal possibilidade ao contato estrito com o paciente.

**Tabela 13** – A limpeza do ambiente como o armário, a mesa que o paciente utiliza e a cama interfere na prevenção da infecção hospitalar

| Resposta     | Nº | %    |
|--------------|----|------|
| Sempre       | 28 | 93,4 |
| Quase sempre | 01 | 3,3  |
| Às vezes     | 01 | 3,3  |
| Nem sempre   | -  | -    |
| Nunca        | -  | -    |

Fonte: Costa, 2019.

## 5 CONCLUSÃO

Antes de qualquer conclusão precisamos destacar algumas limitações encontradas no estudo, dentre elas podemos citar o método quantitativo utilizado. Houve a necessidade de assim fazê-lo em virtude do tempo exíguo, entretanto, uma pesquisa qualitativa poderia ter nos trazido uma maior riqueza de informações a serem utilizadas na alteração do processo educacional proposto.

Percebemos que há indicativos de insuficiência de conhecimentos sobre conceitos importantes para sustentar a segurança dos pacientes, fato importante que o produto gerado por este mestrado pode intervir.

Ressaltamos também que os objetivos apontados foram plenamente atingidos e a partir disso, elaborado o produto final deste Mestrado Profissional, que é uma tecnologia educacional, tipo *folder*, para acompanhantes de pacientes que, por algum motivo, estejam em isolamento (APENDICE C). Este *folder* foi hospedado em <https://imgur.com/a/hO9e2gl?> e o *QRcode* foi gerado no *E-lemento.com* que poderá ser afixado nas enfermarias de clínicas e cirúrgicas, confeccionado em acrílico, onde através de um *smartfone* tanto os profissionais de saúde quanto os próprios acompanhantes, utilizando um aplicativo leitor de códigos de barra / *QRcode*, instalado de forma gratuita, poderão ter acesso rápido a este material educativo.

Este material é uma proposta de modificação do processo assistencial, realizado pela enfermagem da instituição, onde se espera um impacto positivo no indicador de saúde relacionado à infecção hospitalar do HUGG.

Entendemos que o enfermeiro tem um papel fundamental no processo ensino-aprendizagem, e se vale de diferentes tecnologias educacionais para cuidar não somente

daqueles indivíduos internados, mas também, como no caso deste estudo, dos acompanhantes que muitas das vezes têm demandas educacionais latentes.

Entendemos que a aplicação deste produto visa impactar diretamente em indicadores de saúde relacionados aos quadros de infecção hospitalar. A instituição investigada possui algumas restrições quanto rastreamento de pacientes infectados por algum patógeno fora de unidades fechadas, o que evidencia a participação dos profissionais de saúde destas unidades abertas.

Com a construção do produto finalizado, o planejamento será a validação e ampliar a divulgação do produto dentro da instituição e entre os acompanhantes de pacientes internados e que estejam em isolamento. Entretanto, ainda dependemos de recursos financeiros para implementação da ferramenta *QRcode*, para que nossas ações sejam facilitadas pela tecnologia.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. M. Custos da infecção hospitalar e o impacto na área da saúde. **Brasília Médica**, DF, v. 42, p. 48-50, 2005.

BEUTER, M. *et al.* Perfil de Familiares: contribuições para a ação educativa de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.13, n. 1, p. 28-33, 2009.

BRASIL. Lei nº 106, de 14 de setembro de 2009. Estabelece o familiar em acompanhamento do familiar em internamento hospitalar. **Diário da República**: 1ª série, n. 178, p. 6254. Brasília, DF, set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar**: Caderno C2 – Precauções Padrão, Isolamento e Saúde Ocupacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 70 p., 3 ed., 2 reimpr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616, de 12 de Maio de 1998. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html). Acesso em: 01 dez. 2018.

CUNHA, A. Z. S. Educação em enfermagem e seu compromisso social. **Rev. Centro de Educação**, Santa Maria, v. 27, n. 1, 2002. Disponível em: <http://coralx.ufsm.br/revce/revce/2002/01/a2.htm>. Acesso em: 15 mar. 2019.

DIAS, G. A. R. *et al.* Tecnologias educativas em saúde, importância no processo ensino aprendizagem: relato de experiência acadêmico. In: Seminário Internacional de Pesquisa e Educação em Enfermagem, 1.. 2012, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012. Disponível em: <http://www3.pgenf.ufba.br/SEMINARIO/ANAIS/3%20Educacao%20em%20enfermagem/TECNOLOGIAS%20EDUCATIVAS%20EM%20SAUDE.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

GONZAGA, H. O.; BELENTANI, L. M. Infecção Hospitalar por contato: atitudes realizadas por acompanhantes que favorecem a transmissão. **Revista UNINGÁ**, [S. l.], v.35, n.1; 2013.

LIMA, S. F. *et al.* Acompanhantes de Paciente Hospitalizados e suas Demandas no Cuidado. **Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago**, [S. l.], v.1, n.1, p. 52-62, 2015.

MARQUES, R. B. *et al.* A compreensão dos familiares de pacientes portadores de germe multiresistente acerca do isolamento e das medidas de precaução. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 141-147, set./dez. 2014.

MAZIERO, V. G. *et al.* Precauções universais em isolamentos de pacientes em hospital universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe 2, p. 115-120, 2012. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000900018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 Nov. 2018.

MEIRELES, A. R. N. *et al.* Implantação de Programa de Educação do paciente em um Hospital Público. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 39, n. 3, p. 668-680, jul./set. 2015.

MELO, I. A.; ANDRADE, J. S.; OTERO, L. M. Construção e validação de tecnologias educacionais desenvolvidas por enfermeiros para pessoas com Diabetes Mellitus: uma revisão integrativa. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017, Aracaju. **Anais [...]**. Aracaju, UNIT, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/download/6032/2020>. Acesso em: 20 nov. 2018.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 182-189, 2012.

PERES, G. M.; LOPES, A. M. P. Acompanhamento de Pacientes Internados e Processos de Humanização em Hospitais Gerais. **Psicólogo Hospitalar**, São Paulo, v.10, n. 1, p. 17-41, jan. 2012.

RABELO, A. H. S.; SOUZA, T. V. O. Conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 271-278, abr./jun. 2009.

RIBEIRO, A. E. O. *et al.* Infecções Hospitalares: aspectos relevantes e a atuação dos profissionais de enfermagem no controle de infecções. In: Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, 2016, Quixadá. **Anais [...]**. Quixadá: Umicatólica, v.2, n. 1, 2016. Disponível em: <http://201.20.115.105/home/bitstream/123456789/566/1/1116-3151-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SANTOS, J. S. **Proposta de protocolo admissional à equipe de enfermagem sobre o uso de medidas de precaução de contato**. 2013. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.

SILVA, R. C. *et al.* O papel do enfermeiro como educador e pesquisador, e a integração entre prática baseada em evidências e educação permanente. **Percorso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 471-430, jul./dez. 2015.

SILVEIRA, M. S. Tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. 2016. 35 f. Trabalho de conclusão de graduação (Enfermagem) – Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SOARES, A. D.; FRAGA, M. N. O. O acompanhante do adulto hospitalizado: nível de informação e expectativas. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 43-48, jul./dez. 2000.

TURRINI, R. N. T.; SANTO, A. H. Infecção Hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, p. 485-490, 2002.



VALENTE, G. S. C.; SOUZA, A. S.; SAMPAIO, S. Z. A educação no controle da infecção hospitalar: um olhar para o acompanhante de paciente em precaução de contato. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 2790-2799, jan./mar. 2012. Disponível em:  
[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1625/pdf\\_490](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1625/pdf_490). Acesso em: 15 mar. 2019.

**APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados**

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**  
**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS**  
**Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar Mestrado**  
**Profissional - PPGSTEh**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Idade: \_\_\_\_ anos

Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Nível de Instrução: ☐ Analfabeto ☐ ensino médio ☐ ensino fundamental ☐ ensino superior completo

1-Você está no hospital como acompanhante há quanto tempo? \_\_\_\_\_ dias

2-Você sabe qual a doença do seu paciente que você acompanha? ☐ Sim ☐ Não

3-Você sabe se ela é contagiosa? ☐ Sim ☐ Não

4-Você sabe o que significa o paciente estar em isolamento? ☐ Sim ☐ Não

5-Você teve alguma orientação sobre que cuidados ter na enfermaria ou com o paciente que está em isolamento? ☐ Sim ☐ Não

6-Em caso afirmativo, quem forneceu esta informação? \_\_\_\_\_

7-Quando devo utilizar a máscara cirúrgica para entrar em contato com o paciente?

☐ Sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ nem sempre ☐ nunca

8-Devo lavar as mãos antes de entrar no leito do paciente?

☐ Sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ nem sempre ☐ nunca

9-Devo lavar as mãos quando saio do leito do paciente?

☐ Sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ nem sempre ☐ nunca

10-Eu ESTANDO com o capote ou máscara, posso tocar diretamente o paciente que está em isolamento?

☐ Sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ nem sempre ☐ nunca

11-Eu NÃO ESTANDO com capote ou máscara, posso tocar diretamente o paciente que está em isolamento?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

12-Devo calçar luvas para ter contato ou fazer algum procedimento com o paciente?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

13-Eu ESTANDO com o capote ou máscara, posso sentar à beira do leito do paciente?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

14-Eu NÃO ESTANDO com capote ou máscara, posso sentar à beira do leito do paciente?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

15-Posso ajudar outro paciente que ESTÁ em isolamento quando for necessário?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

16-Posso ajudar outro paciente que NÃO ESTÁ em isolamento quando for necessário?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

17-Equipamentos como aparelho de PA e termômetro, utilizados pelos paciente em isolamento podem ser compartilhados por outros pacientes internados no mesmo período?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

18-Posso provar a comida do paciente em isolamento antes de oferecer a ele?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

19-Posso utilizar o mesmo talher que o paciente em isolamento?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

20-Posso entrar no leito de outro paciente que não estou acompanhando para ajudá-lo/confortá-lo quando necessário?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

21-O profissional de saúde é responsável pela infecção hospitalar?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

22-O acompanhante é responsável pela infecção hospitalar?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

23-O acúmulo excessivo de pertences do paciente no leito pode colaborar para infecção hospitalar?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

24-Manter a limpeza do ambiente como o armário, a mesa que o paciente utiliza e a cama, interfere na prevenção da infecção hospitalar?

☐Sempre      ☐quase sempre      ☐às vezes      ☐nem sempre      ☐nunca

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS  
Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar Mestrado  
Profissional - PPGSTEH**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO: PRÁTICAS EDUCATIVAS RELACIONADAS AO CONTROLE DE  
INFECÇÃO ENTRE ACOMPANHANTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO EM  
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**OBJETIVO DO ESTUDO:** O objetivo deste projeto é conhecer como o isolamento é imaginado e realizado pelos acompanhantes de pacientes no hospital.

**ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para verificar se as práticas dos acompanhantes tem relação com as orientações sobre precaução de cuidados e isolamento e propor orientações de precaução e isolamento destinado aos acompanhantes de pacientes no momento da admissão do paciente na enfermaria. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir no tratamento do paciente nem na sua condição de acompanhante.

**PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** Se você decidir participar deste estudo, haverá um instrumento de coleta de dados individual que durará aproximadamente 20 minutos e utilizaremos suas respostas para embasar as orientações do acompanhante de pacientes em isolamento.

**RISCOS:** Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

**BENEFÍCIOS:** Sua entrevista ajudará a propor orientações de precaução e isolamento destinado aos acompanhantes de paciente no momento da admissão do paciente na enfermaria, mas não será para seu benefício direto. Por isso, fazendo parte deste estudo, você fornecerá informações que esclareçam outras pessoas para melhorar o atendimento no hospital.

**CONFIDENCIALIDADE:** Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum lugar.

**DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar sendo a aluna Marise Oliveira da Costa a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof. Dr. Daniel Aragão Machado. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida

que você tenha. Caso seja necessário, contacte Marise Oliveira da Costa no telefone (21) 999791803 / 2264-5939, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-HUGG no telefone (21) 2264-5177 ou e-mail: [cephugg@gmail.com](mailto:cephugg@gmail.com) ou pelo endereço Rua Mariz de Barros nº 775 – RJ – Cep: 22.270-004. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Assinatura

(Pesquisadora): \_\_\_\_\_

Marise Oliveira da Costa

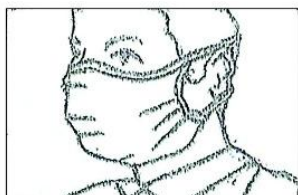
Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar -  
Mestrado Profissional

## APÊNDICE C – Folder de Orientação aos acompanhantes de pacientes em isolamento

### O que são placas de precauções afixadas nos leitos dos pacientes?

São placas que sinalizam os cuidados especiais que devemos ter no período do tratamento do paciente. O acompanhante do paciente será orientado pela equipe de saúde quanto aos cuidados com seu paciente.

Máscara cirúrgica para precaução para gotículas



Máscara N95 para precaução para aerossóis



Capote e luvas para precaução de contato



O conteúdo desta publicação pode ser reproduzido e difundido desde que citada a fonte.

**ATENÇÃO: NÃO PODERÁ SER ACOMPANHANTE, O INDIVÍDUO QUE ESTIVER COM ALGUMA DOENÇA CONTAGIOSA COMO GRIPE, CONJUNTIVITE, CATAPORA, TUBERCULOSE, ENTRE OUTRAS. NA DÚVIDA, CONSULTE A EQUIPE DE SAÚDE.**



Referência:  
MINISTÉRIO DA SAÚDE(BR), Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar: Caderno C2, Br2000  
Colaboração:  
Solange O. da Costa  
Profª. de Artes  
Produto extraído da dissertação de mestrado profissional em saúde e tecnologia no espaço hospitalar/UNIRIO «Práticas educativas relacionadas ao controle de infecção entre acompanhantes de pacientes em isolamento em um hospital universitário».  
Defendida por Marise Oliveira da Costa (2019).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE-HUGG**

**ORIENTAÇÃO AOS ACOMPANHANTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO**

**A INFECÇÃO HOSPITALAR É MUITO SÉRIA E PRECISA SER COMBATIDA! SUA PARTICIPAÇÃO É IMPORTANTE! FIQUE POR DENTRO DAS INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES A SEGUIR.**

Elaboração  
Enfª Marise Oliveira da Costa  
Profª Dr. Daniel Aragão Machado  
Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar



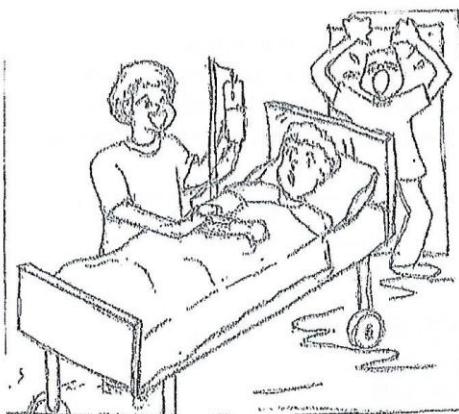
Acesso em  
<https://imgur.com/a/hO9e2gl?>

### O que é infecção hospitalar?

É a infecção adquirida após a admissão do paciente no Hospital, que se manifesta durante a internação ou após a alta hospitalar e está relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (exemplos: cirurgias, exames).

### O que é infecção cruzada?

É a principal causa de infecção hospitalar. Ocorre pela transmissão de um microrganismo de um paciente para o outro através das mãos dos profissionais de saúde, acompanhantes e visitantes. Estes microrganismos, também chamados de germes, não conseguimos ver a olho nu. Estes germes podem existir nas mãos não lavadas e podem causar infecções no pulmão, na urina, no local da cirurgia, etc.

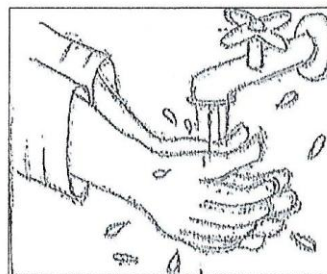


### Como prevenir a infecção hospitalar?

A higienização das mãos (lavagem das mãos) é a ação mais eficaz para não espalhar os germes entre pacientes, acompanhantes, profissionais de saúde e próprio ambiente hospitalar.

Lave suas mãos com água e sabão:

- Antes de entrar na enfermaria e após sair dela;
- Antes e após ir ao banheiro;
- E sempre que for necessário.



- Não sente na cama do paciente mesmo que esteja desocupado;
- O cuidado deve ser limitado ao seu paciente;
- Não entre no leito de outro paciente;
- Não toque nos pertences de outros pacientes;
- Não compartilhe copos, talheres, toalhas nem outros objetos do seu paciente;
- Use lenço de papel ou papel toalha para limpar o nariz ou para conter as secreções quando tossir ou espirrar. E LAVE AS MÃOS !!!

- Se outro paciente da enfermaria necessitar de ajuda, avise a equipe de enfermagem;
- Não apoie ou coloque objetos sobre o leito do paciente, mesmo se a cama estiver desocupada;
- Não mexa em aparelhos (monitores, bombas infusoras, etc.), equipamentos de soro e curativos. Em caso de dúvidas, chame alguém da equipe de enfermagem. Estes equipamentos, quando manuseados por pessoas não preparadas, tornam-se fonte de infecção para o paciente;
- Evite o acúmulo de pertences do paciente no leito. O acúmulo excessivo de pertences pode colaborar para a infecção hospitalar;
- Mantenha a limpeza do ambiente como o armário, a mesa que o paciente utiliza e a cama. Isto colabora para a prevenção da infecção hospitalar;
- Despreze as sobras das refeições em lixeiras. As sobras das refeições podem atrair insetos como moscas, mosquitos e baratas, além de causarem uma impressão de má higiene e conterem microorganismo que aumentam os riscos de infecção hospitalar;



**ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP-HUGG**

UNIRIO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E  
GUINLE / HUGG- UNIRIO

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

**Título da Pesquisa:** Título provisório: PRÁTICAS RELATIVAS AO CONTROLE DE INFECÇÃO ENTRE ACOMPANHANTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Pesquisador:** MARISE OLIVEIRA DA COSTA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87378617.0.0000.5258

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.929.211

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório com o objetivo de realizar um levantamento acerca do conhecimento sobre precauções, isolamento, transmissão cruzada de patógenos e infecção hospitalar por acompanhantes de pacientes em precaução, internados em uma unidade hospitalar. Ao final, pretende criar um roteiro para orientações destinado aos acompanhantes a ser aplicado no momento da admissão em enfermarias de clínica médica.

**Objetivo da Pesquisa:**

Apresentam-se de forma clara, direta e concisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos apresentados no estudo são mínimos, sendo os mesmos referenciados pela investigadora. Ressalta-se a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde os riscos envolvem apenas questões de tempo para responder ao questionário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante que possibilitará, através do produto gerado, melhorar a adesão de acompanhantes de pacientes em isolamento às precauções necessárias há não transmissão de patógenos no ambiente hospitalar.

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775

**Bairro:** Tijuca

**CEP:** 22.270-004

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)1264-5317

**Fax:** (21)1264-5177

**E-mail:** cephugg@gmail.com



## ANEXO B – Carta de Autorização da Instituição

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS  
Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar  
Mestrado Profissional - PPGSTEH

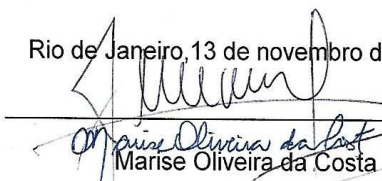
### TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Marise Oliveira da Costa, portadora do CPF 70813337704, aluna do Programa de Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, vinculado a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, assumo o compromisso com o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO, a realizar a pesquisa sob o título de “PRÁTICAS RELATIVAS AO CONTROLE DE INFECÇÃO ENTRE ACOMPANHANTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO” sob a orientação da Profª Drª Tânia C. O. Valente. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento na área de Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e Pesquisa desta Instituição de Ensino em atendimento a Resolução nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 13 de novembro de 2017.

  
Marise Oliveira da Costa

  
Fernando Ferry  
Diretor HUGG  
Portaria 1 133 - 12/12/2014

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço  
Hospitalar – Mestrado Profissional

Comitê de Ética em Pesquisa CEP- UNIRIO – PROPG-DPq  
Av. Pasteur, 296, Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.  
Telefones: 21-2542-7796 E-mail: [cep.unirio09@gmail.com](mailto:cep.unirio09@gmail.com)

## ANEXO C – Submissão de artigo I



BIBLIOTECA DIGITAL  
DE PERIÓDICOS

[CAPA](#)
[SOBRE](#)
[PÁGINA DO USUÁRIO](#)
[PESQUISA](#)
[EDIÇÕES ▾](#)
[NOTÍCIAS](#)
[ESTATÍSTICAS](#)

Capa > Usuário > Autor > Submissões Ativas



**Cogitare  
Enfermagem**



ISSNe 2176-9133

## SUBMISSÕES ATIVAS

**ATIVO** | ARQUIVO

| ID    | MM-DD<br>ENVIADO | SEÇÃO | AUTORES                       | TÍTULO                                                      | SITUAÇÃO              |
|-------|------------------|-------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 65491 | 18-03-2019       | PES   | costa, MACHADO, JUNIOR, GOMES | PRÁTICAS EDUCATIVAS RELACIONADAS AO CONTROLE DE INFECÇÃO... | Aguardando designação |

1 a 1 de 1 itens

## INICIAR NOVA SUBMISSÃO

CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Em caso de dificuldades ou dúvidas técnicas, faça contato com [cogitare@ufpr.br](mailto:cogitare@ufpr.br)

Cogitare Enfermagem. ISSN Eletrônico: 2176-9133

*Siga a Revista Cogitare Enfermagem:*





Você está em:

Biblioteca Digital de Periódicos ▾

### INFORMAÇÕES

- Para leitores
- Para Autores
- Para Bibliotecários

Ajuda do sistema

OPEN JOURNAL SYSTEMS

### USUÁRIO

Logado como:  
entfmc

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema