UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

JORDAN AUGUSTO MOTA ARAGÃO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELABORADAS POR CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES DOMICILIARES

Teresina – PI
2023

JORDAN AUGUSTO MOTA ARAGÃO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELABORADAS POR CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES DOMICILIARES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de Atuação: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem

Orientadora: Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle

Teresina – PI
2023

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

A659r Aragão, Jordan Augusto Mota.
Representações sociais de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde elaboradas por cuidadores informais de pacientes domiciliares / Jordan Augusto Mota Aragão. – – 2023.
70 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.
"Orientadora: Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle"

1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Cuidadores. 3. Representação Social. 4. Controle de Infecções. I. Valle, Andreia Rodrigues Moura da Costa. 2. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

JORDAN AUGUSTO MOTA ARAGÃO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE ELABORADAS POR CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES DOMICILIARES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de Atuação: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem

Orientadora: Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle

Aprovação em 22 de maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle (UFPI)
Presidente

Profª. Drª. Maria Eliete Batista Moura (UFPI)
Examinadora interna

Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety (UESPI)
Examinador externo

Profª. Drª. Daniela Reis Joaquim de Freitas (UFPI)
Examinadora Suplente

Teresina – PI
2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, por me dar forças e condições de lutar por meus sonhos.

Aos meus pais, Sonia e Carlos Aragão, por serem a motivação das minhas conquistas e os exemplos de caráter, honestidade, amor e carinho. A minha irmã Julia e sobrinhos Miguel e Marina, que são motivos de alegria e ternura em minha vida.

A Madalena Frota, minha companheira de vida e estudos, além de motivação, você é exemplo de perseverança e dedicação. Obrigado por todo o amor, carinho, cuidado e apoio, saiba que "as coisas lindas são mais lindas quando você está", e que bom que você está presente nesse momento.

Aos meus tios, Gervásio e Conceição, por toda a torcida e apoio. Minha família é pequena, porém, preciosa. Mais uma vez agradeço a Deus, por me proporcionar a melhor família que eu poderia ter em vida.

Aos meus amigos, pela paciência e compreensão de que meu afastamento foi necessário para que eu pudesse me dedicar ao cumprimento de mais essa missão em minha vida.

A Universidade Federal do Piauí – Programa de Pós Graduação em Enfermagem e todo o seu corpo docente, por subsidiarem a realização do meu sonho e de outras centenas de pessoas, e por todos os ensinamentos e exemplos que me foram prestados durante o curso de mestrado.

Aos colegas da minha turma, pelas parcerias e amizades que foram construídas.

A minha orientadora, Profª. Drª. Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle, pela dedicação, paciência, disponibilidade, ensinamentos e extrema educação que sempre me prestou durante a elaboração do projeto e estudo.

Aos membros da minha banca, Profª. Drª. Maria Eliete Batista Moura, Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety e Profª. Drª. Daniela Reis Joaquim de Freitas, pela disponibilidade e atenção que me prestaram em auxiliar no aprimoramento deste trabalho.

Aos cuidadores entrevistados, por subsidiarem a construção deste estudo, pela confiança, disponibilidade e generosidade que me concederam durante as entrevistas, bem como a EMAD Teresina, pela disponibilidade na transmissão das informações necessárias para acesso aos mesmos.

Ao Vitor Hugo da Cunha, pelo apoio prestado na coleta das entrevistas, pela disponibilidade e atenção que me prestou durante o desenvolvimento deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

"Uau"! Por vezes eu desacreditei de mim. Agradeço ao menino que fui, por não ter desistido na primeira queda. Nesse momento emergem muitos sentimentos em mim, um deles é que meu futuro ainda guarda muitas conquistas que aquele menino via como impossíveis, assim como essa. Já não lembro bem das pessoas que duvidaram de mim, e acredito que por esse motivo estou aqui, agradecendo aos que acreditaram e me prometendo que ainda tem muito por vir. Obrigado!

RESUMO

OBJETIVO: Compreender as Representações Sociais de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde elaboradas por cuidadores informais de pacientes domiciliares. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, guiado à luz da Teoria das Representações Sociais. O estudo foi realizado no Hospital de Urgência de Teresina, localizado na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí, por meio de entrevistas com cuidadores informais de pacientes domiciliares atendidos pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar do município. Os dados foram processados com auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), e organizados por meio do método da Classificação Hierárquica Descendente, sendo analisados posteriormente à Luz da Teoria das Representações Sociais. **RESULTADOS:** O processamento dos dados gerou 5 classes que guiaram os processos formadores das Representações Sociais: Classe 3 – Compreensão Sobre Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Classe 4 – Cuidados com Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde no Ambiente Domiciliar; Classe 1 – Manejo da Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Classe 2 – Referências de Aprendizagem e Esclarecimento de Dúvidas no Cuidado; Classe 5 – Processo de Aprendizagem do Cuidado Domiciliar; A classe 5 está diretamente relacionada com a classe 2, que apresenta as principais fontes de informação consultada sobre cuidados ao paciente. Observa-se que a classe 2 reúne uma série de significações aos cuidados domiciliares, já a classe 5 demonstra a forma que essas informações (objetos) foram assimiladas ou aproximadas a realidade dos cuidadores (sujeitos), ou seja, a classe 5 ancora as informações objetivadas na classe 2. Ambas as classes geram as outras três. A classe 1 gera as classes 4 e 3. Ela ancora as informações objetivadas nessas classes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que o presente estudo pôde evidenciar que, apesar de os cuidadores buscarem informações e esclarecimento de dúvidas com profissionais, ainda há uma grande desorganização no processo de aprendizagem, visto que aprendem o cuidado de acordo com a demanda apresentada pelo seu paciente, logo, não estão preparados para enfrentar possíveis intercorrências as quais os pacientes estão suscetíveis. De mesmo modo, presume-se que eles não se sentem seguros com as informações e ensinamentos sobre prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde transmitidas pelos profissionais, visto que suas maiores dúvidas se apresentaram em torno deste assunto. Portanto, constata-se que a participação em treinamentos e capacitações antes da transferência dos pacientes para o domicílio torna-se imprescindível a estes cuidadores, devido a exigência de continuidade do tratamento realizado no hospital.

Palavras-chave: Cuidadores; Representação Social; Controle de Infecções; Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the Social Representations of prevention and control of infections related to health care elaborated by informal caregivers of patients at home. **METHODS:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, guided by the Theory of Social Representations. The study was carried out at the Hospital de Urgência de Teresina, located in the city of Teresina, capital of the state of Piauí, through interviews with informal caregivers of patients at home assisted by the Multidisciplinary Team of Home Care in the municipality. Data were processed with the help of the IRAMUTEQ software (Interface de R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), and organized using the method of Descending Hierarchical Classification, being subsequently analyzed in the light of the Theory of Social Representations. **RESULTS:** Data processing generated 5 classes that guided the processes that formed the Social Representations: Class 3 – Understanding of Prevention and Control of Infections Related to Health Care; Class 4 – Care with Infections Related to Health Care in the Home Environment; Class 1 – Management of Prevention and Control of Infections Related to Health Care; Class 2 – Learning References and Clarification of Doubts in Care; Class 5 – Home Care Learning Process; Class 5 is directly related to class 2, which presents the main sources of information consulted about patient care. It is observed that class 2 brings together a series of meanings for home care, while class 5 demonstrates the way in which this information (objects) was assimilated or approximated to the reality of caregivers (subjects), that is, class 5 anchors the information objectified in class 2. Both classes generate the other three. Class 1 generates classes 4 and 3. It anchors the objective information in these classes. **FINAL CONSIDERATIONS:** It is concluded that the present study could show that, although caregivers seek information and clarify doubts with professionals, there is still a great disorganization in the learning process, since they learn care according to the demand presented by their patient, therefore, they are not prepared to face possible intercurrences to which patients are susceptible. Likewise, it is assumed that they do not feel safe with the information and teachings on prevention and control of infections related to health care transmitted by professionals, since their biggest doubts were presented around this subject. Therefore, it appears that participation in training and qualification before the transfer of patients to their homes becomes essential for these caregivers, due to the requirement of continuity of treatment performed in the hospital.

Keywords: Caregivers; Social Representation; Infection Control; Home Assistance Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente 36
Figura 2 - Organograma das Representações Sociais de Prevenção e Controle de IRAS Elaboradas pelos Cuidadores Informais de Pacientes Domiciliares.....37
Figura 3 – Análise Fatorial de Correspondência 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de pacientes domiciliares entrevistados. Teresina, PI, Brasil, 2023 (n=23). 34
Tabela 2 – Condições de saúde e de treinamentos sobre cuidados dos cuidadores de pacientes domiciliares entrevistados. Teresina, PI, Brasil, 2023 (n=23).....35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Atenção Domiciliar
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissões de Controle de Infecções Hospitalares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CVC	Cateter Venoso Central
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HUT	Hospital de Urgência de Teresina
h/s	Horas de trabalho por semana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IH	Infecção Hospitalar
IRAMUTEQ	*Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
IRAS	Infecções Relaciondas à Assistência à Saúde
JCI	*Joint Commission International*
MISP	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCPIEA	Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos
PI	Piauí
PNCIH	Programa Nacional de Controle de Infecções Hospitalares
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Representações Sociais
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAPI	Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
SNE	Sondas Nasoenterais

ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda Vesical de Demora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFPI	Universidade Federal do Piauí
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 Contextualização do Problema 14
1.2 Objeto do Estudo 17
1.3 Objetivos 17
1.3.1 Geral 17
1.3.2 Específicos 17
1.4 Justificativa e Relevância 18
2 REFERENCIAL TEÓRICO 19
2.1 Histórico das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde no Brasil 19
2.2 Atenção Domiciliar no Brasil 19
2.3 Cuidado Domiciliar na Prevenção e Controle de IRAS 22
2.4 Teoria das Representações Sociais 24
2.5 Representações Sociais de Prevenção e Controle de IRAS no Ambiente Domiciliar 25
3 MÉTODO 28
3.1 Tipo do Estudo 28
3.2 Cenário do Estudo 28
3.3 População, Amostra e Período do Estudo 29
3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão 30
3.4 Instrumento e Coletas de Dados 30
3.5 Processamento e Análise dos Dados 31
3.6 Aspectos Éticos e Legais 32
3.7 Riscos e Benefícios 32
4 RESULTADOS 34
4.1 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes do Estudo 34
4.2 Representações Sociais Conforme Classificação Hierárquica Descendente 35
4.2.1 Classe 3: Compreensão Sobre Prevenção e Controle de IRAS 37
4.2.2 Classe 4: Cuidados com IRAS no Ambiente Domiciliar 39
4.2.3 Classe 1: Manejo da Prevenção e Controle de IRAS 40
4.2.4 Classe 2: Referências de Aprendizagem e Esclarecimento de Dúvidas no Cuidado 41
4.2.5 Classe 5: Processo de Aprendizagem do Cuidado Domiciliar 43
4.3 Análise Fatorial de Correspondência 43

5 DISCUSSÃO 45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 52
REFERÊNCIAS 53
APÊNDICE A 61
APÊNDICE B 63
ANEXO A 65

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

Em 2014 com o apoio da 57ª Assembleia Mundial de Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, um grupo de trabalho com o intuito de disseminar e tornar a cultura de segurança do paciente prioritária nos serviços de saúde (ANVISA, 2017). Contudo, no Brasil, anteriormente a este fato, em 2013, a Portaria 529/2013, do Ministério da Saúde, instituiu no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013a).

Acreditação é um sistema de verificação externa com o objetivo de avaliar a conformidade de um conjunto de padrões de recursos institucionais (ANVISA, 2017). A *Joint Commission International* (JCI) é uma instituição acreditadora que atua no Brasil representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (JCI, 2010).

Diante da dimensão da problemática Segurança do Paciente e da gama de processos envolvidos para se alcançar um cuidado seguro, a OMS, numa parceria com a JCI vem incentivando a adoção de Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), que são estratégias de orientação para reduzir riscos e eventos adversos relacionados à temática. Dentre outras, reduzir o risco de infecções relacionadas aos cuidados de saúde está entre as MISP (ANVISA, 2017; AGUIAR et al., 2017; JCI, 2010).

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são conceituadas como as infecções adquiridas por um paciente após ser submetido a um procedimento de assistência à saúde ou uma internação, quando o mesmo não apresentar, previamente, evidência clínica ou dado laboratorial do contágio (ANVISA, 2021). Essas enfermidades representam as complicações mais comuns e graves dos cuidados em saúde, porém, podem ser controladas e prevenidas a partir da adoção de práticas seguras de cuidado, tanto em hospitais quanto em outros ambientes de cuidado (BROSIO *et al.*, 2017; SILVA; KOZUSNY-ANDREANI, 2020).

Sabe-se que a internação prolongada em ambientes hospitalares é um dos fatores de risco associado às IRAS (SINÉSIO *et al.*, 2018; TAUFFER *et al.*, 2019). Deste modo, a transferência de pacientes portadores de doenças crônicas, de limitação funcional, cognitiva, dentre outras, para o domicílio, surge como modalidade de saúde alternativa estratégica na prevenção e controle destas, visto que tal ambiente apresenta uma microbiota menos patogênica em comparação com o âmbito hospitalar (AUSSERHOFER *et al.*, 2016).

Existem muitos estudos sobre as principais infecções e medidas de prevenção e controle de infecção no meio hospitalar, porém, apesar de o ambiente domiciliar ser considerado menos patogênico, mas não menos importante (ANVISA, 2021; ALVIM; COUTO; GAZZINELLI, 2019; RAJ *et al*., 2019), pesquisas e dados estatísticos se fazem ainda precários neste âmbito.

Não obstante, estudos epidemiológicos apontam para um perfil de pacientes domiciliares predominantemente idosos e com alta dependência para atividades diárias de vida. Tal perfil relaciona-se com o risco de desenvolvimento de infecções e outros eventos adversos, seja por condições clínicas ou pela maior necessidade de dispositivos, tais como sondas de traqueostomia e gastrostomia e cateteres vesicais (SILVEIRA; SILVA; GOTTEMS, 2020).

Desta forma, órgãos reguladores e normativos nacionais e internacionais alertam sobre a importância do controle da infecção no ambiente extra-hospitalar. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) exige que os serviços de atenção domiciliar elaborem e implementem um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA), visando a redução da incidência e da gravidade destes eventos (SILVEIRA; SILVA; GOTTEMS, 2020; VALLE *et al.*, 2016).

Conceitua-se Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde (BRASIL, 2017).

Com a evolução das necessidades de saúde da população e dos sistemas de saúde, a AD tem se destacado como importante possibilidade de resposta e vem se expandindo progressivamente no Brasil e no mundo (BRASIL, 2020), objetivando a desospitalização e otimização do uso de leitos hospitalares, diminuindo assim a sobrecarga das portas de urgências, a ampliação de acesso aos serviços por usuários acamados ou domiciliados e processo terapêutico humanizado (BRASIL, 2020; PERBONI; GRIEBELER OLIVEIRA; SANT'ANA TRISTÃO, 2022).

No intuito de organizar a AD no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2017).

Importante ator no apoio à AD, o cuidador é responsável por realizar ou auxiliar a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, com o objetivo

de preservar sua autonomia e independência. Ele pode ser membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida da pessoa dependente (BRASIL, 2012).

Este termo pode ainda ser classificado em formal e informal, sendo formal o cuidador capacitado tecnicamente, que possui conhecimento e experiência para prestar cuidado no domicílio e recebe remuneração para isso. Já o cuidador informal é definido como indivíduo que não tem formação profissional e presta assistência a um conhecido ou algum membro da família, sem remuneração (SANTOS *et al.*, 2022).

É sabido que nos países em desenvolvimento o cuidado ao paciente domiciliar é realizado majoritariamente por cuidadores informais, com baixa escolaridade e qualificação profissional (FIGUEIREDO *et al.*, 2021), logo, o cuidado carece de embasamento científico e suporte profissional para compartilhamento de dúvidas e anseios (DINIZ *et al.*, 2018).

Cabe destacar que os cuidadores ocupam importante posição no cuidado domiciliar, visto que são os principais responsáveis pelo contato direto com o paciente e os dispositivos que estão em uso. A assistência realizada pelos cuidadores, dada a particularidade de cada paciente, envolve atividades que interferem diretamente na prevenção e controle de infecções, destacando-se: a mudança de decúbito, administração da dieta e medicações prescritas, manutenção do uso correto e troca da fixação de sondas nasoenterais (SNE), aspiração traqueal, manipulação de bolsa coletora de urina ou bolsa de colostomia, higiene pessoal e comunicação de qualquer evento importante à equipe de saúde (COELHO *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2021).

Logo, falhas assistenciais tornam iminente o risco de desenvolvimento de IRAS nesses pacientes, visto que, a incorreta manipulação destes dispositivos e execução destes procedimentos está diretamente ligada a isto (ARAÚJO; PEREIRA, 2017; SIMAN *et al.*, 2020), pondo os cuidadores, assim, na posição de portas de entrada para infecções.

Os cuidadores informais demonstram aspirações de oferta de cursos e capacitações para qualificarem o cuidado, assumindo assim o empirismo de suas ações, logo, baseiam-se, por vezes, no senso comum para guia-las (FIGUEIREDO *et al.*, 2021), deste modo, é importante refletir se estes compreendem a dimensão que suas ações repercutem no controle e prevenção de IRAS e a real gravidade desta problemática.

Assim, este trabalho utilizou a Teoria das Representações Sociais (TRS) como meio para conhecer a forma que os cuidadores informais de pacientes domiciliares compreendem o saber sobre prevenção e controle de IRAS.

A TRS é uma teoria científica sobre os processos através dos quais os indivíduos em interação social interpretam e constroem conceitos e explicações sobre objetos sociais. É uma forma de pensar e interpretar o conhecimento na realidade em que estão inseridos, buscando

fixar suas posições em relação às situações, eventos, objetos e concepções a partir da vivência e comunicação social (MOSCOVICI, 2007, 2015)

O caráter social da TRS contribui para o processo de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais, logo, a geração de princípios construídos interage e é compartilhada por diferentes grupos sociais que assimilam um compromisso moral em relação ao mundo do qual fazem parte, especialmente no âmbito da família e da formação educacional, compreendendo algo de acordo com a realidade em que vivem. As instituições sociais são forjadas a partir do sistema de representações de uma determinada coletividade ou grupo social (DOS ANJOS, 2020).

Nesta perspectiva, para nortear este estudo, elegeu-se a seguinte questão: "Quais as Representações Sociais (RS) de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde elaboradas por cuidadores informais de pacientes domiciliares?"

1.2 Objeto do Estudo

Representações sociais de prevenção e controle de IRAS elaboradas por cuidadores informais de pacientes domiciliares.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Compreender as Representações Sociais de prevenção e controle de IRAS elaboradas por cuidadores informais de pacientes domiciliares.

1.3.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores informais de pacientes atendidos pela EMAD.
- Descrever as representações sociais de prevenção e controle de IRAS elaboradas por cuidadores informais de pacientes atendidos pela EMAD.
- Discutir como essas representações sociais interferem no cuidado prestado pelos cuidadores informais no domicílio.

1.4 Justificativa e Relevância

O interesse na temática abordada neste estudo veio a partir da aproximação de um dos pesquisadores com a temática IRAS, visto que o mesmo atuou na linha de frente de combate à COVID-19, utilizando de diversas estratégias de prevenção a infecções. Com o avanço da pandemia de SARS-COV2, pôde-se notar que a sociedade buscou formas de prevenir-se contra infecções mesmo no âmbito domiciliar. Porém, diversas informações inverídicas também foram disseminadas, tornando o combate à infecção prejudicado.

Neste contexto, suscitar a discussão sobre as representações sociais de prevenção e controle de IRAS elaboradas por cuidadores informais de pacientes domiciliares, poderá fomentar possibilidades de correlação entre o entendimento deste público sobre o assunto abordado, a interface prática de assistência realizada e dados epidemiológicos sobre IRAS no ambiente domiciliar.

Prevenção e controle de IRAS no ambiente domiciliar ainda são pouco discutidos cientificamente, logo, considera-se o presente trabalho de alta relevância acadêmica e prática, visto que as IRAS têm se estabelecido como uma grande problemática de saúde em todo o mundo (SILVA; KOZUSNY-ANDREANI, 2020).

O desenvolvimento e a realização deste trabalho, poderá fornecer o subsídio para criação de novas estratégias de educação aos cuidadores informais de pacientes domiciliares, conduzindo um cuidado mais qualificado e contribuindo para uma melhor prevenção e controle de IRAS neste ambiente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde no Brasil

O termo “IRAS” é uma progressão e amplificação do termo “Infecção Hospitalar” (IH), que se conceitua como qualquer infecção adquirida durante a hospitalização e que não estava presente, ou em período de incubação no momento da admissão do paciente (PADOVEZE *et al.*, 2019). Contudo, a atual designação considera que as infecções podem estar relacionadas à assistência em saúde em todos os ambientes em que são prestadas e não somente restritas ao âmbito hospitalar (BARROS *et al.*, 2016; PADOVEZE *et al.*, 2019; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Países subdesenvolvidos como o Brasil sofrem, historicamente, com a maior carga dessas infecções, uma vez que contam com piores estruturas nos serviços de saúde e menor qualificação profissional. Frente a essa situação, o Brasil viu a necessidade de implementar estratégias para o controle e prevenção das IRAS a partir da Conferência Regional sobre Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares em 1990. Mesmo com avanços, muitas pautas traçadas nesta conferência não foram efetuadas (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

A década de 90 foi responsável por diversas modificações no âmbito da prevenção das IRAS, como a criação do Programa Nacional de Controle de Infecções Hospitalares (PNCIH) através da portaria nº 2.616 de 1998. Tais implementações preconizavam a formação de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) em todos os hospitais, bem como a estrutura adequada para o funcionamento das mesmas e a adesão de suas estratégias na esfera federal, estadual e municipal (BRASIL, 1997, 1998).

Outro marco importante na história da prevenção das IRAS foi a criação e vinculação do PNCIH à ANVISA no ano 2000. Logo, esse órgão passou a responsabilizar-se pelo alinhamento das ações de controle no âmbito sanitário nos serviços de saúde (ARAÚJO; PEREIRA, 2017). Desde sua criação a ANVISA realiza um importante papel, principalmente na regulamentação dos produtos de saúde e na fiscalização da estrutura física dos serviços hospitalares. Além disso, contribui de forma prioritária na orientação a partir de manuais e planos de ações a respeito do controle IRAS, com foco principal nos microrganismos resistentes (ARAÚJO; PEREIRA, 2017; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

2.2 Atenção Domiciliar no Brasil

A AD visa promover conforto, segurança, satisfação das necessidades e bem estar aos pacientes a partir de um ambiente mais favorável para realização dos cuidados (OLIVEIRA; KRUSE, 2017).

Vários países vêm desenvolvendo esta modalidade, apresentando benefícios evidenciados, como: diminuição de gastos financeiros, menor índice de infecções multirresistentes e maior qualidade de vida (AUSSERHOFER *et al.*, 2016).

O cuidado domiciliar proporciona a oportunidade de concretização da autonomia do indivíduo e da família, visto que o cuidado no domicílio tende a tornar-se mais pessoal e específico, a partir de vivências de situações de saúde-doença em seu lócus de habitação, de relações e de significado de vida. Desta forma, os atores envolvidos no cuidado em AD inclinam-se a ter uma relação mais duradoura e conflituosa já que envolve três entes responsáveis pelo processo saúde-adoecimento: o paciente, o familiar/cuidador e o profissional de saúde (MUNIZ *et al.*, 2018).

Por outro lado, ao adentrar nas residências, o profissional de saúde traz consigo uma série de mudanças na vida daquele paciente, alterando a estrutura física de sua casa, rotina, alimentação e em sua forma de cuidado. Tais modificações podem gerar nesse indivíduo estranhamento e bloqueios ao acatar a assistência de saúde, sendo explicado também a partir da relação de poder estabelecida entre profissional e paciente (PERBONI; OLIVEIRA; TRISTÃO, 2022).

Além disso, implicações nas diferenças sociais, culturais e econômicas também são apresentadas como obstáculos para o estabelecimento de uma comunicação definitiva entre profissional e paciente, uma vez que essa comunicação possibilita a construção do vínculo de confiança e nivela a relação entre esses indivíduos promovendo a realização e aceitação dos cuidados (PERBONI; OLIVEIRA; TRISTÃO, 2022).

Nesse contexto, os cuidadores informais surgem como um importante elo entre o paciente, a família e a equipe de saúde, visto que, geralmente, são familiares que assumem a responsabilidade de cuidado ao paciente no âmbito domiciliar, aproximando-o da equipe profissional, facilitando assim a adesão aos cuidados, pois já existem vínculos prévios á AD entre paciente e cuidador (ALVES *et al.*, 2019).

Outro desafio envolvendo o cuidado em AD está relacionado a sobrecarga do trabalho desempenhado pelo cuidador, que além dos cuidados exclusivos ao seu paciente, atuam também executando tarefas domésticas. Tal conjuntura implica no desvio da atenção que seria prestada, influenciando na diminuição da qualidade dos cuidados desempenhados (FIGUEIREDO *et al.*, 2021). Diante disso, faz-se necessária a elaboração de políticas e programas de capacitação e

treinamento para os cuidadores informais, no intuito de promover a qualidade do cuidado executado no contexto domiciliar (SANCHES; SANTOS; RADOVANOVIC, 2021).

Somente em 2011 a AD foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011a), sendo esta revogada pela Portaria nº 2.527 do mesmo ano (BRASIL, 2011b), e dois anos depois, pela Portaria nº 963, de maio de 2013 (BRASIL, 2013b). Atualmente, a legislação relacionada a Assistência Domiciliar refere-se a portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, onde redefiniu-se a AD no Serviço Único de Saúde e atualizou as esquipes habilitadas (BRASIL, 2016).

A AD é organizada em três modalidades: Atenção domiciliar 1, Atenção domiciliar 2 e Atenção domiciliar 3. A determinação da modalidade de AD está atrelada às necessidades de cuidado pertinentes a cada caso, relacionados à periodicidade indicada de visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, já os atendimentos dos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e 3 são de responsabilidade da SAD (BRASIL, 2016).

Considera-se elegível na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e necessidade de intervenções multiprofissionais. A modalidade AD 2 engloba o usuário que apresente: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais; afecções crônico-degenerativas ou com necessidade de cuidados paliativos, que apresentem necessidade mínima semanal de acompanhamento clínico; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. Já para modalidade AD 3, elegem-se os usuários que apresentam qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade, usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016).

O SAD é um serviço que abrange estratégias de promoção, prevenção, controle e reabilitação, sendo estas prestadas no leito domiciliar por uma EMAD ou EMAP. Para a implantação desse serviço na esfera municipal é necessário que sejam seguidos alguns critérios básicos, sendo eles: possuir população de 20 mil ou mais habitantes, possuir Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e ter, pelo menos, um hospital de referência. Determinar e organizar a equipe para a implementação do SAD é de suma importância para o alcance dos objetivos, dessa forma, é necessário estabelecer a quantidade de equipes de EMAD e EMAP suficientes para atender o município de acordo com sua população e o seu perfil (LACERDA *et al*., 2015).

A EMAD realiza pelo menos um atendimento semanal a cada usuário, sendo pré-requisito para constituição de um SAD, bem como para implantação de uma EMAP. Esta é acionada somente a partir da indicação da EMAD, a fim de dar suporte e complementar suas ações (BRASIL, 2016; LACERDA *et al.*, 2015).

A EMAD pode ainda ser constituída como Tipo 1 ou Tipo 2, sendo habilitada de acordo com o tamanho da população do município. A EMAD Tipo 1 é composta minimamente por: médico(s) com a soma mínima de 40 horas de trabalho por semana (h/s); enfermeiro(s) com a soma mínima de 40 h/s; fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com a soma mínima de 30 h/s; e auxiliares ou técnicos de enfermagem com a soma mínima de 120 h/s. A EMAD Tipo 2 é composta minimamente por: médico com a carga horária mínima de 20 h/s; Enfermeiro com a carga horária mínima de 30 h/s; Profissional Fisioterapeuta ou Assistente Social com a carga horária mínima de 30 h/s; e auxiliares ou técnicos de enfermagem com somatório mínimo de 120 h/s. Não podendo haver profissional na equipe com carga horária inferior a 20 h/s (BRASIL, 2016).

Já a EMAP, dependendo da necessidade do município, poderá ser composta minimamente de três profissionais de nível superior, dentre: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, sendo 90 h/s a somatória mínima da carga horária da equipe, não podendo haver profissionais com carga horária inferior a 20 h/s. (BRASIL, 2016; LACERDA *et al.*, 2015).

Municípios com 40 mil habitantes ou mais podem solicitar a habilitação de EMAD Tipo 1, enquanto os de população inferior a esta podem solicitar a habilitação de EMAD Tipo 2 individualmente, caso tenham a partir de 20 mil habitantes, ou ainda, por meio de agrupamento, caso tenham menos de 20 mil habitantes. Os municípios com 150 mil habitantes ou mais podem solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100 mil novos habitantes. Todos os municípios com EMAD Tipo 1 ou 2 podem solicitar a implantação de uma EMAP, sendo possível a implantação de uma nova EMAP a cada 3 EMAD a mais implantadas (BRASIL, 2016).

2.3 Cuidado Domiciliar na Prevenção e Controle de IRAS

O hospital é percebido como principal ambiente de disseminação de infecção, porém o ambiente domiciliar apresenta fatores de risco que mantêm a complexidade e as dificuldades de controle, especialmente, das pessoas vulneráveis, dados aos aspectos fisiológicos, imunitários, ambientais e socioeconômico-culturais inerentes (VALLE *et al.*, 2016). Entretanto,

as iniciativas públicas nacionais para o estabelecimento de serviços de assistência domiciliar são escassas e insuficientes, visto que não há disponibilidade de treinamento técnico específico para esta atividade, principalmente na incorporação domiciliar de aparelhagem e dispositivos complexos (SHANG *et al.*, 2014).

Entende-se que o risco de infecção no domicílio é específico e diferente do âmbito hospitalar. Deste modo, suas características precisam ser respeitadas e consideradas, preservando suas condições e topografia, o que leva a geração de dados epidemiológicos e indicadores específicos deste ambiente (AGUILAR-DURAN *et al.*, 2012). Assim, as especificidades do ambiente domiciliar exigem ações específicas de prevenção e controle de infecção (SOUSA *et al.*, 2015).

Os riscos ocupacionais se mostram como um grande desafio ao cuidado domiciliar na prevenção e controle de IRAS, visto que carecem de investimentos na prevenção de infecções cruzadas e/ou acidentes. Além disso, a produção de conhecimento técnico e teórico que sustentam o desempenho da prática para possíveis adaptações ao ambiente, de maneira que possa anular ou minimizar ao máximo o risco de IRAS, ainda se faz insuficiente (VALLE *et al.*, 2016).

A atitude adotada por cada indivíduo é o principal fator de prevenção às IRAS. Para que seja assegurado o controle e prevenção de infecções na AD são necessárias, além da utilização de insumos/materiais isentos de contaminação e ambiente limpo, a sensibilização quanto à adoção dos princípios de assepsia com ênfase na higienização das mãos, por aplicação de soluções alcoólicas nas situações em que há falta de infraestrutura para sua lavagem simples com água e sabão, e nas normas de biossegurança. Ademais, o uso descontrolado de antimicrobianos é outro desafio enfrentado no controle e prevenção de IRAS no ambiente domiciliar. Desta forma, se faz fundamental a reflexão quanto a criação de um programa de prevenção e controle de IRAS nesse contexto (VALLE *et al.*, 2016).

Diante desta perspectiva, o cuidador aparece como um importante sujeito na prevenção e controle de IRAS no âmbito domiciliar. A pessoa tida como cuidador exerce funções básicas de cuidado a pessoa assistida, auxiliando nas atividades indispensáveis, visando a melhora e recuperação do seu paciente. Logo, suas atribuições devem estar alinhadas com os interesses familiares e do indivíduo cuidado. Compete, dessa forma, ao cuidador: auxiliar na higiene corporal, ajudar e estimular a alimentação, facilitar a locomoção, postura e mudanças de decúbito, além dar suporte em atividades físicas. Ademais, administra medicações e acompanha o tratamento, serve de elo entre família e paciente e dá apoio psicológico a pessoa atendida,

facilitando o vínculo e o sucesso da prestação de serviço na assistência domiciliar (BRASIL, 2012).

Dentre os cuidados preventivos às IRAS que devem ser realizados pelos cuidadores, podem-se destacar: a correta higienização das mãos ao contato com o paciente; monitoramento e controle da glicemia; monitoramento da temperatura corporal; cuidados com a limpeza de lesões; higienização oral com antissépticos (em pacientes em ventilação mecânica); correta aspiração subglóticas quando necessário; higienização e monitoramento das sondas vesicais e vias urinárias do paciente (SIMAN *et al.*, 2020).

O cuidador pode ser classificado em formal e informal. No Brasil, os cuidadores informais são maioria (FIGUEIREDO *et al.*, 2021), estimando-se que existam cerca de 200 mil, que podem ser vistos como aqueles que assumem a responsabilidade do cuidado, porém, estes majoritariamente necessitam de melhores orientações e esclarecimentos de dúvidas, além de apresentarem-se sobrecarregados e com angústias (SOUZA *et al.*, 2015). Tal fato, somado à falta de informações e vulnerabilidade dos pacientes cuidados gera aumentado risco ao desenvolvimento de IRAS no ambiente domiciliar (COELHO *et al.*, 2022).

2.4 Teoria das Representações Sociais

A TRS foi desenvolvida em 1965 por Serge Moscovici, e pode ser entendida como uma forma de conhecimento socialmente produzida, elaboradas por um grupo de sujeitos com a finalidade de que os mesmos possam se comunicar e, assim, compreender tudo o que lhes é estranho e não familiar, ou não conhecido. As mesmas são construídas a partir de conceitos, afirmações e experiências dos participantes por meio da elaboração compartilhada socialmente de um conhecimento, originadas no decurso do seu cotidiano, das suas práticas e suas comunicações interindividuais (MOSCOVICI, 2015).

Deste modo, RS são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais podendo ser vistas como uma versão contemporânea e apurada do senso comum (SÁ, 1996). Estas são elaboradas coletivamente, logo, a interação social gerada causa grande impacto, visto que adquirem vida própria, circulam, atraem-se ou podem se repelir de forma que dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto as velhas são esquecidas ou morrem (MOSCOVICI, 2003).

Por outro lado, Durkheim vê as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de integrar a sociedade como um todo. Moscovici explora em sua teoria a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas, o que

reflete a falta de homogeneidade dentro dessas sociedades, segundo ele, reflexo de uma distribuição desigual de poder que gera uma heterogeneidade de representações. Desta forma, afirma que em qualquer cultura há pontos de tensão, mesmo de fratura, sendo ao redor desses pontos no sistema representacional duma cultura que novas representações emergem. Em outras palavras, a comparação de pontos de vista sociais perde o sentido quando diferentes realidades se chocam (MOSCOVICI, 2007).

O fenômeno das representações está, por isso, ligado aos processos sociais implicados com diferenças na sociedade. E é para dar uma explicação dessa ligação que Moscovici sugeriu que as RS são a forma de criação coletiva, em condições de modernidade, uma formulação implicando que, sob outras condições de vida social, a forma de criação coletiva pode também ser diferente (MOSCOVICI, 2003, 2007).

Conclui-se, desta forma, que as RS, ao estudarem a ação de um indivíduo comum, expressa um "saber prático" de como os indivíduos sentem, assimilam, apreendem e interpretam o mundo dentro do seu cotidiano a partir da interação de saberes e práticas sociais e coletivas (VILLAS BÔAS, 2004).

2.5 Representações Sociais de Prevenção e Controle de IRAS no Ambiente Domiciliar

Pode-se dizer que a TRS busca estudar os modos pelos quais o conhecimento científico é apropriado pelo conhecimento leigo (RECH; CAMARGO, 2007). No Brasil, a maior parte dos cuidadores não tem preparo técnico para desempenhar a função, ainda mais quando se tratam de cuidadores informais, usando assim do conhecimento empírico para orientar-se e elaborar conceitos sobre determinados cuidados (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

A TRS entende que uma realidade social é criada apenas quando o novo ou o não familiar é incorporado de forma consensual, operando-se, a partir de então, os processos pelos quais ele passa a ser familiar, tornando-se socialmente reconhecido e real (ROCHA, 2014). Diante disto, pode-se dizer que "(...) nos interessamos por uma modalidade de pensamento, sob seu aspecto constituinte – os processos – e constituído – os produtos e o conteúdo, modalidade de pensamento cuja especificidade vem de seu caráter social" (JODELET, 2001).

Sabe-se que o uso prolongado de dispositivos invasivos, como Ventilação Mecânica (VM), Sonda Vesical de Demora (SVD) e Cateter Venoso Central (CVC), bem como falhas de manuseio destes dispositivos, o uso indiscriminado de antibióticos e a ineficaz higienização das mãos de profissionais e cuidadores destacam-se como fatores de risco para incidência de IRAS (EUZÉBIO *et al.*, 2021). Contudo, o cuidador informal, que nem sempre dispõe de

conhecimento suficiente para uma correta assistência, atua, no âmbito domiciliar, diretamente no manuseio destes dispositivos, na administração de medicamentos e no contato direto ao paciente, como, por exemplo, no auxílio à alimentação e higiene pessoal (COELHO *et al.*, 2022).

Portanto, estes indivíduos (cuidadores informais), a partir da internação domiciliar do paciente, precisaram transformar um objeto não familiar (prevenção e controle de IRAS) em familiar, compondo-se de informações, ou seja, da organização dos conhecimentos e atitudes por meio de orientações quanto a este objeto, construindo assim um universo consensual sobre ele em seu grupo social (JODELET, 2001, 2017).

Ademais, para obter-se a dimensão que uma representação, de fato, esteja estabelecida socialmente, é necessário fazer uma análise dimensional do contexto social em que seus indivíduos estão inseridos. Essa análise foi definida a partir da sistematização de três dimensões basilares: a informação (conceito), o campo da representação (imagem) e a atitude. A informação pode ser conceituada como a organização dos conhecimentos que um grupo possui acerca de um objeto. O campo das representações é a imagem que o grupo constrói deste objeto, o modelo social relativo ao conteúdo concreto e limitado que dizem respeito a aspectos precisos do objeto das representações (MOSCOVICI, 1978), ou seja, a organização dos elementos já estruturados na representação do objeto (VILLAS BÔAS, 2004). A atitude é a mais frequente das três dimensões e se refere à orientação de comportamento que se tem a respeito do objeto da representação social, é a orientação social favorável ou desfavorável diante deste objeto (MOSCOVICI, 1978).

A TRS possui, ainda, uma estrutura de natureza dupla, conceitual e figurativa (MOSCOVICI, 1978). São dois processos sociocognitivos que atuam dialeticamente no processo de formação das RS, quais sejam: a ancoragem e a objetivação (MOSCOVICI, 1978, 2015; ROCHA, 2014). Ambos, ancoragem e objetivação, são mecanismos concomitantes, que formam e mantêm em funcionamento as RS, sendo por meio deles que o discurso científico acaba sendo apropriado pelo sujeito (VALA; MONTEIRO, 2013).

A ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga em nosso sistema particular de categorias, comparando-o com um paradigma de uma categoria que pensamos ser apropriadas, levando o não familiar a se tornar familiar (MOSCOVICI, 2015). Em outras palavras, esse processo consiste na aproximação do sujeito ao objeto, entre os indivíduos e os membros de determinado grupo a que este pertence (ROCHA, 2014). A partir do momento em que um objeto desconhecido e não classificado ou categorizado supera essa resistência inicial e lhe é atribuída uma classificação ou categoria, pode-se representar o não

usual no mundo, agora, familiar (MOSCOVICI, 2015). O processo de ancoragem presume a fixação das representações na realidade, as atribui funcionalidade e missão de papel regulador das interações do grupo, pois é diante da atribuição do sentido que o objeto é reelaborado. Desta forma, a ancoragem atua como um processo de significação, de utilidade e de integração de conhecimentos que tem um caráter funcional (JODELET, 2012; MOSCOVICI, 2015). Pode-se considerar como a incorporação fundamental dentro do pensamento previamente constituído (MORERA *et al.*, 2015).

O processo de ancoragem é relacionado com três funções básicas da representação: a função cognitiva de integração da novidade, a função de interpretação da realidade e a função de fundamentação e orientação das condutas e das relações sociais (JODELET, 2012).

Na objetivação, as noções abstratas são materializadas em algo concreto, visível. Objetivar é reproduzir o conceito de uma imagem, noções, ideias, enfim, conceitos abstratos, em realidade concreta e significativa, apoiando-se em concepções que são familiares (MOSCOVICI, 2015; ROCHA, 2014). A partir de imagens de noções abstratas, associa-se uma textura material às ideias, faz-se corresponder argumentos nas palavras, estabelecem-se esquemas conceituais, pois objetivar é absorver e atribuir um excesso de significações, materializando-as (MORERA *et al.*, 2015; MOSCOVICI, 2015).

A objetivação é ainda dividida em 3 fases: 1 – Construção seletiva (seleção da descontextualização de elementos da teoria em função de critérios culturais normativos); 2 – Esquematização estruturante (formação de um núcleo figurativo a partir dos elementos do núcleo conceitual); e 3 – Naturalização (naturalização dos elementos do pensamento, tornando-se elementos da realidade para o conceito) (JODELET, 2001).

Neste contexto, buscou-se, a partir dos processos formadores das RS, os sentidos e de que forma estes foram atribuídos pelos cuidadores informais de pacientes domiciliares á prevenção e controle de IRAS no ambiente domiciliar.

3 MÉTODO

3.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, guiado à luz da TRS. O estudo descritivo e exploratório foca na aproximação e familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses, apontamentos, e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas no fenômeno (DYNIEWICZ, 2014).

A abordagem qualitativa no campo da saúde possibilita o conhecimento de variações socioeconômicas, políticas e ideológicas, relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a sua clientela. Este tipo de abordagem possibilita explorar o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes subjetivas que podem ser observados nas falas dos indivíduos (MINAYO, 2012, 2016).

A TRS tem como objetivo apresentar a dinâmica de formação de um sentido a um objeto por um determinado grupo social. Isso se dá a partir da interação entre um sujeito, outro sujeito e um objeto, por intermédio de representações sociais pré-constituídas sobre este (RODRIGUES; MELO, 2022). Desta forma, a TRS é abrangente, utilizando conceitos sobre atitudes, opiniões e imagens, favorecendo compreender a realidade a qual os indivíduos estão inseridos. A TRS se estrutura em duas faces: a figurativa e a significação, sendo a figura ligada a um sentido e vice-versa, o que facilita perceber a relação entre o objeto identificado e seu sentido compreendido (MOSCOVICI, 1978). Ela possibilita conhecer o processo de construção de um sentido coletivo atribuído a um objeto a partir do contexto social a qual os sujeitos estão inseridos (MOSCOVICI, 2003; SÁ, 2015).

O presente estudo é fruto de um macroprojeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação, Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, intitulado: “Infecções relacionadas à assistência à saúde na atenção domiciliar: estudo piloto”.

3.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Urgência de Teresina (HUT), localizado no município de Teresina, capital do estado do Piauí (PI). De acordo com o Censo demográfico do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade apresenta uma área territorial de 1.391.981 km^2 e uma população de 814.230 habitantes (IBGE, 2013).

O Hospital de Urgência de Teresina (HUT), instituição administrada pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina em parceira com a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI, hospital escola e que oferta atendimento 100% pelo SUS, é a única unidade Hospitalar no município a oferecer aos seus pacientes e a RAS (Rede de Atenção à Saúde) assistência na modalidade AD (Atenção Domiciliar), através do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), atendendo em média 60 pessoas por mês. A EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) atua desde 2014 no município, sendo composta por um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo (PREFEITURA DE TERESINA, 2021). O HUT serve como apoio para a EMAD existente em Teresina. As equipes realizam os registros de seus assistidos em prontuários impressos armazenado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) deste hospital, sendo o público atendido pela EMAD pacientes oriundos de alta hospitalar desta mesma unidade de saúde.

Deste modo, os dados de prontuários armazenados no SAME do HUT foram utilizados como meio de triagem para identificação da população alvo deste estudo, logo, o referido hospital é considerado cenário desta pesquisa.

Foi oferecido aos cuidadores realizarem a entrevista em horário e local a sua escolha, dessa forma, o domicílio dos cuidadores ou dos seus pacientes domiciliares também foi cenário desta pesquisa, uma vez que puderam ser eleitos pelos participantes como local de entrevista.

3.3 População, Amostra e Período do Estudo

A população do estudo foi constituída de cuidadores informais de pacientes de média e alta complexidade de saúde que estava em assistência da EMAD em domicílio no período de abril de 2016 a janeiro de 2023. O recorte temporal justifica-se, pois, apesar do programa existir desde 2011, somente em 25 de abril de 2016 foi criada a portaria 825 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016), sendo o final do período referente ao fim da coleta dos dados do presente estudo.

A triagem foi realizada entre novembro de 2022 e janeiro de 2023, nos registros de prontuários impressos da EMAD armazenados na SAME do HUT e resultaram em 39 pacientes ativos acompanhados pela equipe. A amostra populacional deste estudo foi composta pelos cuidadores de todos esses pacientes domiciliares atendidos pela EMAD que atenderam aos

critérios de inclusão estabelecidos e aceitaram participar do mesmo, desconsiderando os que atenderam aos critérios de exclusão.

3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados critérios de inclusão para participação neste estudo:

- Estar cadastrado como cuidador principal de um paciente cadastrado na Atenção Domiciliar atendido pela EMAD;
- O paciente cuidado deve estar cadastrado no SAD de Teresina e estar sendo acompanhado pela EMAD vinculada ao HUT durante todo o período de coleta dos dados deste estudo;
- Cuidadores de ambos os sexos.
- Ser maior de 18 anos.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que:

- Recebem remuneração para cuidar do paciente domiciliar;
- O paciente cuidado veio a óbito ou recebeu alta pela EMAD durante o período de coleta dos dados;
- Não atenderam ao contato telefônico ou não estiveram disponíveis após três tentativas de aplicação da entrevista.

3.4 Instrumento e Coletas de Dados

Foram coletados dados sociodemográficos, de condições de saúde, de dúvidas e orientações sobre a assistência e de representações sobre prevenção e controle de IRAS por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada com respostas fechadas e abertas em profundidade conforme roteiro apresentado no APÊNDICE A.

O potencial participante foi contactado por telefonema ou por mensagem de texto via aplicativo *WhatsApp*, apresentando o projeto e convidando-o a participar do mesmo. A partir do aceite, as entrevistas foram marcadas previamente em dia e horário escolhidos pelo entrevistado e a aplicação da mesma se deu preferencialmente por meio de mensagens de áudio ou ligação telefônica via aplicativo *WhatsApp*, que foram gravadas para posterior processamento dos dados. Em casos extraordinários ou por opção do entrevistado, as entrevistas

foram realizadas presencialmente, sendo gravadas por meio de aparelho celular com auxílio de aplicativo gravador de áudio, em dia, horário e local de escolha do entrevistado. As entrevistas foram realizadas individualmente, entre dezembro de 2022 e maio de 2023 e duraram, em média, oito minutos.

3.5 Processamento e Análise dos Dados

As respostas das entrevistas foram transcritas no *software Microsoft Word*, onde foram numeradas e separadas em arquivos individuais e nomeadas de forma aleatória entre "Cuidador 01" e "Cuidador 39", garantindo, assim, anonimato aos participantes. Após a conclusão de todas as entrevistas, as respostas de cada entrevistado foram codificadas e reunidas em um único arquivo, no *software OpenOffice*, produzindo, então, um *corpus* textual, que foi posteriormente processado.

Para realizar o processamento do *corpus* textual foi utilizado o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido na França por Pierre Ratinaud e que começou a ser usado no Brasil em 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Trata-se de um programa gratuito que se ancora no *software* R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais e tabelas de indivíduos por palavras. Dessa forma, o IRAMUTEQ viabiliza diferentes tipos de análises, das mais simples às multivariadas, como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), organizando a distribuição do dicionário, para facilitar a compreensão e tornar clara a visibilidade (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Os dados textuais foram organizados por meio do método da CHD, proposto por Reinert em 1990. Nessa análise, os Segmentos de Texto (ST) são classificados de acordo com seu respectivo vocabulário e o conjunto de termos é particionado de acordo com a frequência das raízes das palavras. O sistema procura obter classes formadas por palavras que são significantemente associadas com aquela classe (repetidos testes x^2). Esta análise visa obter classes de ST que, além de apresentar vocabulário semelhante entre si, tem vocabulário diferente dos ST das outras classes. Ela é baseada na proximidade léxica e na ideia que palavras usadas em contexto similar estão associadas ao mesmo mundo léxico e são parte de mundos mentais específicos ou sistemas de representação (CAMARGO; JUSTO, 2013; SALVIATI, 2017).

A partir do processamento do *corpus* pelo *software* IRAMUTEQ através da análise pela CHD foram apresentadas classes de palavras, e a partir delas, elaborado um dendrograma. Após a elaboração do dendrograma pelo *software*, retornou-se as perguntas e respostas da entrevista para a nomeação das classes apresentadas. Posteriormente, foi realizada a análise discursiva dessas classes a partir do aporte teórico e metodológico da TRS, proposta por Moscovici, de forma a explorar a complexidade das respostas dos participantes e correlacionar com aspectos inerentes a teoria (MOSCOVICI, 2015).

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos conforme preconiza a Resolução n° 510/16 considerando a resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

A presente pesquisa é composta de um objetivo do macroprojeto intitulado “Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde na Atenção Domiciliar: Estudo Piloto”, enviado para a comissão de ética da FMS de Teresina-PI e posteriormente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, vindo a ser aprovado com o número de parecer 3.982.462 (ANEXO A).

A participação neste estudo se deu de forma voluntária, sendo assegurado o direito ao consentimento livre e esclarecido, a preservação do anonimato e a garantia de que as informações fornecidas não serão utilizadas como forma de prejuízo ao participante e apenas com fins científicos, garantindo ainda o direito de recusar-se ou desvincular-se em qualquer fase da pesquisa sem que lhe seja atribuído qualquer prejuízo. Deste modo, todos os participantes da entrevista receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), para o melhor esclarecimento sobre a pesquisa, seus riscos e benefícios, assinando-os caso concordasse em participar, ficando com uma via e devolvendo outra via aos responsáveis pela pesquisa.

3.7 Riscos e Benefícios

Os riscos oferecidos pelo presente estudo podem ser considerados mínimos, versando sobre o constrangimento durante a submissão à entrevista, visto que foram fornecidas informações pessoais e/ou delicadas pelos participantes. Afim de minimiza-los, a entrevista foi realizada em ambiente confortável aos participantes, resguardando o sigilo e a

confidencialidade das informações fornecidas, além da utilização de uma abordagem simples e adaptada aos seus entendimentos, para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e participantes do estudo.

Quanto aos benefícios, busca-se, a curto e médio prazo, dados que possam subsidiar a elaboração de um material educativo a partir dos dados encontrados neste trabalho, com finalidade de colaborar com a qualificação do cuidado aos pacientes domiciliares, além de apresentar cientificamente à comunidade acadêmica as representações sociais sobre uma temática ainda pouco difundida, podendo assim colaborar com a elaboração de novos trabalhos científicos e estratégias educacionais a serem aplicadas com cuidadores de pacientes atendidos no âmbito domiciliar.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes do Estudo

Da população/ universo de 39 cuidadores contactados, 4 tiveram o paciente falecido durante a coleta dos dados, 3 recusaram-se a participar da entrevista, 3 não atenderam ao contato telefônico ou não estiveram disponíveis após três tentativas de aplicação da entrevista e 1 recebe remuneração para cuidar do paciente. Desta forma, a presente amostra é composta por 28 participantes.

A Tabela 1 apresenta dados de caracterização sociodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores de pacientes domiciliares entrevistados. Teresina, PI, Brasil, 2023 (n=23).

Variáveis	N (%)	Média	Mediana
Idade		46,2	48,5
18 a 20	1 (3,6)		
21 a 30	3 (10,7)		
31 a 40	4 (14,3)		
41 a 50	10 (35,7)		
51 a 60	8 (28,6)		
Acima de 60	2 (7,1)		
Sexo			
Feminino	27 (96,4)		
Masculino	1 (3,6)		
Vínculo com Paciente			
Cônjuge	6 (21,4)		
Filho(a)	7 (25,0)		
Irmão(a)	6 (21,4)		
Pai/ Mãe	3 (10,7)		
Outros	6 (21,4)		
Estado Civil			
Casado(a)	13 (46,4)		
Divorciado(a)	1 (3,6)		
Solteiro(a)	10 (35,7)		
União Estável	4 (14,3)		
Cor/ Raça			
Branco(a)	6 (21,4)		
Negro(a)	7 (25,0)		
Pardo(a)	15 (53,6)		
Escolaridade			
Analfabeto(a)	1 (3,6)		
Ensino Fundamental Incompleto	4 (14,3)		
Ensino Fundamental Completo	4 (14,3)		
Ensino Médio Incompleto	3 (10,7)		
Ensino Médio Completo	8 (28,6)		
Ensino Superior Incompleto	2 (7,1)		
Ensino Superior Completo	3 (10,7)		
Pós Graduação	3 (10,7)		

Fonte: Próprios Autores (2023).

Nota-se que a maioria dos cuidadores participantes do estudo tem entre 41 e 50 anos de idade (35,7%), com a média de idade de 46,2 anos e a mediana de 48,5 anos. Destaca-se ainda que praticamente todos os cuidadores são do sexo feminino (96,4%), sendo somente 1 participante (3,6%) do sexo masculino. Dentre os participantes entrevistados, a maioria declara-se como casado (46,4%) e o vínculo predominante com o paciente cuidado é filho(a) (25,0%). Quanto a esta variável, pode-se notar uma grande heterogeneidade, tendo cônjuge, irmão(a) e outros com um percentual muito próximo ao da variável predominante. Além disso, a maior parte dos cuidadores entrevistados considera-se pardo(a) (53,6%). Quanto a escolaridade, a maior parte dos entrevistados possui o Ensino Médio Completo (28,6%).

A Tabela 2 apresenta as condições de saúde e de capacitação dos participantes da entrevista.

Tabela 2 – Condições de saúde e de treinamentos sobre cuidados dos cuidadores de pacientes domiciliares entrevistados. Teresina, PI, Brasil, 2023 (n=23).

Variáveis	N (%)
Portador de Doenças Crônicas?	
Não	22 (78,6)
Diabetes Mellitus	1 (3,6)
Hipertensão Arterial Sistêmica	3 (10,7)
Outras	2 (7,1)
Possui Plano de Saúde Privado?	
Sim	5 (17,9)
Não	23 (82,1)
Recebeu Curso ou Treinamento para Cuidar do Paciente Antes da Internação Domiciliar?	
Sim	6 (21,4)
Não	22 (78,6)

Fonte: Próprios Autores (2023).

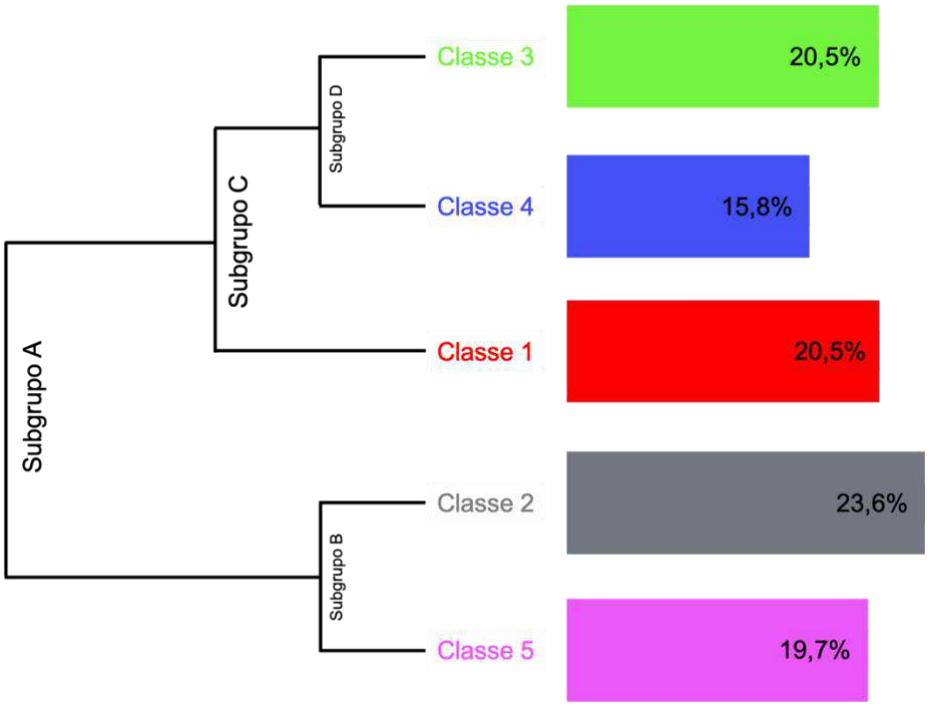
Pode-se observar que a maioria dos cuidadores entrevistados (78,6%) não possui doenças crônicas. Da mesma forma, a maior parte dos participantes da entrevista não tem plano de saúde privado (82,1%). Ademais, a maioria dos cuidadores afirma que não recebeu curso ou treinamento para cuidar do paciente antes da internação domiciliar (78,3%).

4.2 Representações Sociais Conforme Classificação Hierárquica Descendente

Após processamento no *software* IRAMUTEQ o *corpus* geral foi constituído por 28 textos separados em 167 ST, com aproveitamento de 127 destes ST (76,05%). Emergiram 5.709 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1078 distintas e 564 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em 5 classes: Classe 5 com 25 ST (19,70%),

Classe 2 com 30 ST (23,62%), Classe 1 com 26 ST (20,47%), Classe 4 com 20 ST (15,75%) e Classe 3 com 26 ST (19,70%). Ressalta-se que essas 5 classes se encontram subdivididas em 4 ramificações ou subgrupos (A, B, C e D) do *corpus* total em análise (Figura 1).

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente



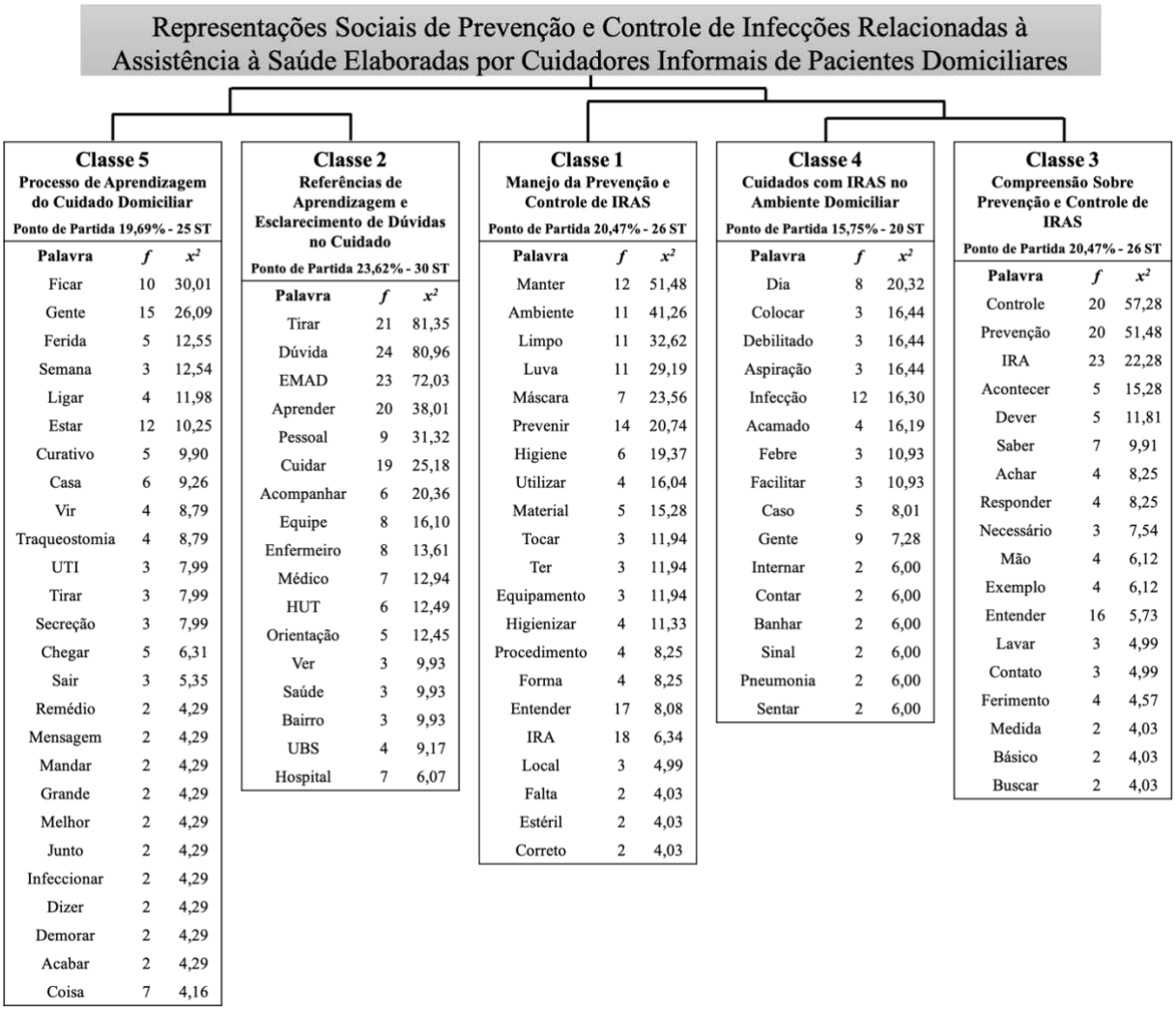
Fonte: Próprios Autores (2023).

Para atingir uma melhor visualização das classes emergidas na CHD, elaborou-se um organograma com a lista de palavras de cada classe geradas a partir do teste qui-quadrado (x^2). Para tal, foram consideradas somente as palavras com x^2 maior que 3,80 e nível de significância da associação da palavra com a classe (p) menor que 0,05. Para a nomeação das classes, retornou-se a trechos de respostas da entrevista, associando-os às palavras evocadas em cada classes e aos ST típicos de cada classe demonstrados pelo IRAMUTEQ. Pode-se observar ainda no organograma a frequência de vezes que o vocábulo foi evocado em ST na classe (f) (Figura 2).

O Subgrupo A foi denominado “Cuidados a Pacientes Domiciliares” e é composto pelo Subgrupo B e pelo Subgrupo C. O Subgrupo B, denominado “Fundamentação da Interface de Cuidado no Domicílio” é composto pela Classe 5, nomeada “Processo de Aprendizagem do Cuidado Domiciliar” e pela Classe 2 (“Referências de Aprendizagem e Esclarecimento de Dúvidas no Cuidado”). O Subgrupo C (“Prevenção e Controle de IRAS no Domicílio”) é composto pela Classe 1 (“Manejo da Prevenção e Controle de IRAS”) e pelo Subgrupo D,

"Saberes Sobre IRAS e seu Enfrentamento". Este é composto pela Classe 4 ("Cuidados com IRAS no Ambiente Domiciliar") e pela Classe 3 ("Compreensão Sobre Prevenção e Controle de IRAS").

Figura 2 - Organograma das Representações Sociais de Prevenção e Controle de IRAS Elaboradas pelos Cuidadores Informais de Pacientes Domiciliares



Classe 5
Processo de Aprendizagem do Cuidado Domiciliar
Ponto de Partida 19,69% - 25 ST

Palavra	*f*	x^2
Ficar	10	30,01
Gente	15	26,09
Ferida	5	12,55
Semana	3	12,54
Ligar	4	11,98
Estar	12	10,25
Curativo	5	9,90
Casa	6	9,26
Vir	4	8,79
Traqueostomia	4	8,79
UTI	3	7,99
Tirar	3	7,99
Secreção	3	7,99
Chegar	5	6,31
Sair	3	5,35
Remédio	2	4,29
Mensagem	2	4,29
Mandar	2	4,29
Grande	2	4,29
Melhor	2	4,29
Junto	2	4,29
Infeccionar	2	4,29
Dizer	2	4,29
Demorar	2	4,29
Acabar	2	4,29
Coisa	7	4,16

Classe 2
Referências de Aprendizagem e Esclarecimento de Dúvidas no Cuidado
Ponto de Partida 23,62% - 30 ST

Palavra	*f*	x^2
Tirar	21	81,35
Dúvida	24	80,96
EMAD	23	72,03
Aprender	20	38,01
Pessoal	9	31,32
Cuidar	19	25,18
Acompanhar	6	20,36
Equipe	8	16,10
Enfermeiro	8	13,61
Médico	7	12,94
HUT	6	12,49
Orientação	5	12,45
Ver	3	9,93
Saúde	3	9,93
Bairro	3	9,93
UBS	4	9,17
Hospital	7	6,07

Classe 1
Manejo da Prevenção e Controle de IRAS
Ponto de Partida 20,47% - 26 ST

Palavra	*f*	x^2
Manter	12	51,48
Ambiente	11	41,26
Limpo	11	32,62
Luva	11	29,19
Máscara	7	23,56
Prevenir	14	20,74
Higiene	6	19,37
Utilizar	4	16,04
Material	5	15,28
Tocar	3	11,94
Ter	3	11,94
Equipamento	3	11,94
Higienizar	4	11,33
Procedimento	4	8,25
Forma	4	8,25
Entender	17	8,08
IRA	18	6,34
Local	3	4,99
Falta	2	4,03
Estéril	2	4,03
Correto	2	4,03

Classe 4
Cuidados com IRAS no Ambiente Domiciliar
Ponto de Partida 15,75% - 20 ST

Palavra	*f*	x^2
Dia	8	20,32
Colocar	3	16,44
Debilitado	3	16,44
Aspiração	3	16,44
Infecção	12	16,30
Acamado	4	16,19
Febre	3	10,93
Facilitar	3	10,93
Caso	5	8,01
Gente	9	7,28
Internar	2	6,00
Contar	2	6,00
Banhar	2	6,00
Sinal	2	6,00
Pneumonia	2	6,00
Sentar	2	6,00

Classe 3
Compreensão Sobre Prevenção e Controle de IRAS
Ponto de Partida 20,47% - 26 ST

Palavra	*f*	x^2
Controle	20	57,28
Prevenção	20	51,48
IRA	23	22,28
Acontecer	5	15,28
Dever	5	11,81
Saber	7	9,91
Achar	4	8,25
Responder	4	8,25
Necessário	3	7,54
Mão	4	6,12
Exemplo	4	6,12
Entender	16	5,73
Lavar	3	4,99
Contato	3	4,99
Ferimento	4	4,57
Medida	2	4,03
Básico	2	4,03
Buscar	2	4,03

Fonte: Próprios Autores (2023).

4.2.1 Classe 3: Compreensão Sobre Prevenção e Controle de IRAS

Representa 20,47% (*f* = 26 ST) do *corpus* total analisado e é formada por palavras e radicais no intervalo entre x^2 = 4,03 (Buscar) e x^2 = 57,28 (Controle). Na análise, verificou-se que estão elencados os entendimentos dos cuidadores informais sobre prevenção e controle de IRAS. A evocação de palavras como "Prevenção", "Controle", "Mão", "Lavar", "Contato" e "Ferimento" estão relacionadas a uma aproximação de prevenção e controle com a interface de cuidado realizadas no dia a dia afim de evitar ou diminuir o risco de infecções.

> "Prevenção e Controle de IRAS são medidas que devemos cuidar para evitar essas alterações" (Cuidador 12).
>
> "É, antes de acontecer a doença, controlar e não deixar que se agrave. Por exemplo, a paciente tem algum ferimento, eu tenho que fazer o possível para não deixar agravar, prevenir, dar banho todo dia, colocar hidratante no corpo, verificar se tem algum ferimento em algum lugar" (Cuidador 18).
>
> "É ter os cuidados necessários com a higienização, lavar bem as mãos, usar os cuidados necessários na hora de fazer os curativos, na hora de dar o banho nela, sempre manter o ambiente limpo adequadamente, trocar sempre a fralda, trocar os lençóis, manter sempre limpo e higienizado o ambiente dela e das pessoas que cuidam dela" (Cuidador 22).

Apesar desta aproximação, boa parte dos cuidadores referem que não sabem o que significa prevenir e controlar IRAS:

> "Só sei cuidar dela que é o básico que me ensinaram. Também não sei responder o que é Prevenção e Controle de IRAS, mas eu sei os cuidados que devo ter com o paciente para não acontecer nenhum tipo de complicação" (Cuidador 02).
>
> "Não sei o que é prevenção e controle de IRAS" (Cuidador 03).
>
> "Não sei responder o que é Prevenção e Controle de IRAS" (Cuidador 23).

Os cuidadores ainda relatam os benefícios da prevenção e controle de IRAS ao paciente:

> "Representam uma qualidade melhor de vida para a criança, porque a prevenção dessas infecções diminui o risco de complicações como a pneumonia evita alguma infecção bacteriana também na genital, evita uma infecção viral como por exemplo nos olhos ou algum problema respiratório. Diminui as intercorrências, facilita o dia a dia da gente, diminui as internações. O controle e a prevenção dessas infecções ajudam muito também na qualidade de vida da criança porque vai diminuir as intercorrências, vai diminuir as hospitalizações e assim facilita, a vida dela vai melhorar por conta disso, pois ela não vai estar sendo hospitalizada, e quando hospitaliza, o risco de infecção é menor. Evita também a troca dos utensílios que ela usa, que no caso é a traqueostomia, a GTT e isso tudo facilita também porque é uma porta aberta e a prevenção dessas infecções faz com que não tenha que estar trocando regularmente, não tenha que estar tocando frequentemente, facilitando assim, porque é dolorosa a troca desses equipamentos" (Cuidador 26).

Ademais, em suma, os cuidadores retratam prevenção e controle como medidas de higiene com finalidade de evitar ou minimizar o risco de IRAS:

> "Prevenção e Controle de IRAS é deixar tudo limpo, as mãos e a higienização" (Cuidador 14).
>
> "É quando você tem o hábito de muita higiene para evitar passar bactéria para um paciente. Ter cuidado com quem visita o paciente" (Cuidador 38).

Eles ainda demonstram uma relação de prevenção e controle de IRAS com cuidados no contato com o paciente:

> "Posso prevenir as IRAS lavando bem as mãos antes de entrar em contato com o paciente, usar luvas, máscara e ter cuidado com os ferimentos dele" (Cuidador 03).

> "Prevenção é evitar que ocorra alguns contatos físicos, prevenir antes que aconteça o problema da infecção. E o controle é, se tiver com alguma infecção, tratar para que não venha a aumentar o problema" (Cuidador 33).

4.2.2 Classe 4: Cuidados com IRAS no Ambiente Domiciliar

Está relacionada com a compreensão dos cuidadores informais sobre a necessidade de cuidados com Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde no ambiente domiciliar. Abrange 15,75% (*f* = 20 ST) do *corpus* total analisado, sendo composta por palavras e radicais no intervalo entre x^2 = 6,00 (Sentar) e x^2 = 20,32 (Dia). Nota-se o uso das palavras "Acamado", "Debilitado", "Febre", "Infecção" e "Internar" que demonstram uma aproximação do entendimento de IRAS com sinais e estado do paciente.

Os cuidadores acreditam que pacientes acamados e debilitados estão mais propensos a terem IRAS, precisando de um atendimento ambulatorial e hospitalar, como evidenciado nas falas:

> "Se o paciente é bem cuidado tem como a gente evitar essas infecções. Certo que um paciente acamado fica debilitado, sensível e quando ela tem essa reação de infecção, de pneumonia eu já chamo logo o SAMU e a gente acaba ficando internado 7 dias tomando antibiótico e volta pra casa de novo" (Cuidador 05).

> "Eu entendo que IRAS é um quadro clínico bastante delicado e grave, dependendo do estado do paciente, em se tratando de idoso, como é o caso da minha tia, em caso de paciente acamado é quase que previsível ou normal devido as condições da própria doença e condições vegetativas como não se mover, alimentação por sonda e a questão da aspiração de líquidos e o próprio organismo debilitado..." (Cuidador 06).

> "De acordo com o que eu entendo em relação a paciente que eu cuido, é que ela é uma paciente totalmente acamada, totalmente dependente de terceiros, e o que eu entendo é que ela já teve várias infecções, ela tem uma escara, ela já veio com essa escara do hospital, quando teve alta, então a gente tem tentado, já fechou mais um pouco, já teve que ser debridada, poque infeccionou, e devido ao decúbito também, porque ela produz muita secreção, então ela já teve também infecção pulmonar, pneumonia, teve que ser internada já várias vezes, é tipo isso, ela fica cansada, com um catarro amarelo esverdeado, dá febre, então já é um quadro de infecção, já tem que procurar um atendimento de saúde, um posto de saúde, a UPA" (Cuidador 22).

Outro entendimento de cuidados com IRAS pelos cuidadores está relacionando a febre como sinal de infecção:

> "É tudo aquilo que passa do limite do seu cuidado, quando dá febre, que é sinal de infecção, altera todo o comportamento da paciente, e a gente recorre até onde a gente pode cuidar para evitar levar para a internação, principalmente no contexto da pandemia. Eu entendo que febre é sinal de alguma infeção no corpo, geralmente a gente entra em contato com eles e eles nos orientam a chamar o SAMU, que avaliam e se encarregam de transportar" (Cuidador 18).

> "Eu entendo que IRAS é quando o paciente dá febre, um dia desses ele estava com a saliva com muito mal cheiro, eu acho que é algo assim, não sei direito" (Cuidador 27).

Os cuidadores também relacionam a ocorrência de IRAS com a negligência no cuidado, como apontado pelas falas:

> "Eu entendo que IRAS acontecem quando o paciente não é bem cuidado. Se o paciente é bem cuidado tem como a gente evitar essas infecções" (Cuidador 05).

> "Entendo que seja uma infecção causada pela má higiene, a forma incorreta de fazer os procedimentos, a falta de usar os EPIs, de usar as luvas, máscaras, esse tipo de coisa que pode causar essas infecções, aumentar" (Cuidador 26).

Ademais, eles ainda apontam para a dimensão da gravidade de IRAS:

> "Eu entendo que IRAS é uma infecção, um quadro clínico bastante delicado e grave" (Cuidador 06)

> "Eu entendo que IRAS pode levar o paciente a óbito quando ele está bem debilitado. Como ele passou muito tempo internado, ele adquiriu uma bactéria no hospital, então, hoje a gente trata dele com muito cuidado por conta dessa infecção que ele tem" (Cuidador 34).

4.2.3 Classe 1: Manejo da Prevenção e Controle de IRAS

Esta classe compreende 20,47% (*f* = 26 ST) do *corpus* total analisado e é constituída por palavras e radicais no intervalo entre x^2 = 4,03 (Correto) e x^2 = 51,48 (Manter). Esta classe apresenta a forma que os cuidadores encontraram para prevenir e controlar as IRAS no ambiente domiciliar. Apresentam-se como principais ocorrências dessas classes: "Manter", "Ambiente", "Limpo", "Luva" e "Máscara".

Pode-se observar nesta classe que o manejo da prevenção e controle de IRAS pelos cuidadores está diretamente relacionado com a higiene do paciente, dos materiais e equipamentos em uso, do próprio cuidador e do ambiente em que se encontram, a partir da evocação de palavras como "Ambiente", "Equipamento", "Higiene", "Higienizar", "Limpo", "Limpeza" e "Material" como evidenciado nas falas:

> "Posso prevenir as IRAS utilizando materiais devidamente higienizados e mantendo o paciente em um ambiente limpo e saudável, higienizando as mãos e usando luvas sempre que for manipular o paciente" (Cuidador 06).

> "Me higienizando cada vez que eu for pegar no paciente, passando álcool na minha mão, limpando o paciente, trocando os dispositivos e fraldas sempre que necessário, fazendo a higiene do paciente mantendo-o sempre limpo" (Cuidador 38).

Ainda é possível notar a relação feita pelos cuidadores entre prevenir e controlar IRAS e o uso de Equipamentos de proteção Individual (EPI's) e soluções assépticas, a partir da evocação das palavras "Álcool", "Máscaras" e "Luva", como observado nas falas seguintes:

> "Previno as IRAS usando máscaras ao entrar no ambiente que o paciente se encontra, lavando as mãos e usando luvas ao fazer qualquer procedimento com o paciente, mantendo higiênico sempre o ambiente" (Cuidador 13).

> "Sempre antes de cuidar dos ferimentos dele passar álcool nas mãos e usar luvas para não ter infecção nos ferimentos" (Cuidador 15).

Há ainda uma relação feita pelos cuidadores entre hidratação, alimentação adequada, correta administração das medicações, vacinação e mobilidade com prevenção e controle de IRAS:

> "Posso prevenir as IRAS fornecendo higiene, alimentação adequada, hidratação e mobilidade, que são indispensáveis" (Cuidador 16).

> "Em relação a minha paciente, os cuidados que eu tenho que tomar são sempre manter a medicação dela no horário certo, a alimentação, a higienização, como a limpeza também. Como ela é uma paciente traqueostomizada, sempre estar botando o aerossol dela, fazer a aspiração de maneira correta e higienizada, sempre estar fazendo a higienização bucal, troco os lençóis 2 vezes a 3 vezes ao dia, assim como as fraldas e é isso que eu acho que estou prevenindo ela contra as infecções. Manter a vacinação dela em dia e o ambiente sempre arejado" (Cuidador 22).

4.2.4 Classe 2: Referências de Aprendizagem e Esclarecimento de Dúvidas no Cuidado

Esta classe é composta por 23,62% (*f* = 30 ST) do *corpus* total analisado, sendo constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 6{,}07$ (Hospital) e $x^2 = 81{,}35$ (Tirar). Destacam-se nesta classe as ocorrências: "Tirar", "Dúvida", "EMAD", "Aprender" e "Pessoal". Na análise realizada verificou-se que a maioria dos cuidadores informais se apoiaram na observação do cuidado ao paciente por profissionais durante a internação hospitalar para aprenderem a cuidar do seu paciente no âmbito domiciliar, reproduzindo nas práticas de cuidado do dia a dia, como observado nos exemplos:

> "Aprendi a cuidar acompanhando ele e vendo as técnicas de enfermagem e as enfermeiras lutando com ele. Eu observei e aprendi" (Cuidador 27).

> "Aprendi a prestar cuidados ao paciente com os médicos no hospital os fisioterapeutas me ensinaram a aspirar as enfermeiras a fazer os curativos" (Cuidador 30).

> "Então, foi só observando os cuidados que ele tinha no hospital e coloquei em prática" (Cuidador 34).

Entretanto, há relatos de cuidadores que aprenderam de forma autodidata, com as práticas de cuidado diárias como observado nas falas:

> "Aprendi na prática e estudando sobre o assunto. Já cuido da minha mãe há mais de 15 anos" (Cuidador 16).

> "Aprendi com o dia a dia. Nunca havia cuidado antes de idoso, mas com o passar do tempo fui aprendendo de acordo com a evolução da doença que, no caso é Alzheimer, e o processo de envelhecimento, minha profissão de psicologia me ajudou muito e a cada dia era necessário me adaptar as mudanças, ou seja, aprendi vivenciando sem experiência prévia" (Cuidador 06).

Ainda é possível observar que a EMAD funciona como uma importante referência no aprendizado e como principal ponto de apoio para os cuidadores tirarem dúvidas sobre assistência e cuidado ao paciente domiciliar. Além deles, a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) também é citada como ponto de apoio no esclarecimento de dúvidas:

> "Tiro dúvidas com o programa EMAD do HUT. O paciente é acompanhado por essa equipe, quando eu quero alguma orientação e tenho alguma dúvida, são eles que me ajudam" (Cuidador 02).

> "A EMAD me deu um minicurso. Quando tenho dúvidas, tiro com a EMAD" (Cuidador 07).

> "Tiro dúvidas com a equipe de saúde do posto de saúde do SUS e com o pessoal da EMAD, há pouco tempo" (Cuidador 16).

> "Eu aprendi a cuidar com umas dicas que a equipe EMAD deu, ensinaram como era para fazermos, fomos entendendo e no final deu certo. Tiro dúvidas com a equipe EMAD" (Cuidador 23).

Entretanto, há cuidadores que buscam esclarecer suas dúvidas no cuidado com familiares, amigos e conhecidos que, na maior parte dos relatos, são profissionais da área da saúde, e até mesmo na internet, através do *Youtube*.

> "Tiro dúvidas com minha sobrinha que é enfermeira e com minha filha que também é enfermeira" (Cuidador 03).

> "... E também tem uma outra colega que já é cuidadora há muito tempo, eu peço informação a ela" (Cuidador 21).

> "Tiro minhas dúvidas com a EMAD. Quando eles demoram, falamos com amigos enfermeiros e médicos que criaram vínculos com o paciente e conosco" (Cuidador 32).

> "... na própria internet, no *Youtube*. Quando eu cheguei pesquisei muito, e outras dúvidas tiro com as meninas da EMAD, elas me orientam no tratamento da ferida,

> mas as minhas maiores dúvidas eu procuro no *Youtube*, com relação aos cuidados ao paciente" (Cuidador 34).

4.2.5 Classe 5: Processo de Aprendizagem do Cuidado Domiciliar

Compreende 19,69% (*f* = 25 ST) do *corpus* total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4{,}16$ (Coisa) e $x^2 = 30{,}01$ (Ficar), destacando-se as ocorrências: "Ficar", "Gente", "Ferida", "Semana" e "Ligar". Esta classe demonstra o processo de aprendizagem do cuidado domiciliar pelos cuidadores, como pode-se ressaltar nas falas:

> "... elas ensinaram aspirar, mas só a traqueostomia, porque eu já tinha o costume de aspirar nariz e boca porque ela já ficava em casa comigo. E me ensinaram a trocar o cadarço que é o curativo da traqueostomia, aquele suporte pra não ferir o pescoço dela. Esse tipo de coisa que me ensinaram" (Cuidador 26).

> "Pelo que vi no HUT, em caso de feridas, a melhor forma de saber se está infeccionado, as enfermeiras disseram que é quando a pele muda de cor, fica roxo" (Cuidador 32).

> "Ficamos com ele durante 8 meses no Hospital e durante esse tempo fomos observando como os profissionais faziam os procedimentos nele, os cuidados, e a gente foi aprendendo com eles e quando ele foi liberado para casa a gente já sabia fazer tudo nele, os curativos, todos os procedimentos que os profissionais faziam, a limpeza da cânula, a gente fazia tudo, então pra a gente não foi muito trabalhoso porque ficamos bastante tempo lá, fomos observando e aprendemos dessa maneira. E antes de sair eles nos deram algumas instruções" (Cuidador 33).

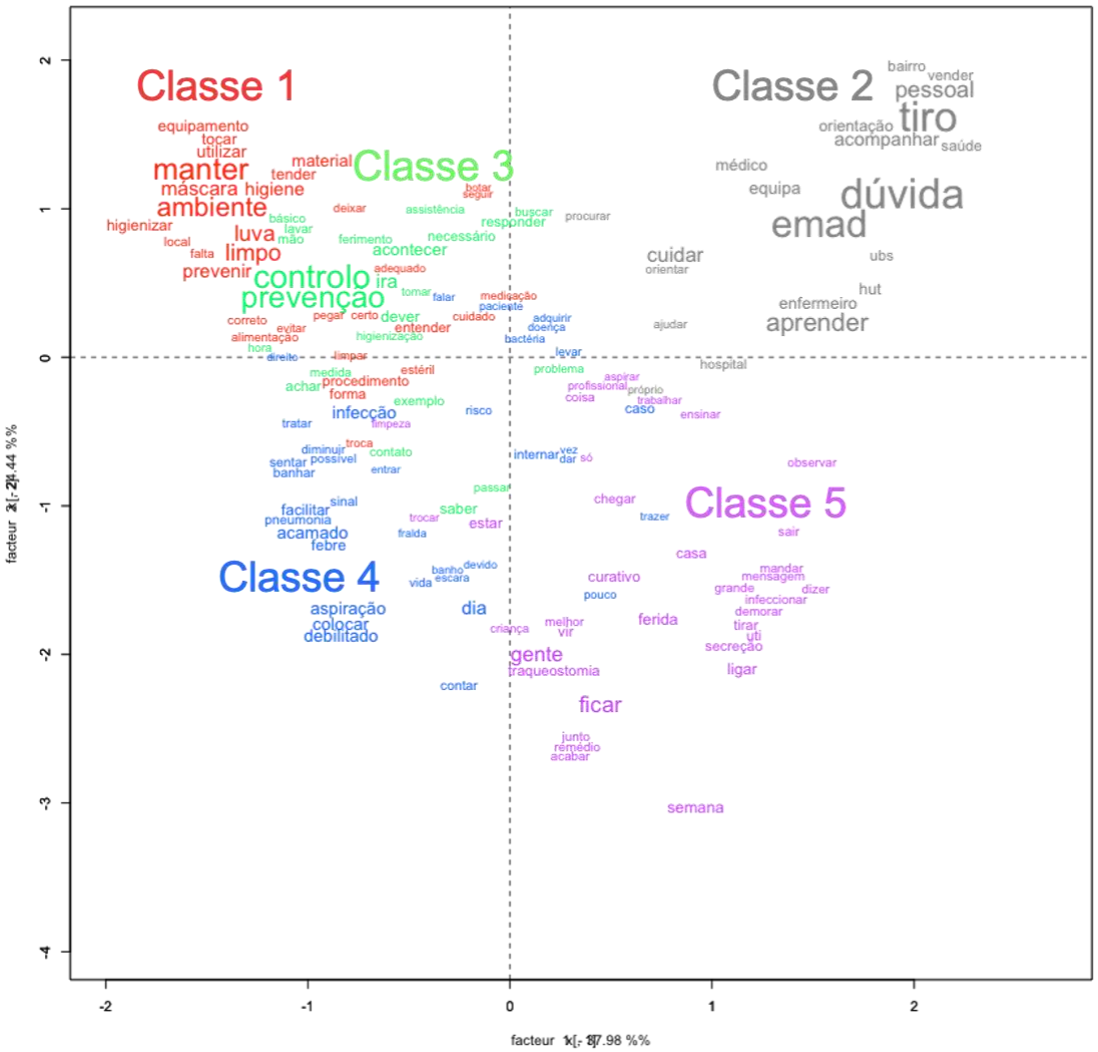
4.3 Análise Fatorial de Correspondência

A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) traz uma representação gráfica dos dados para ajudar a visualização da proximidade e relação entre classes ou palavras (SALVIATI, 2017). A partir da AFC, foi possível realizar a associação do texto entre as palavras, considerando a frequência de incidência das palavras e classes, representando-as em um plano cartesiano (Figura 3).

Observa-se que as palavras das classes 2 e 5 apresentam-se mais distantes das outras classes, agrupadas em um segmento mais deslocado à direita do plano cartesiano. A classe 2 encontra-se majoritariamente no plano cartesiano superior, mais distanciadas de todas as outras classes. Suas palavras estão agrupadas quase que exclusivamente no seu próprio espaço. A classe 5, apesar de mais distante das demais, encontra-se em aproximação com todas as outras classes em sua extremidade esquerda, emitindo a ideia de interação. As classes 1, 3 e 4 encontram-se agrupadas de forma heterogênea, dividindo segmentos, denotando a ideia de interação, com maior destaque para a distribuição atrelada das classes 1 e 3.

É preciso lembrar que a “lógica” da AFC é de que, quanto mais distantes os elementos dispostos no plano, menos eles “falam” das mesmas coisas. Cabe ressaltar que a disposição de agrupamentos em polos opostos no plano dos eixos não necessariamente indica relação de oposição semântica, um mundo lexical só é possível a partir da existência de outros e essa relação entre os mundos também pode ser de complementaridade (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Ante o exposto, pode-se dizer que as classes 2 e 5, apesar de interagirem menos com as outras 3 classes, podem oferecer um complemento semântico a elas, reforçando os dados apresentados no dendrograma de que essas duas classes são geradoras de todas as outras.

Figura 3 – Análise Fatorial de Correspondência



Fonte: Próprios Autores (2023)

5 DISCUSSÃO

O público apresentado na caracterização sociodemográfica aponta para uma maioria considerável, quase totalidade, de cuidadoras do sexo feminino, fato que cabe a reflexão, visto que o trabalho de cuidado, principalmente não remunerado, é historicamente associado a mulheres. É fato que existe uma ideologia histórica de que especificidades afetivas são de natureza feminina, porém, tal discurso impregnado na sociedade remete a uma ideia patriarcalista que permeia as relações sociais e de trabalho e fundamenta sua estruturação, visto que o trabalho de cuidado gratuito realizado em casa, por vezes não é dividido com o parceiro do sexo masculino, e resulta até mesmo no abandono do trabalho remunerado ou na sobrecarga de funções pelas mulheres (ESTEVES; BITU; GURGEL, 2021).

De mesmo modo, também pode-se associar este dado à grande quantidade de cuidadores que são cônjuges do paciente, visto que, historicamente, os homens cuidam-se menos em comparação às mulheres, o que remete a outra situação afetada pela sociedade patriarcalista, onde o homem cresce com a visão de figura forte, que não pode chorar nem sentir dor, diante da sua posição familiar de alicerce, logo, não pode demonstrar fraquezas (MARTINS *et al*., 2020). Porém, ressalta-se a importância de uma desconstrução sociocultural sobre tais visões.

Na classe 3 é possível observar que o entendimento dos cuidadores informais sobre prevenção e controle de IRAS está direcionado a atitudes tomadas com finalidade de evitar ou curar infecções. Sobressaem-se cuidados com a higiene do paciente, do cuidador e do ambiente que o paciente está inserido, bem como os cuidados relacionados à manipulação e contato com os pacientes e seus dispositivos, o que vai de encontro com os achados na literatura (SILVEIRA; SILVA; GOTTEMS, 2020; VALLE *et al.*, 2016). Contudo, ainda há dúvidas demonstradas pelos cuidadores, visto que foram apresentados vários relatos afirmando desconhecimento sobre prevenção e controle de IRAS.

A classe 4 apresenta a compreensão dos cuidadores sobre as necessidades de cuidados com IRAS no ambiente domiciliar. Nessa classe, observa-se que os eles associam que IRAS ocorrem a partir de erros ou negligência na assistência ao paciente, que é necessário observar alterações na pele e comportamento dos mesmos e a manifestação de febre. Além disto, apontam a gravidade da complicação e referem que pacientes acamados e debilitados estão mais propensos a serem acometidos por IRAS.

Infecção é a presença do microrganismo em um determinado local do corpo com multiplicação daquele e uma resposta do hospedeiro, ocorrendo doença infecciosa quando a multiplicação microbiana lesa as células, tecidos ou o organismo como um todo, sendo possível

detectar sinais e sintomas, que podem se manifestar como febre, vasodilatação, ativação da resposta imune e da resposta inflamatória, alterações respiratórias, aparecimento de pus, alterações na urina e fezes, vômitos, calafrios, danos teciduais e musculares, choque, entre outros (FOCACCIA; VERONESI, 2015). Desta forma, as RS emergidas demonstram-se, em suas devidas limitações, de acordo com o conhecimento científico.

Os cuidadores entendem ainda que IRAS ocorrem quando a assistência é prestada de forma inadequada, fato que converge com seu conceito, visto que para ser considerada IRAS a manifestação da infecção não pode estar sabidamente ligada a outra fonte que não a realização de algum procedimento relacionado a assistência a saúde (ANVISA, 2021; PADOVEZE *et al.*, 2019).

Os relatos apontam que os cuidadores consideram pacientes acamados e debilitados como grupo de risco para IRAS e que, nesses casos, o cuidado precisa acontecer a nível hospitalar. Sabe-se que pacientes acamados estão mais propensos a serem acometidos por IRAS, porém, este cuidado também pode ser tratado e prevenido a nível domiciliar, a partir de cuidados relacionados a alimentação, hidratação, oxigenação e preservação da pele, além do correto uso de medicações, quando prescritas pelo especialista (DOS SANTOS; VALENTE, 2020).

Tal compreensão ainda se refere a dimensão da gravidade de IRAS. Os cuidadores referem nas entrevistas que IRAS são um quadro clínico grave e que podem levar o paciente a óbito. Sabe-se que IRAS são enfermidades graves, porém, podem ser tratadas e evitadas com a adoção de práticas seguras de assistência (BROSIO *et al.*, 2017). Nota-se que o conhecimento a respeito da dimensão da problemática é coerente aos achados na literatura.

A classe 1 refere-se ao manejo da prevenção e controle de IRAS realizado pelos cuidadores informais. Esta classe gera as classes 4 e 3. Percebe-se que esta classe está mais ligada às práticas, visto que está relacionada a ações concretas realizadas pelos cuidadores na prevenção e controle de IRAS.

Os cuidados com a higiene do paciente, do próprio cuidador e do ambiente em que se encontram, assim como os cuidados com hidratação, alimentação, vacinação e mobilidade dos pacientes são praticadas pelos entrevistados como atitudes preventivas e de controle de IRAS, bem como o uso de EPI's e soluções assépticas. Tais ações remetem à teoria ambientalista desenvolvida por Florence Nightingale, onde a ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos, odores e alimentação influenciavam no estado de saúde do paciente e manutenção do ambiente é tida como crucial no processo de cura, objetivando a prevenção da disseminação de bactérias e agentes infecciosos e favorecendo a conduta assistencial humanizada (BARROS *et al.*, 2020).

Diante disso, é possível compreender que essa representação está fundamentada em um saber técnico, fato que remete à associação desta classe com a classe 2, onde as fontes de informação foram encontradas primordialmente em profissionais do HUT, EMAD e ESF. Essas noções de cuidado outrora ancoradas na classe 5 e objetivadas na classe 2, tornam-se mais específicas nesta classe, relacionadas às ações ligadas à prevenção e controle de IRAS.

A evocação de palavras como: "Manter", "Ambiente", "Limpo", "Limpeza", "Prevenir", "Higiene", "Higienizar", "Luva", "Máscara" e "Equipamento" aproximam o conceito de prevenção e controle de IRAS dos conceitos já familiares destas palavras evocadas. Nota-se que já existe um conceito pré-definido de IRAS e prevenção e controle de IRAS. A classe 1 ancora conceitos pré-definidos nas classes 4 e 3, e apresenta um sentido às imagens criadas nessas classes, apresentando uma integração da novidade, uma interpretação do objeto nas suas realidades e orientando suas condutas para aplicar a imagem do objeto já familiarizado no cotidiano social (JODELET, 2012; MOSCOVICI, 2015), deixando claro o processo de ancoragem nesta classe.

A Classe 2 demostra as referências de aprendizagem e esclarecimento de dúvidas no cuidado, onde é notável a busca de informações através de fontes detentoras de conhecimento profissional e confiável, tanto no aprendizado do cuidado, como na educação continuada a partir do esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado.

Os cuidadores relatam que, majoritariamente, não foram submetidos a cursos preparatórios para cuidar de seus pacientes no domicílio, aprendendo com a observação do cuidado prestado pelos profissionais durante a internação hospitalar de seus pacientes. Existem particularidades do cuidado domiciliar e hospitalar, porém, em essência notam-se mais semelhanças que diferenças. O cuidado realizado no hospital é técnico e científico, visto que os responsáveis são profissionais formados e prontos para isso. Nesse ambiente são fornecidos recursos humanos, tecnologia e equipamentos específicos ao cuidado ao paciente doente, sendo, além disto, um espaço de acumulação e desenvolvimento de saberes, com acesso ao pronto atendimento, porém, o cuidado geralmente não considera os hábitos individuais do paciente e família, impondo sua própria rotina de cuidados. No domicílio o cuidado torna-se individualizado, respeitando as demandas e costumes específicos do paciente, além do ambiente ser mais familiar e confortável ao paciente, por outro lado, o cuidador torna-se o principal responsável pelo cuidado ao paciente, o que pode gerar inseguranças visto que, em geral, é realizado de forma empírica (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

De mesmo modo, os resultados deste estudo mostram que, ao encontrarem dúvidas no cuidado, os cuidadores buscam informações, majoritariamente, com profissionais qualificados.

Tal fato vai de encontro com a função dos profissionais da EMAD, principal fonte de consulta sobre cuidados encontrada nas entrevistas, visto que cabe ao enfermeiro e ao fisioterapeuta, dentro de suas atribuições, a função de educar a população e treinar os cuidadores sobre os cuidados e prevenção em saúde; bem como ao médico cabe auxiliar no processo de educação e promoção da saúde; e ao técnico de enfermagem, cabe auxiliar na educação do cuidador e intermediar a comunicação entre a população e os profissionais da equipe (COSTA; COSTA; RUIVO, 2019). Outrossim, os profissionais da ESF desenvolvem práticas educativas em saúde, sendo desenvolvidas, sobretudo, com base na transmissão de informações, na persuasão e sensibilização. Essas práticas ancoram-se no modelo tradicional de educação em saúde, caracterizado pelo ensino e orientações acerca dos agravos de saúde e recomendações de comportamentos considerados certos ou errados (ARAÚJO *et al.*, 2020; SOARES *et al.*, 2017).

Entretanto, parte dos entrevistados relatou que aprendeu a cuidar com a rotina diária de cuidados, de forma autodidata. Subentende-se que tais práticas foram aprendidas de forma empírica, remetendo aos primórdios do cuidado, onde as práticas não eram científicas e nem baseadas em evidências, o que apresenta sérios riscos de erros que podem acarretar, dentre outros malefícios, no desenvolvimento de IRAS (LACERDA *et al*., 2022).

Igualmente, também existem relatos do uso da plataforma *Youtube* como fonte de informação e esclarecimento de dúvidas sobre cuidado ao paciente domiciliar. São inegáveis as vantagens obtidas pelo uso da tecnologia na educação em saúde. De maneira geral, no âmbito da saúde pública, há evidências de que o uso de mídias sociais potencializa e agiliza o processo de informação e comunicação (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019), por outro lado, alerta-se para a disseminação de informações inverídicas, que se torna tão iminente quanto das informações verídicas, mesmo com a tentativa de empresas como *Facebook* e *Google* de diminuir a quantidade de desinformação através da internet (WARDLE; SINGERMAN, 2021).

Desta forma, associou-se essa busca pelo excesso de informação ao conceito de objetivação do processo de formação das RS. Essa busca por informações realizada pelos cuidadores informais, reflete as três fases da objetivação. Assim, os cuidadores criaram uma imagem a respeito desse cuidado, essa imagem foi simplificada de modo a aproximar-se de outras imagens pertencentes às suas realidades, sendo esquematizadas, os conceitos tornaram-se palpáveis e concretos a ponto de serem naturalizados e inseridos nas realidades sociais, podendo ser reproduzidos no cotidiano (MOSCOVICI, 2015).

A classe 5 apresenta o processo de aprendizagem do cuidado domiciliar ao paciente pelo cuidador, trazendo o conteúdo aprendido e a forma que eles assimilaram os ensinamentos. Nota-se nas falas, que eles aprenderam procedimentos como limpeza e aspiração da traqueostomia,

limpeza e observação de feridas e gastrostomia, oferta de alimentação através de sondas gástricas e enterais, administração de medicações, banho e higienização do trato oral, troca de fraldas e de decúbito.

Considera-se que o cuidado promove e restaura o bem-estar físico, psíquico e social, nessa perspectiva, o cuidar pode ser interpretado como um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem procedimentos técnicos de assistência (SOUZA *et al*., 2005). Diante disto, observa-se o uso do ultrapassado modelo biomédico de conceito de saúde para influenciar as práticas de cuidados ao paciente no domicílio, visto que as ações se tornam mecânicas e objetivas, centradas na doença (PUTTINI; JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Portanto, pode-se atrelar tal fato a falhas na humanização da assistência, considerando que humanizar é respeitar a individualidade de cada paciente, estimulando a compreensão holística do processo saúde-doença, focando na relação entre o paciente e o profissional ou cuidador (SARMENTO *et al*., 2021), visto que o processo de aprendizagem do cuidado domiciliar foi transmitido sem levar em conta preceitos humanizados de cuidado, como necessidades psicossociais e valores específicos de cada paciente.

A classe 5 está diretamente relacionada com a classe 2, que apresenta as principais fontes de informação consultada sobre cuidados ao paciente. Observa-se que a classe 2 reúne uma série de significações aos cuidados domiciliares, já a classe 5 demonstra a forma que essas informações (objetos) foram assimiladas ou aproximadas a realidade dos cuidadores (sujeitos). Pondera-se, então, que a classe 5 ancora as significações de cuidado ao paciente domiciliar objetivadas na classe 2. Essas duas classes geram as classes anteriores, pois delas que os cuidadores subsidiam as informações utilizadas nas outras 3 classes.

Portanto, é possível observar a influência de profissionais da EMAD, ESF e HUT na obtenção da informação por parte dos cuidadores, visto que apresentam informações consideradas corretas sobre cuidados em saúde, logo, é possível notar a ligação e influência das classes 5 e 2 com as classes 1, 4 e 3, porém, levando-se em conta que, predominantemente, os cuidadores não receberam um treinamento formal para o cuidado ao paciente no domicílio, constata-se uma grande falha na transição do paciente do hospital para o domicílio.

Observa-se que as classes 4 e 3 relacionam-se diretamente, trazendo conceitos sobre IRAS, seu controle e prevenção. Ambas as classes apresentam conceitos construídos a partir da familiarização de objetos desconhecidos. Nota-se nas falas que há uma aproximação da febre com a infecção, da negligência no cuidado com as IRAS, da higiene com a prevenção e controle, isso demonstra o processo de objetivação em suas 3 etapas. A informação foi filtrada, relida e compreendida de acordo com a cultura, valores e experiências prévias. Posteriormente foi

recomposta e reorganizada de acordo com a compreensão individual e nas inter-relações do grupo, em outras palavras, as associações entre febre, negligência no cuidado e higiene respectivamente com Infecção, IRAS e prevenção e controle são um mecanismo de conversão da imagem abstrata e desconhecida em um conceito familiar e concreto, tais objetos tornaram-se palpáveis a partir da releitura, e foram, enfim, naturalizados (JODELET, 2012; MOSCOVICI, 2015).

Já a classe 1 se apresenta no processo de atribuição de sentidos para esses conceitos objetivados nas classes 4 e 3. Desta forma, nota-se, inclusive, uma maior aproximação entre as 3 classes, logo, a classe 1 apresenta as ações que ancoraram as RS objetivadas nessas 2 classes seguintes.

A partir da imagem obtida pelo do processo de objetivação de IRAS e de sua prevenção e controle os cuidadores puderam atribuir-lhes um sentido em suas realidades, conferindo-lhes utilidade e integração cognitiva com caráter funcional. Desse modo, a novidade pôde ser integrada e interpretada na realidade do grupo de cuidadores, passando a fundamentar e orientar condutas entre eles (JODELET, 2012; MORERA *et al.*, 2015).

Pondera-se que as classes 1, 4 e 3 se apresentam correlacionadas no dendrograma e derivam entre si. A origem da formação das RS destas classes autentica essa apresentação gráfica, visto que o processo de ancoragem apresentado na classe 1 depende dos conceitos objetivados nas classes 4 e 3. O processo de ancoragem só tem lugar após a objetivação, já que a estrutura gráfica se converte em um guia de leitura, através da generalização funcional para compreender a realidade, em outras palavras o sujeito converte um objeto estranho em familiar através da objetivação e o atribui um sentido, integrando o objeto a um sistema de pensamento preexistente, tornando-o orgânico dentro de um pensamento previamente construído (MORERA *et al.*, 2015).

Analisando a dimensão que a representação se encontra inserida no grupo de cuidadores pode-se ainda analisar os conceitos e imagens obtidos a partir dos processos de RS apresentados em todas as classes do dendrograma. Os cuidadores mostram-se favoráveis às RS já apresentadas anteriormente, visto que aderiram a estas RS e aplicam os cuidados no seu cotidiano, além de buscarem tirar dúvidas sobre o cuidado com as mesmas fontes e aplicarem a ação de acordo com as orientações recebidas, além de reproduzi-las no grupo. Este fato demonstra a evidente influência das RS nos cuidadores informais, pois a relação de proximidade entre as classes demonstra que os conceitos se converteram em ações e condutas. As RS desencadeiam ações, pensamentos e linguagem em suas funções essenciais de tornar o não-

familiar conhecido, possibilitando a comunicação e obtenção de controle sobre o meio em que se vive (MOSCOVICI, 2015).

Por fim, enfatiza-se que o presente estudo apresentou limitações, visto que a pandemia causou uma diminuição na quantidade de pacientes atendidos pela EMAD em Teresina, além de dificultar a adesão às entrevistas, seja porque os participantes estavam ocupados no momento do contato inicial ou pelo receio de responder, implicando na não participação. Da mesma forma, o cotidiano dos cuidadores de pacientes domiciliares, por si só, dificulta a participação dos mesmos, principalmente devido ao acúmulo de tarefas e tempo limitado. Outra dificuldade encontrada está relacionada com a heterogeneidade do grupo de cuidadores, visto que, como apresentado nos resultados, há uma grande quantidade de variáveis socioculturais e diferentes níveis de conhecimento sobre o assunto abordado nas entrevistas, o que implica em respostas diversificadas, que podem ter afetado a classificação dos resultados obtidos nas entrevistas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da necessidade dos cuidadores informais em adaptar-se a uma nova perspectiva de cuidado, onde eles passam a ocupar uma posição de protagonismo na assistência, outrora realizada por profissionais qualificados, surgem representações sociais de prevenção e controle de IRAS no ambiente domiciliar por eles elaboradas.

Diante disso, o presente estudo pôde evidenciar que, apesar de os cuidadores buscarem informações e esclarecimento de dúvidas com profissionais, ainda há uma grande desorganização no processo de aprendizagem, visto que aprendem o cuidado de acordo com a demanda apresentada pelo seu paciente, na rotina, logo, não estão preparados para enfrentar possíveis intercorrências as quais os pacientes estão suscetíveis. De mesmo modo, presume-se que eles não se sentem seguros com as informações e ensinamentos sobre prevenção e controle de IRAS transmitidas pelos profissionais, visto que suas maiores dúvidas se apresentaram em torno deste assunto. Isso pode estar ligado a uma negligência dos profissionais sobre a dimensão da problemática, ou, até mesmo, desconhecimento sobre o tema. Logo, sugere-se a produção de estudos no intuito de compreender o conhecimento dos profissionais sobre a temática e a forma que os mesmos disseminam este saber no âmbito domiciliar.

Portanto, constata-se que são imprescindíveis treinamentos e capacitações aos cuidadores informais antes da transferência dos pacientes para o domicílio, devido a exigência de continuidade do tratamento realizado no hospital.

Todavia, cabe salientar que os processos de formação das RS, principalmente a objetivação, tendem a gerar distorções na perspectiva, podendo, assim, propiciar equívocos na apreensão do saber. Diante disso, esta pesquisa contribuiu no entendimento do processo de aprendizagem dos cuidadores informais a respeito de prevenção e controle de IRAS no ambiente domiciliar, possibilitando fornecer o subsídio de estratégias educativas esclarecedoras e de apoio ao cuidado a estes pacientes.

Não obstante, o cenário pandêmico que se arrasta desde o ano de 2019 diminuiu, consideravelmente, a quantidade de pacientes domiciliares atendidos pela EMAD em Teresina, além de causar receio no contato com pessoas de fora do convívio cotidiano, fatos que minimizaram o tamanho da amostra populacional e limitaram a interação entre os pesquisadores e entrevistados deste estudo e o aceite em participarem do mesmo. Por conseguinte, sugere-se o rastreio de mais informações sobre IRAS no ambiente domiciliar e a consequente produção de novos estudos sobre a temática, ainda pouco explorada no meio acadêmico.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Brasília: Anvisa, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 19 jun. 2022.

AGUIAR, L. L. *et al.* Enfermagem e Metas Internacionais de Segurança: Avaliação em Hemodiálise. **Cogitare Enfermagem**, [*s. l.*], v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45609. Acesso em 12 mar. 2022

AGUILAR-DURAN, S. *et al.* Community-onset healthcare-related urinary tract infections: Comparison with community and hospital-acquired urinary tract infections. **Journal of Infection**, [*s. l.*], v. 64, n. 5, p. 478–483, 2012. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163445312000114. Acesso em: 15 jun. 2022.

ALVES, B. S. *et al.* Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes quanto aos aspectos demográficos e de saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, [*s. l.*], v. 9, p. 113–118, 2019. Disponível em: http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3684. Acesso em 23 jun. 2022

ALVIM, A. L. S.; COUTO, B. R. G. M.; GAZZINELLI, A. Epidemiological profile of healthcare-associated infections caused by Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [*s. l.*], v. 53, p. 1–6, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100439&tlng=en. Acesso em: 15 jun. 2022.

ARAÚJO, T. I. *et al.* Educação Em Saúde: um olhar da equipe multidisciplinar na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, [*s. l.*], v. 6, n. 4, p. 16845–16858, 2020. Disponível em: http://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/8363/7209.

ARAÚJO, B. T.; PEREIRA, D. C. R.. Políticas para controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Brasil , 2017. **Com. Ciências Saúde**, [*s. l.*], v. 28, p. 333–342, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3_politica_controle_ infeccao.pdf. Acesso em: 19 jun. 2022.

AUSSERHOFER, D. *et al.* "There's No Place Like Home": A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes. **Journal of the American Medical Directors Association**, [*s. l.*], v. 17, n. 8, p. 685–693, 2016. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861016300482. Acesso em: 5 jun. 2022.

BARROS, M. M. A. *et al.* O Enfermeiro na Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Universitas: Ciências da Saúde**, [*s. l.*], v. 14, n. 1, 2016. Disponível em: http://www.publicacoes.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/3411.

BARROS, T. N. *et al.* Políticas de controle de infecção no Brasil e qualidade da assistência de enfermagem: reflexões necessárias. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 9, n. 5, p. e56953178, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3178. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. **Lei 9.431, de 6 de Janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Brasília, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9431.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 2.616, de 12 de Maio de 1998**. Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 2.029 de 24 de Agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 2.527 de 27 de Outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1 *E-book*. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013a.

BRASIL. **Portaria Nº 963, de 27 de Maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 825, de 25 de Abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de Setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. *E-book*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pd. Acesso em: 15 jun. 2022.

BROSIO, F. *et al.* Knowledge and behaviour of nursing students on the prevention of

healthcare associated infections. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, [*s. l.*], v. 58, n. 2, p. E99–E104, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584094/pdf/2421-4248-58-E99.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. [*S. l.*]: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2013. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais. Acesso em: 15 jun. 2022.

COELHO, J. O. C. *et al.* Impacto da orientação ao cuidador na prevenção de infecções na assistência domiciliar. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 11, n. 4, p. e14111426936, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26936. Acesso em: 10 ago. 2022.

COSTA, I. K.; COSTA, A. K.; RUIVO, A. C. O. O papel de cada profissional de saúde na atenção domiciliar: uma revisão da literatura. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 63, n. 4, p. 455–461, 2019. Disponível em: https://www.amrigs.org.br/assets/images/upload/pdf/jornal/1594127599.pdf#page=93. Acesso em: 4 fev. 2023.

DINIZ, M. A. A. *et al.* Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 23, n. 11, p. 3789–3798, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103789&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2022.

DOS ANJOS, F. S.. A teoria das representações sociais como instrumento de compreensão da realidade: Aproximações à luz da experiência concreta. **Novos Rumos Sociológicos**, [*s. l.*], v. 8, n. 13, p. 101, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343844965_A_teoria_das_representacoes_sociais_como_instrumento_de_compreensao_da_realidade_Aproximacoes_a_luz_da_experiencia_concreta. Acesso em: 29 mar. 2022.

DOS SANTOS, F. B.; VALENTE, G. S. C. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Segurança do Paciente no Ambiente Domiciliar. **Enfermagem em Foco**, [*s. l.*], v. 11, n. 1, p. 616-620, 3 fev. 2020. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2679. Acesso em: 6 maio 2023.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 3. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2014.

ESTEVES, J. T.; BITU, T. T. A.; GURGEL, V. G. D. A Cultura do Cuidado como Excludente da Relação de Trabalho. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**, [*s. l.*], v. 24, n. 47, p. 277–297, 2021. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/view/26135. Acesso em: 28 fev. 2023.

EUZÉBIO, D. M. *et al.* Perfil epidemiológico das infecções relacionadas à assistência à saúde em Unidade de Terapia Intensiva no período de 2019 a 2020. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 10, n. 17, p. e2101724926, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24926. Acesso em: 10 out. 2022.

FIGUEIREDO, M. L. F. *et al.* Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 26, n. 1, p. 37–46, 2021.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000100037&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2022.

FOCACCIA, R.; VERONESI, R. **Tratado de Infectologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde em Debate**, [*s. l.*], v. 43, n. spe1, p. 106–115, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500106&tlng=pt. Acesso em: 19 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Brasília: IBGE, 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2013%3E. Acesso em: 15 jun. 2022.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JODELET, D. Os Processos Psicossociais da Exclusão. *In*: SAWAIA, Bader *et al.* (org.). **As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. p. 53–66.

JODELET, D. **Representações Sociais e Mundos de Vida**. Curitiba: PUCPRess, 2017.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL - JCI. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

LACERDA, A. A. R. *et al*. Conhecimento Empírico Versus Ciência: Obstáculos a um Bom Prognóstico. **Global Academic Nursing Journal**, [*s. l.*], v. 3, n. spe2, p. 1-5, 2022. Disponível em: http://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/389. Acesso em: 10 maio 2023

LACERDA, J. T. *et al.* **Implantação e gerenciamento do SAD**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/Módulo-2_Atenção-Domiciliar.pdf. Acesso em: 18 jun. 2022.

MARTINS, E. R. C. *et al.* Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, [*s. l.*], v. 24, n. 1, p. 1–7, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/B3QR9yjcYdzNyNDMK9rssXN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 13 jan. 2022

MINAYO, M. C. S.. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007. Acesso em: 22 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S.. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2016-. ISSN 978-85-326-1145-1.

MORERA, J. A. C. *et al.* Theoretical and Methodological Aspects of Social Representations. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [*s. l.*], v. 24, n. 4, p. 1157–1165, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401157&lng=en&tlng=en. Acesso em: 20 jan. 2023.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 5. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

MUNIZ, E. A. *et al.* Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Perspectivas de Idosos, Cuidadores e Profissionais. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [*s. l.*], v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/61187. Acesso em: 15 jun. 2022.

NASCIMENTO, A.R.A; MENANDRO, P.R.M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [*s. l.*], v. 6, n. 2, p. 72–88, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n2/v6n2a07.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [*s. l.*], v. 21, n. 3, p. 591–599, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 jan. 2023.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Better off at Home: Safety Device. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [*s. l.*], v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100318. Acesso em: 15 jun. 2022.

PADOVEZE, M. C. *et al.* The concept of vulnerability applied to Healthcare-associated Infections. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 72, n. 1, p. 299–303, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100299&tlng=en. Acesso em: 15 jun. 2022.

PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 48, n. 6, p. 995–1001, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600995&lng=en&tlng=en. Acesso em: 5 jun. 2022.

PERBONI, J. S.; OLIVEIRA, S. G.; TRISTÃO, F. S. "Ô de casa! ": Uma análise foucaultiana da atenção domiciliar. **Revista Contexto & Saúde**, [*s. l.*], v. 22, n. 45, 2022. Disponível em: https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/10853. Acesso em: 15 jun. 2022.

PREFEITURA DE TERESINA. **HUT leva saúde em casa com equipe multidisciplinar de atenção domiciliar**. [*s. l.*], 2021. Disponível em: https://pmt.pi.gov.br/2021/10/06/hut-leva-saude-em-casa-com-equipe-multidisciplinar-de-atencao-domiciliar/. Acesso em: 18 jun. 2022.

PUTTINI, R. F.; JUNIOR, A. P.; OLIVEIRA, L. R. Modelos Explicativos em Saúde Coletiva: Abordagem Biopsicossocial e Auto-Organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: https://scielosp.org/article/physis/2010.v20n3/753-767/pt/. Acesso em: 11 maio 2023.

RAJ, A. *et al.* Assessment of health facilities for airborne infection control practices and

adherence to national airborne infection control guidelines: A study from Kerala, Southern India. **Indian Journal of Community Medicine**, [*s. l.*], v. 44, n. 5, p. 23, 2019. Disponível em: http://www.ijcm.org.in/text.asp?2019/44/5/23/267810. Acesso em: 5 jun. 2022.

RECH, J. F. W.; CAMARGO, B. V. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicología**, Porto Alegre, v. 41, p. 379–390, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000300013. Acesso em: 20 jun. 2022.

ROCHA, L. F.. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [*s. l.*], v. 34, n. 1, p. 46–65, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 mar. 2022.

RODRIGUES, F. A.; MELO, E. S. N. A dinâmica da teoria das representações sociais: um diálogo entre saberes psicossociológicos, filosóficos e jurídicos. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 11, n. 5, p. e36811528482, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28482. Acesso em: 9 jul. 2022

SÁ, C. P. **Estudos de Psicologia Social. História, Comportamento, Representações e Memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3)**. Planaltina: [*s. n.*], 2017. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati. Acesso em: 12 jan. 2023.

SANCHES, R. C. N.; SANTOS, F. T. G.; RADOVANOVIC, C. A. T. Construção e Validação de Questionário para Avaliação das Competências do Cuidador Informal. **Cogitare Enfermagem**, [*s. l.*], v. 26, 2021. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73966. Acesso em: 10 out. 2022.

SANTOS, F. G. T. *et al.* Factors associated with the skills of informal caregivers in home care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 75, n. 4, p. 1–7, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000500177&tlng=en. Acesso em: 15 jun. 2022.

SANTOS, A. B. A. S. *et al.* O papel do cuidador na assistência domiciliar a pessoa portadora de alzheimer: uma revisão integrativa. **Revista de Casos e Consultoria**, [*s. l.*], v. 12, n. 1, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/25819/14603. Acesso em: 10 ago. 2022.

SHANG, J. *et al.* The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: A systematic review. **American Journal of Infection Control**, [*s. l.*], v. 42, n. 5, p. 479–484, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.12.018. Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVA, R.; KOZUSNY-ANDREANI, D. Infecções relacionadas à assistência à saúde: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 9, n. 10, p. e3819108818, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8818. Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVEIRA, T. B.; SILVA, V. Z. M.; GOTTEMS, L. B. D. Controle de infecção na Atenção Domiciliar: Uma Revisão da Literatura. **Journal of Infection Control**, [*s. l.*], v. 9, n. 4, p.

258–264, 2020. Disponível em: https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/321/pdf. Acesso em: 12 fev. 2022

SIMAN, A. G. *et al.* Ações para reduzir o risco de infecções relacionados à assistência à saúde. **Saúde e Pesquisa**, [*s. l.*], v. 13, n. 3, p. 485–493, 2020. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/8340. Acesso em: 15 jan. 2022.

SINÉSIO, M. C. T. *et al.* Fatores de Risco às Infecções Relacionadas à Assistência em Unidades de Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem**, [*s. l.*], v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53826. Acesso em: 15 jun. 2022.

SOARES, A. N. *et al.* DISPOSITIVO EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [*s. l.*], v. 26, n. 3, p. 1–9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300302&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 jun. 2022

SOUSA, A. F. L. *et al.* Representações sociais da infecção comunitária por profissionais da atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 28, n. 5, p. 454–459, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500454&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2022.

SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 23, n. 2, p. 140–149, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/44RVyk93hQNqy6GY4MmhHNP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2022.

SOUZA, M. L. *et al*. O Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 maio 2023.

TAUFFER, J. *et al.* Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em um hospital de ensino. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, [*s. l.*], v. 9, n. 3, 2019. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12976. Acesso em: 15 jun. 2022.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. 10. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.

VALLE, A. R. M. C. *et al.* Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 29, n. 2, p. 239–244, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200239&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2022.

VILLAS BÔAS, L. P. S. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção : diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana Lúcia Pint. **Psicologia da Educação**, [*s. l.*], v. 19, n. 1988, p. 143–166, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752004000200008. Acesso em: 29 abr. 2022.

WARDLE, C.; SINGERMAN, E. Too little, too late: social media companies' failure to tackle vaccine misinformation poses a real threat. **BMJ**, [*s. l.*], v. 372, p. n26, 2021.

Disponível em: https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.n26. Acesso em: 29 abr. 2022.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista Nº:_____

Dados Sociodemográficos

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Idade:_____
3. Vínculo com o paciente: _____
4. Cor/ Raça:

   ( ) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena
5. Escolaridade:

   ( ) Analfabeto (a) ( ) Ensino Fundamental

   ( ) Ensino médio ( ) Ensino superior

   ( ) Pós graduação ( ) Mestrado

   ( ) Doutorado
6. Estado Civil:

   ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a)

   Outro: _____

Situação de Saúde

1. Portador de doença crônica? Se sim, qual?

   _____

2. Possui Plano de Saúde Privado? ( ) Sim ( ) Não

Dúvidas e Orientações Relacionadas à Assistência

1. Recebeu algum curso antes do paciente voltar ao domicílio?

( ) Sim ( ) Não

2. Como aprendeu a prestar os cuidados ao paciente antes da alta hospitalar?

3. Com quem tira dúvidas sobre a assistência ao paciente?

Representações Sociais sobre Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na Atenção Domiciliar

1. O que você entende por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde?

2. Para você o que representa (ou o que é) Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde?

3. Como você entende que pode prevenir as infecções no paciente que está cuidando? Quais cuidados você deve tomar para que isso aconteça?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO CNS N° 510/16 CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO N°466/12

Pesquisador responsável: Jordan Augusto Mota Aragão
Pesquisadora orientadora: Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle
Telefone para contato: (86) 99999-9939
E-mail: aragaojordan@hotmail.com

Prezado (a),

Sou Jordan Augusto Mota Aragão, acadêmico do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí/ Teresina-PI. Estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é "**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CUIDADORES INFORMAIS SOBRE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES NO AMBIENTE DOMICILIAR**", para elaboração da Dissertação, sob a orientação da professora Dra Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Estamos convidando o (a) senhor (a) a participar deste estudo, que tem como objetivo geral: Compreender as Representações Sociais dos cuidadores informais sobre prevenção e controle de infecções no ambiente domiciliar.

Se você aceitar o convite, sua participação neste estudo consistirá na realização de uma entrevista semiestruturada com você para coleta de dados, no momento mais adequado, por ligação telefônica ou presencialmente, à sua escolha. A entrevista será gravada (apenas o áudio), para posterior transcrição fiel e na íntegra para interpretação e análise dos depoimentos. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Qualquer dado que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As informações fornecidas por você serão somente utilizadas para fins de estudo científico. A participação no estudo não acarretará custos para você. Contudo, se houver qualquer gasto decorrente desta pesquisa, você terá o direito de ser ressarcido pelos pesquisadores.

Você poderá ser esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou prejuízo.

Suscitar a discussão sobre as representações sociais de cuidadores informais a respeito de mecanismos de prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) fomentará possibilidades de correlação entre o entendimento deste público sobre o assunto abordado, a interface prática de assistência realizada e dados epidemiológicos sobre IRAS no ambiente domiciliar. Desta forma, os benefícios relacionados a esta pesquisa serão subsidiar novas estratégias de educação aos cuidadores informais de pacientes domiciliares, atravé da elaboração, à curto e médio prazo, de um material educativo, conduzindo um cuidado mais qualificado e contribuindo para uma melhor prevenção e controle de IRAS neste ambiente.

A pesquisa implica alguns riscos, como possível constrangimento, pois você será questionado sobre condições socioeconômicas, de entendimento de prevenção e controle IRAS e possível incômodo no momento da entrevista, uma vez que esta será gravada. Entretanto, os pesquisadores garantem que os possíveis constrangimentos serão minimizados, pois a entrevista ocorrerá da forma mais reservada possível, no local mais adequado e horário de sua preferência e você poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos conforme preconiza a Resolução n° 510/16 considerando a resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Este documento é redigido em duas vias devidamente assinadas, sendo uma para o (a) participante e outra para o pesquisador, nela

consta telefone e e-mail do pesquisador responsável, para que possa tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

_____

Jordan Augusto Mota Aragão
Pesquisador Responsável

_____

Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle
Pesquisadora Orientadora

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento

Teresina-PI, ___ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Participante

Contato do pesquisador responsável: Jordan Augusto Mota Aragão, aragaojordan@hotmail.com , (86) 99999-9939.

Para assegurar os direitos dos participantes de pesquisas e garantir que o estudo seja realizado de forma ética segue o contato para possíveis esclarecimentos, que poderá ser feito no endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, ao Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga , Teresina/Piauí e também pelo telefone (86)3237-2332 ou pelo e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO A

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR: ESTUDO PILOTO

Pesquisador: ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29864720.1.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.982.462

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR: ESTUDO PILOTO, que tem como pesquisador responsável o prof. (a) ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE, como pesquisador assistente o Sr.(a) Joelma Sousa Lacerda e como integrante da equipe de pesquisa os Sr.Antonio Rosa de Sousa Neto.

São indicados como critérios de inclusão e exclusão, respectivamente:Estudo epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo do perfil de infecções em pacientes atendidos pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Teresina-PI referente ao período de 2016 até período da coleta. A pesquisa será realizada no município de Teresina, sendo coletado dados de prontuários armazenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) no hospital de urgência de referência do estado do Piauí, instituição administrada pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina em parceira com a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI, hospital escola e que oferta atendimento 100% Sistema Único de Saúde (SUS), bem como dos profissionais que integram as equipes do SAD. Também serão coletados dados referentes aos cuidadores dos pacientes que estão sendo atendidos no período da coleta de dados desse estudo, a fim de obter informações consideradas importantes no manejo da prevenção e controle de infecções na atenção domiciliar. Dessa forma, o domicílio dos pacientes em companhamento durante a coleta também será local dessa pesquisa. As equipes realizam os registros de seus assistidos em prontuários

impressos armazenado no SAME deste hospital, sendo o público atendido pelas equipes do EMAD pacientes oriundos de alta hospitalar desta mesma unidade de saúde. O período a ser abrangido no estudo será de 25 de abril de 2016 até o período da coleta.

Como critério de inclusão para este estudo constam-se pacientes cadastrado de ambos os sexos e todas as idades, atendidos pela EMAD; terem recebido alta por cura, óbito, abandono, mudança de endereço ou encaminhamento, terem prontuários com registro de diagnóstico de infecção apenas após 72h da alta hospitalar. Como critério de exclusão serão desconsiderados pacientes com prontuários que não apresentem informações sobre
situação de infecções em seus registros, informações incompletas, ou que não estejam dentro do recorte temporal pré-estabelecido. Também farão parte desse estudo macro os profissionais que compõem as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar do município de Teresina-PI, bem como os cuidadores dos pacientes, os quais, no período de coleta de dados desse estudo, estarão sendo acompanhados pela EMAD.

Em relação aos participantes que são pacientes, a amostra será censitária abrangendo prontuários já fechados atendidos no recorte temporal de 25 de abril de 2016 até o momento da coleta. Os dados serão coletados por meio da aplicação de um formulário previamente validado, quanto à forma e ao conteúdo, por juízes (3) com experiência na temática que serão selecionados a partir da avaliação do currículo cadastrado na Plataforma Lattes/CNPq considerando as seguintes características: ter doutorado, publicações na área de infecções, certificando a adequação aos objetivos propostos. O contato com os juízes ocorrerá por meio de e-mail. Também serão utilizados outros dois instrumentos os quais irão abordar variáveis dos profissionais que trabalham nas equipes (sociodemográficas e profissionais) e dos cuidadores dos pacientes acompanhados pelas equipes no período de coleta (perfil sociodemográfico e manejo na prevenção de infecções). Inicialmente, realizar-se a organização manual dos questionários seguida de digitação, por dupla entrada, no programa Microsoft Excel 2010, importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows (versão 20.0).

Assim, foi estabelecida para a pesquisa uma amostra de 320 participantes.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:

• Analisar o perfil das IRAS que acometem os pacientes de media e alta complexidade atendidos em domicílio pelas Equipes Multiprofissional de Atendimento Domiciliar de Teresina-PI.

Objetivo Secundário:

• Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos pela EMAD de Teresina-PI;

• Estimar prevalência das infecções que acometem os pacientes atendidos pelas EMAD;

• Determinar o gênero dos organismos causadores de infecções por meio dos resultados dos exames de cultura presentes nos prontuários;

• Determinar o perfil de resistência e sensibilidade aos antibióticos mais comumente utilizados por meio dos resultados de antibiogramas;

• Analisar desfechos favoráveis associados ao controle de infecções mediante cruzamento de dados sociodemográficos, assistenciais e topografia das infecções.

• Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos componentes das equipes
EMAD, bem como dos cuidadores dos pacientes e o manejo destes no controle das infecções.

• Elaborar uma cartilha com orientações direcionadas aos cuidadores dos pacientes acompanhados pelas equipes EMAD em Teresina sobre prevenção e controle de infecções no domicílio.

• Realizar uma oficina educativa com os cuidadores utilizando a cartilha elaborada, bem como outros materiais didáticos sobre prevenção e controle de infecções no domicílio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos pertinentes ao estudo considera se mínimos, avaliando o risco de quebra de sigilo, pois configura-se a confidencialidade da informação e o desconhecimento da identidade dos pacientes.

Benefícios:
Entre os benefícios da pesquisa considera-se a possibilidade de fornecer subsídios para melhoria das estratégias programáticas das equipes do EMAD contribuindo para uma assistência de melhores resultados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Realizada a análise documental a partir da qual foi procedida a uma apreciação ética da pesquisa, restou evidenciada a sua pertinência e valor científico.

A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista as várias correntes metodológicas existentes, encontra-se em conformidade com os fins objetivados, ao tempo em que evidencia o respeito aos preceitos éticos orientadores de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

Na elaboração do projeto de pesquisa ora em apreço, percebe-se a atenção do pesquisador no que concerne à situação de vulnerabilidade inerente à condição de participante que, respeitado em sua individualidade, tem protegidas as suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual.

Por fim, o pesquisador responsável é profissional experiente, como evidenciado pelo currículo anexado, sendo tal circunstância mais um instrumento de segurança conferida ao participante que estará devidamente amparado durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Apresentou todos os documentos.

Recomendações:
Colocar a forma de contornar os riscos descrita no TCLE também no protocolo geral. Inserir o horário de atendimento do CEP no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Projeto apto para desenvolvimento.

Considerações Finais a critério do CEP:
Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta

pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: http://ufpi.br/cep

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1520117.pdf	11/03/2020 10:58:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	11/03/2020 10:57:30	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/03/2020 10:46:11	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/03/2020 10:32:35	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	11/03/2020 10:29:16	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES.pdf	11/03/2020 08:01:47	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_COMITE_DE_ETICA_EM_PESQUISA.pdf	11/03/2020 07:55:43	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	Antonio_Rosa_de_Sousa_Neto.pdf	11/03/2020 07:45:49	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	Joelma_Lacerda_de_Sousa.pdf	11/03/2020 07:45:24	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	Andreia_Rodrigues_Moura_da_Costa_Valle.pdf	11/03/2020 07:44:34	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	09/03/2020 14:30:54	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/03/2020 13:56:08	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ACEITE_INSTITUICAO.pdf	09/03/2020 13:44:01	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

Continuação do Parecer: 3.952.462

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

TERESINA, 21 de Abril de 2020

Assinado por:
Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br