



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Tecnologia de Tomar

AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL JUNTO AOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO A INFECÇÃO HOSPITALAR

Dissertação de Mestrado

Talita Raquel Almeida Portella

Mestrado em Gestão

Gestão

Maranhão/Fevereiro/2021



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Tecnologia de Tomar

Talita Raquel Almeida Portella

AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL JUNTO AOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO A INFECÇÃO HOSPITALAR

Dissertação de Mestrado

Orientada por:

Professor Doutor Eduardo Fontão Mont'Alverne Brou

Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão

Dedico este trabalho a Deus,
minha família e ao meu amor,
por sempre estarem comigo. A
caminhada foi longa, mas aqui
cheguei, por vocês.

RESUMO

Infecção Hospitalar é aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando essa puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Pacientes internados em instituições de saúde estão expostos a uma ampla variedade de microorganismos patogênicos, principalmente nos setores onde os procedimentos invasivos são rotina, por este motivo é de suma importância que os profissionais de saúde estejam aptos a prestarem uma melhor assistência ao paciente acometido por Infecção Hospitalar. A pesquisa em questão tem como objetivo principal fazer uma avaliação acerca do nível de conhecimento dos enfermeiros acerca das infecções hospitalares. Para atingir o objetivo principal, primeiro foi realizado uma pesquisa bibliográfica no sentido de enquadrar a temática da Infecção Hospitalar, segundo uma pesquisa de caso controle onde alguns profissionais de enfermagem de nível superior participaram e terceiro foi realizado um estudo de caso, sobre dados coletados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Os resultados obtidos mostraram que os enfermeiros na sua maioria sabem a definição de Infecção Hospitalar, sabem as medidas de prevenção e controle, mas falta adesão por parte deles. Diante disso, concluímos que o nível de conhecimento dos enfermeiros acerca das Infecções Hospitalares é grande, porém eles subestimam suas consequências, que embora eles saibam de sua definição e de suas medidas de prevenção e controle, falta que estes mesmos profissionais entendam a importância da adesão dessas medidas e de serem meios de continuidade de todo esse processo de controle.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar, Conhecimento, Cuidados de Enfermagem, Controle de Infecção.

ABSTRACT

Hospital infection is that acquired after the patient's hospitalization and that manifests itself during hospitalization or even after discharge, when it can be related to hospitalization or hospital procedures. Patients admitted to health institutions are exposed to a wide variety of pathogenic microorganisms, especially in sectors where invasive procedures are routine, for this reason it is extremely important that health professionals are able to provide better care to patients affected by Infection Hospital. The research in question has as main objective to make an evaluation about the nurses' level of knowledge about nosocomial infections. To achieve the main objective, first a bibliographic research was carried out in order to fit the theme of Hospital Infection, according to a case-control research in which some higher level nursing professionals participated and third, a case study was carried out, on data collected by Hospital Infection Control Commission. The results obtained showed that nurses mostly know the definition of nosocomial infection, they know prevention and control measures, but they lack adherence. Therefore, we conclude that the level of knowledge of nurses about Hospital Infections is great, but they underestimate its consequences, that although they know about its definition and its prevention and control measures, these same professionals need to understand the importance of adherence. these measures and to be a means of continuing this entire control process.

Keywords: Hospital Infection, Knowledge, Nursing Care, Infection Control.

AGRADECIMENTOS

Aqui cheguei, caminho nada fácil. Tantas vezes me perguntei se conseguiria, está escrevendo esses agradecimentos é de uma emoção incontrolada e consequentemente não consigo conter as lágrimas que nesse momento, escorrem pelo meu rosto.

Nada seria possível se eu não tivesse um Deus que sempre esteve ao meu lado, afinal: eu coloco os pés e Ele faz o caminho. Foi, é e sempre será dessa forma. Obrigada meu Deus, por tanto.

A minha família, que é a minha base, é por vocês, tudo, absolutamente tudo. Ao meu pai, Antonio Portella, minha mãe, Lindalva Portella, as minhas irmãs Thayanne Portella e Thamyres Portella, minha eterna gratidão por segurarem a minha mão nesse longo caminho chamado vida.

Quando eu pensei que não teria mais como ser abençoada, Ele me apresenta o amor da minha vida, Yuri Padovani, parceiro de todas as horas, que cuida de mim e me apoia sempre. Obrigada meu amor.

Não poderia deixar de agradecer o meu orientador, professor Eduardo Brou, por todas as orientações e paciência, durante todo esse tempo. Obrigada!

Muito obrigada a todos!

Índice

Índice de Gráficos.....	X
Índice de Tabelas	XI
Lista de Abreviaturas e Siglas	XII
I INTRODUÇÃO	1
II A INFECÇÃO HOSPITALAR.....	5
II.1 Definição e Características	5
II.2 Incidência e Problemática da Infecção Hospitalar.....	8
II.2.1 Nível Mundial	8
II.2.2 Nível Nacional	11
II.2.3 Nível Estadual.....	12
III RESPOSTAS (ORGANIZACIONAIS E DE GESTÃO) À PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR	17
III.1 Nível Mundial.....	17
III.2 Nível Nacional.....	19
III.3 Nível Estadual.....	30
IV A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DOS ENFERMEIROS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS	33
IV.1 Pesquisa sobre o Nível de Conhecimento dos Enfermeiros acerca das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS).....	40
IV.1.1 Introdução/Objetivos	40
IV.1.2 Descrição/Caracterização das Unidades de Pronto Atendimento	40
IV.1.3 Metodologia	42
IV.1.4 Dados.....	43
IV.1.5 Conclusão	59
V ESTUDO DE CASO	61
V.1 Introdução/Objetivos	61
V.2 Descrição/Caracterização das Unidades de Pronto Atendimento.....	61
V.3 Metodologia.....	62
V.4 Dados	63

V.4.1 Antibióticos dispensados pela farmácia para os setores de internação da Upa	
Araçagy.....	63
V.4.2 Distribuição de casos de IH por tipos de culturas nos setores de internação da Upa	
Araçagy.....	65
V.4.3 Taxa de IH dos setores de internação: Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha	68
V.4.4 Densidade de incidência de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha)	69
V.4.5 Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha)	70
V.4.6 Densidade de incidência de Infecção Urinária associada a Sonda Vesical de Demora, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha)	71
V.4. 7 Distribuição de microorganismos isolados nos setores de internação.....	72
V.5 Conclusão	73
VI CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
Referências Bibliográficas.....	78
Anexos.....	85
Anexo I – Questionário utilizado na pesquisa de Caso Controle	85

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição do número de colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	43
Gráfico 2 – Distribuição por sexo dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	44
Gráfico 3 – Distribuição por faixa etária dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	45
Gráfico 4 – Distribuição por tempo na função dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	46
Gráfico 5 – Distribuição por nível de conhecimento acerca das IRAS dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	47
Gráfico 6 – Distribuição por capacidade de identificação dos sinais de pacientes com IRAS dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	49
Gráfico 7 – Distribuição sobre a importância do aprendizado sobre IRAS no ponto de vista dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	50
Gráfico 8 – Distribuição sobre o grau de conhecimento sobre como prevenir as IRAS dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	51
Gráfico 9 – Distribuição sobre a utilização de medidas para prevenir as IRAS dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	53
Gráfico 10 – Distribuição sobre a utilização de práticas eficazes de prevenção e controle das IRAS no ponto de vista dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	54
Gráfico 11 – Distribuição sobre as normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), se elas são bem definidas e comunicadas a toda equipe, no ponto de vista dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	56
Gráfico 12 – Distribuição sobre as normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), se elas são bem definidas e comunicadas a toda equipe, no ponto de vista dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.....	58
Gráfico 13 – Distribuição de casos de IH por tipos de culturas nos setores de internação da Upa Araçagy.....	67

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Antibióticos dispensados pela farmácia para os setores de internação da Upa Araçagy.....	63
Tabela 2 – Distribuição de casos de IH por tipos de culturas nos setores de internação da Upa Araçagy.....	65
Tabela 3 – Taxa de IH dos setores de internação: Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha.....	68
Tabela 4 – Taxa de IH Total da Unidade.....	68
Tabela 5 – Densidade de incidência de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha).....	69
Tabela 6 – Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha).....	70
Tabela 7 – Densidade de incidência de Infecção Urinária associada a Sonda Vesical de Demora, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha).....	71
Tabela 8 – Distribuição de microorganismos isolados nos setores de internação.....	72

Lista de Abreviaturas e Siglas

a.C – Antes de Cristo

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATCC – Cepas padrões

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CDC – Central de Controle de Doenças

CME – Central de Material Esterilizado

CRECISS – Comissões Regionais

CMUCISS – Comissões Municipais

CECIH/RJ – Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar do estado do Rio de Janeiro

CECIH – Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar

COFEn – Conselho Federal de Enfermagem

DIVISA – Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental

EUA – Estados Unidos da América

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EBSERH – Empresa Brasileira e Serviços Hospitalares

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ECG – Eletrocardiograma

HC/UFGM – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HCOR – Hospital do Coração

IH – Infecção Hospitalar

IRAS – Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

IN – Infecção Nosocomial

ITU – Infecção do Trato Urinário

ICS – Infecção de Corrente Sanguínea

ICSRC – Infecção de Corrente Sanguínea Relacionada ao Cateter

INICC – International Nosocomial Infection Control Consortium

IPC – Controle de Prevenção de Infecção
INSP – Instituto Nacional de Previdência Social
KPC – *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase
LACEN – Laboratório Central do Maranhão
LILACS – Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MA – Maranhão
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
NECIH – Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar
OMS – Organização Mundial da Saúde
OXA-S – Microorganismo sensível a Oxacilina
OXA-R – Microorganismo resistente a Oxacilina
PAV – Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
PECIH-BA – Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar da Bahia
PCIRAS – Programa de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde
PCIH – Programa de Controle de Infecção Hospitalar
SCOPE – Surveillance and Control of Pathogens of Epidemiological Importance
SONIH – Sistema de Notificação de Controle de Infecção Hospitalar
SASMC – Sistema de Assistência à Mulher e à Criança
SES BA – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUVISA – Vigilância Estadual de Saúde
SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
VM – Ventilação Mecânica

I INTRODUÇÃO

Infecção Hospitalar (IH) é definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando essa puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Sua grande maioria é causada por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro (Pereira *et al.*, 2005).

Pacientes internados em instituições de saúde estão expostos a uma ampla variedade de microorganismos patogênicos, principalmente na UTI, onde os procedimentos invasivos são rotina (Moura *et al.*, 2017). As IH ocorrem em cerca de 10% de pacientes hospitalizados, dados esses referentes as internações na UTI, mas muitas são as internações nas Clínicas. Tal diagnóstico constitui um desfecho desfavorável aos pacientes criticamente enfermos, pois quadros infecciosos estão associados à maior morbidade e mortalidade, além de elevados custos para as Unidades de Saúde (Nangino *et al.*, 2012).

A problemática da IH no Brasil cresce a cada dia, considerando que o custo do tratamento dos clientes com IH é três vezes maior que o custo dos clientes sem infecção. Os índices de Infecção Hospitalar permanecem altos no país, 15,5%, o que corresponde a 1,18 episódios de infecção por cliente internado nos hospitais brasileiros. Além disso, considera-se mais um agravante, o fato de as instituições de saúde pública possuírem a maior taxa de prevalência de IH no país, 18,4% (Moura *et al.*, 2017).

O papel da equipe de Enfermagem no controle da IH está presente desde o início de suas descobertas. Florence Nightingale mostrava grande preocupação com esse problema e foi durante a Guerra da Criméia (1853 a 1856) que ela implantou e padronizou procedimentos de cuidados de enfermagem voltados à higiene e limpeza dos hospitais, introduzindo principalmente técnicas de antissepsia (Giarola *et al.*, 2012).

O primeiro contato com o paciente em muitas das Instituições de Saúde é do enfermeiro, então é de extrema importância que este profissional saiba como conduzir um paciente com suspeita de infecção, pois cada minuto é precioso nos casos desse diagnóstico.

Trabalhar na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), veio-me mostrar o quanto é importante que o profissional da área da saúde esteja preparado ao se deparar com pacientes que venham a ser internados com infecção ou que estejam suscetíveis

a adquirirem durante a internação ou a realização de qualquer procedimento invasivo. Meu trabalho como supervisora da CCIH na Unidade de Pronto Atendimento UPA Araçagy, me fez perceber através de indicadores analisados mensalmente, a importância de trabalharmos com o aperfeiçoamento do nível de conhecimento dos demais enfermeiros sobre as Infecções Hospitalares, já que nas Unidades de Pronto Atendimento temos o primeiro contato com os pacientes, e identificar os primeiros sinais e sintomas, é de total importância para o prognóstico favorável dos pacientes.

Diante da afirmativa acima, me veio a necessidade de fazer uma avaliação acerca do nível de conhecimento dos enfermeiros acerca das infecções hospitalares, buscando com isso responder através de pesquisa específica, buscando como resposta para a problemática da pesquisa: qual o nível de conhecimento dos enfermeiros em relação as Infecções Hospitalares (IH's)?

A pesquisa em questão tem como objetivo principal fazer uma avaliação acerca do nível de conhecimento dos enfermeiros acerca das infecções hospitalares. Como objetivos específicos temos: Identificar as principais IH's encontradas nas Unidades de Saúde; Identificar os principais microorganismos que desencadearam as IH's; Identificar os principais antibióticos prescritos para o tratamento das IH's; Avaliar as práticas de precaução e controle utilizadas no combate as Infecções Hospitalares; Investigar de que forma as Unidades de Saúde buscam minimizar a ocorrência das Infecções Hospitalares.

Utilizamos três tipos de pesquisa: na primeira etapa fizemos uma Pesquisa e Revisão Bibliográfica, na segunda etapa fizemos uma Pesquisa de Caso-Controle e por fim fizemos em Estudo de Caso.

Na primeira etapa, a revisão bibliográfica foi realizada em livros, sites de busca convencionais e especializados, revistas, dissertações e artigos científicos em língua portuguesa e inglesa. A seleção teve como critérios de inclusão: artigos que abordaram a Infecção Hospitalar e o Conhecimento do Profissional de Enfermagem sobre o tema; escritos em português ou inglês, por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e outros) publicados no período compreendido entre 2000 e 2018, com citações relevantes de períodos anteriores.

A busca na internet foi realizada no site da Biblioteca Virtual em Saúde do Centro de Documentação Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (BIREME) – a

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) utilizando como descritores: “infecção hospitalar”, “conhecimento”, “cuidados de enfermagem” e “controle de infecção”.

A análise do material bibliográfico (livros, artigos científicos, bases de dados on-line e banco de dissertações) foi realizada em três fases: leitura crítica das informações e dados coletados, seleção e interpretação dos dados e publicações.

Na segunda etapa fizemos uma pesquisa de caso controle, onde avaliei indicadores específicos relacionados a IH, nas Unidades de Pronto Atendimento dos municípios de São José de Ribamar e São Luís.

Na terceira etapa temos o estudo de caso, onde o cenário foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de São José de Ribamar, do Estado do Maranhão, a UPA Araçagy.

Foram utilizados dados coletados em 17 meses, do mês de julho de 2016 a novembro de 2017. Dados esses que eram expostos em relatórios mensais.

Para a coleta de dados foi realizado uma avaliação minuciosa dos indicadores, dividindo-os em categorias, que abordará o uso de antibióticos, tipos de culturas de microorganismos e os tipos de IH presentes na Unidade.

Desta maneira o presente trabalho está estruturado em 6 capítulos, dos quais o primeiro é o presente capítulo introdutório.

No capítulo II falaremos da Infecção Hospitalar, que subdividiremos da seguinte forma: II.1 Definição e Características do tema, sinalizando que as infecções hospitalares tiveram seu auge no início do século XIX, na Áustria, onde eram transmitidas por estudantes de medicina que não higienizavam as mãos (Carraro, 1999). II.2 Incidência e Problemática da Infecção Hospitalar, sendo: II.2.1 A Nível Mundial, II.2.2 A Nível Nacional e II.2.3 A Nível Estadual, onde abordaremos sobre a Organização Mundial de Saúde (OMS) que divulgou no final do ano de 2017 as principais causas de mortes a nível mundial, que dentre elas estavam as Infecções (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Falaremos ainda no capítulo III sobre as Respostas (Organizacionais e de Gestão) à Problemática da Infecções Hospitalares, na qual subdividiremos da seguinte forma: III.1 Nível Mundial, III.2 Nível Nacional, III.3 Nível Estadual, onde mostraremos

que várias são as estratégias desenvolvidas por organizações, com o objetivo de reduzir os casos de IH (Organização Mundial de Saúde, 2017).

No capítulo IV falaremos sobre A Intervenção Especializada dos Enfermeiros: Conhecimentos e Práticas, que abordaremos sobre os Enfermeiros, seus conhecimentos acerca das IH's e as práticas desenvolvidas para o seu controle e prevenção. Nesse capítulo iremos abordar ainda no item IV.1 uma Pesquisa sobre o Nível de Conhecimento dos Enfermeiros acerca das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), realizada de forma informal com alguns enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) dos municípios de São Luís e São José de Ribamar, no estado do Maranhão, onde poderemos ter uma ideia sobre o conhecimento de parte desses profissionais de enfermagem de ensino superior, a acerca das IRAS.

Depois teremos o capítulo V onde abordaremos o Estudo de Caso, que é sobre uma pesquisa que se refere aos resultados da análise dos dados retrospectivos, que foram coletados durante o tempo em que trabalhei como supervisora do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar na Unidade de Pronto Atendimento do Araçagy, nos meses de Julho de 2016 a Julho de 2017.

Por fim o capítulo VI é referente às Considerações finais, onde faremos as considerações sobre toda a dissertação.

II A INFEÇÃO HOSPITALAR

II.1 Definição e Características

Contra a impressão generalizada, as Infecções não são um fenômeno recente, podemos fazer a relação do aparecimento das infecções hospitalares, com o surgimento dos hospitais, data essa aproximada do ano 330 a.C. no Império Romano. Naquela época se tinha nenhuma forma de sistematização da assistência que evitasse os contágios entre os pacientes assistidos, favorecendo dessa forma a disseminação de doenças, especialmente as de caráter infeccioso. O hospital era mais do que local de cura e cuidado, uma fonte de doença e local de morte, pois alojavam pessoas doentes, peregrinos, pobres e inválidos constituindo, inclusive, locais de separação e de exclusão (Oliveira & Maruyama, 2008).

Com o surgimento dos primeiros hospitais nos séculos XVIII e XIX, as Infecções Hospitalares (IH) ganharam maior repercussão, fazendo com que assim a população desse maior atenção a este fenômeno, onde eram destacadas as precárias condições de higiene e os próprios médicos eram responsáveis pela transmissão de inúmeras doenças entre seus pacientes internados (Pascoal, 2017).

A IH teve seu apogeu no início do século XIX, em um Hospital de Viena na Áustria. Onde as mulheres morriam após o parto por terem contraído um mal desconhecido e não existia um diagnóstico completo. Na época pesquisas mostraram que os estudantes de medicina depois de fazerem autópsias examinavam as parturientes sem lavar as mãos ou usarem qualquer tipo de proteção, o que levava à infecção (Pascoal, 2017, p. 04).

Observando o que acontecia no Hospital de Viena na Áustria, o médico Ignaz Semmelweis em 1847, preocupado com o alto índice de mortalidade das parturientes, resolveu tornar obrigatória no dia 15 de maio daquele mesmo ano, a higienização das mãos antes da realização de todos os procedimentos. Tal medida reduziu drasticamente as infecções e mortes no Hospital. É importante destacar que em 1843, o médico Oliver Wendel Holmes fez a mesma observação e relação, porém sem êxito (Oliveira & Maruyama, 2008).

O dia 15 de maio se tornou uma data extremamente importante e significativa, e hoje é incorporada ao Calendário de Saúde, por meio da Lei nº 11.723, de 23 de junho de

2008, onde comemoramos o Dia Nacional do Controle de Infecção Hospitalar (Anvisa, 2019).

Durante a Guerra da Crimeia no final do Séc. XIX (1853 a 1856), a enfermeira britânica Florence Nightingale, ficou conhecida por ser pioneira no tratamento aos feridos. Na época ela encontrou muita resistência para implantar seu trabalho humanizado, principalmente após observar que as casernas onde ficavam os feridos eram mal construídas, superlotadas, o que favorecia a ocorrência de epidemias. As medidas adotadas por ela na prestação da assistência reduziram consideravelmente a mortalidade relacionada as infecções (Cremepe, 2014). Com as ações adotadas por Florence e sua equipe, conseguiram reduzir de 42% para 2,2% a taxa de mortalidade institucional entre os soldados que lutavam na guerra (Araújo *et al.*, 2010).

No Brasil na década 50 do século XX, temos as primeiras referências ao controle da contaminação hospitalar, com vários questionamentos, entre eles as medidas ambientais, práticas relativas aos procedimentos invasivos, esterilização de material hospitalar e o aparecimento de microrganismos resistentes devido ao uso indiscriminado de antibióticos (Oliveira & Maruyama, 2008).

No Brasil, as Infecções Hospitalares ganharam destaque em 1980, após a morte do então presidente da República, Tancredo Neves, que segundo informações morreu de IH, contraída em uma cirurgia (Abih, 2017). Após o ocorrido a mídia e a sociedade ficaram mais atentas quanto aos cuidados prestados, fazendo com que o governo produzisse um material didático e promovesse cursos para o controle desses tipos de infecções (Starling, 2019). Tal acontecimento impulsionou anos mais tarde, em 1983, a publicação da Portaria 196 do Ministério da Saúde, dando ênfase à capacitação de recursos humanos e à obrigação dos hospitais a criarem as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que funcionam até hoje.

O Ministério da Saúde (MS), na Portaria nº 2.616 de 12/05/1998, define IH como a infecção adquirida após a admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (Moura *et al.*, 2017). Algumas Infecções Hospitalares podem ser prevenidas, outras porem, manifestam-se devido às complicações naturais durante a

internação dos pacientes. Dessa forma podemos dizer que algumas infecções hospitalares são evitáveis, outras não (Curso Aprendiz, 2019).

O termo IH, vem sendo substituído por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Infecções Nosocomiais (IN) (Barros *et al.*, 2016), é um constante e grave problema de Saúde Pública, tendo em vista que cerca de 15% dos pacientes no Brasil adquirem uma IRAS (Oliveira *et al.*, 2016), elevando os custos do sistema de saúde pelo aumento do tempo de internação e cuidados adicionais a serem realizados (Oliveira *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as IRAS estão entre as maiores causas de morte e aumento da morbidade entre os pacientes hospitalizados. A cada 100 pacientes internados, estima-se que pelo menos sete em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento irão adquirir IRAS. Na Europa, anualmente, quatro milhões de pessoas adquirem IRAS, ocasionando aproximadamente 37.000 mortes, com um impacto financeiro de sete bilhões de euros. Nos Estados Unidos (EUA) ocorrem cerca de dois milhões de casos e 80.000 mortes por ano, com custo estimado entre 4,5 e 5,7 milhões de dólares. Já no Brasil, a OMS estima que entre 16 a 37 pessoas contraem infecções a cada 1.000 pacientes atendidos. Estimativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), apontam que a taxa média de infecção hospitalar é de 9%, com uma letalidade de 14,35% (Rubin, 2016).

Entre as principais causas de IRAS estão a falta de higienização das mãos, uso indiscriminado de antibióticos, quebra de protocolos assistenciais e contaminações ambientais (Rubin, 2016).

Podemos citar os quatro tipos de IH de maior prevalência nas Unidades de Saúde: Infecção do Trato Urinária, Infecção de Corrente Sanguínea, Infecção de Sítio Cirúrgico e Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica. Para maior entendimento sobre os altos índices de Infecção Hospitalar, detalharemos abaixo cada uma dessas infecções.

Iniciaremos falando da Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das causas de maior prevalência de IRAS nas Unidade de Saúde. É importante destacarmos que a maioria está relacionada à cateterização vesical (Anvisa, 2017).

Infecção de Corrente Sanguínea (ICS), que estão intimamente relacionadas a cateteres (ICSRC), devido aos desfechos desfavoráveis em saúde (Anvisa, 2017).

As Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) são outro tipo de infecção bastante comum nas Unidades de Saúde, principalmente pelo aumento no número de intervenções cirúrgicas (Anvisa, 2017).

A Pneumonia Associadas à Ventilação Mecânica (PAV) podem variar de acordo com a população de pacientes e os métodos diagnósticos disponíveis. Mas vários estudos demonstram que a incidência desta infecção aumenta com a duração da Ventilação Mecânica (VM) (Anvisa, 2017).

II.2 Incidência e Problemática da Infecção Hospitalar

II.2.1 Nível Mundial

Nota-se que as infecções são um grande problema de saúde pública há séculos, porém, a preocupação com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente acompanha a história, mesmo que com timidez. Tendo essa preocupação como ponto de partida a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar esses eventos de infecções como falhas do serviço prestado afirmando, através de pesquisas, que 60% destas podem ser evitadas (Oliveira *et al.*, 2016). É válido lembrar que a meta não é eliminar a infecção, mas sim não permitir que ocorram, investigar os possíveis erros do processo e intervir (Oliveira *et al.*, 2016).

Estudo publicado no ano de 2018 pela European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), estima que cerca de 33.000 pessoas morrem a cada ano na Europa, como consequência direta de uma infecção causada por bactérias resistentes a antibióticos, desses 75% é devido a infecções associadas a assistência prestada pelos profissionais (Cassini, 2018).

Segundo o último inquérito conhecido do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, uma em cada dez pessoas internadas nos hospitais portugueses tinha uma infecção hospitalar, quase o dobro da média dos 30 países avaliados. De resto, quase metade dos perto de 20 mil doentes portugueses estudados estava então a tomar antibióticos (quando a média europeia era de 35,8%). No conjunto das infecções hospitalares, a emergência da *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemes (KPC) é ainda um

problema com pouca visibilidade (1,8%), está até um pouco abaixo da média europeia e muito longe daquilo que se verifica noutros países, como a Grécia (50%) e a Itália (30%). Ainda assim, o coordenador do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, José Artur Paiva, olha para problema com uma certa apreensão, por estarmos a “assistir a uma progressão significativa”, ao passarmos de 0,3%, há três anos, para 0,7%, no ano seguinte, e 1,8%, em 2013 (Santos, 2016).

Em 2005 alguns pesquisadores da Universidade Aga Khan, no Paquistão, através de estudos, relataram que os países considerados pobres, tem 20 vezes mais IRAS que os demais países. Os maiores atingidos seriam os recém-nascidos, principalmente pela falta de higiene nas salas de parto e no atendimento pós-natal. Os índices de IRAS em neonatos chegam a atingir 70%, correspondendo a um terço da mortalidade infantil no mundo, contabilizando 1,6 milhão de mortes de bebês nos países por ano (BBC Brasil, 2005).

Indicadores referente a América Latina, mostram que 60,3% dos pacientes de UTIs têm infecções, dados esses que são maiores do que os apresentados a nível mundial, que mostram uma média de 51,4% (Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2015).

A Sociedade Brasileira de Clínica Médica (2015) destacou um estudo realizado em 13.796 pacientes adultos internados em 1.265 unidades de terapia intensiva de 75 países, em todos os continentes, no ano de 2007, que forneceram os seguintes dados em relação aos índices de IH:

- ✓ América do Norte – 48,4%;
- ✓ América Latina – 60,3%;
- ✓ Europa Ocidental – 49%;
- ✓ Europa Oriental – 56,4%;
- ✓ África – 46,1%;
- ✓ Ásia – 52,6%;
- ✓ Oceania – 48,2%.

A problemática das IRAS está presente em nosso meio desde os tempos remotos, e mesmo no século XXI ainda se busca alcançar medidas que possam ser usadas para preveni-las e controlá-las, principalmente pelos impactos causados a população em geral, com o aumento cada vez mais crescente em relação a morbidade e mortalidade, no tempo de

internação e nos custos com procedimentos diagnósticos e terapêuticos, sem esquecer que afeta diretamente a família e a comunidade (Oliveira, *et al.*, 2009).

A realidade mundial mostra que as IRAS geram um grande impacto na saúde, muitas vezes devido à ausência ou inadequação das medidas de prevenção e controle (Oliveira, *et al.*, 2009).

Dados referente a estudo realizado em Portugal, mostrou a prevalência das ITUs são do sexo feminino, dos 385 exames de uroculturas positivas, 334 (86,75%) pertenciam a indivíduos do sexo feminino e 53 do sexo masculino (13,25%) (Anvisa, 2017).

Em relação a PAV o índice de mortalidade global varia de 20 a 60%, algumas estimativas da mortalidade atribuída a esta infecção variam nos diferentes estudos, mas aproximadamente 33% dos pacientes com PAV morrem em decorrência direta desta infecção (Anvisa, 2017).

Já em relação aos dados referentes aos índices de ICSRC, a International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC), que inclui 43 países em desenvolvimento, apontam uma mortalidade de cerca de 17% (Anvisa, 2017).

As complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico são ISC, que podem ocorrer em cerca de 3 a 20%, por este motivo são consideradas eventos adversos frequentes, decorrente da assistência à saúde dos pacientes, ameaçando dessa forma sua segurança. ISC foi considerada como a IRAS mais comum e de maior custo, em países em desenvolvimento, só nos EUA, estima-se a ocorrência de 150.000 a 300.000 ISC que são responsáveis por 8.205 óbitos anuais (Anvisa, 2017).

A World Health Organization (2020), informa que a Unidade Global de Prevenção e Controle de Infecção (IPC) da OMS, lidera uma nova abordagem para fortalecer a capacidade nacional e internacional, melhorar as práticas e o comportamento para tornar a assistência à saúde mais segura e livre de infecções evitáveis. Para apoiar os Estados Membros, a equipe colabora com outros para produzir e adaptar as principais estratégias, diretrizes, ferramentas e outros recursos, como:

- ✓ Higiene das mãos;
- ✓ Infecções de sítio cirúrgico;
- ✓ Segurança de injeção;
- ✓ Componentes principais para IPC;

- ✓ Foco na resistência antimicrobiana.

Observamos que muitas são as medidas tomadas em todo o mundo na corrida para controlar e prevenir as infecções hospitalares, mas percebemos também que muito ainda tem que ser feito. As infecções estão entre as maiores de causas de mortalidade no mundo e só conseguiremos realmente mudar toda essa realidade se levarmos a educação para todos os lugares, principalmente os mais carentes.

II.2.2 Nível Nacional

No Brasil, estima-se que a taxa de infecções hospitalares atinja 14% das internações, de acordo com o Ministério da Saúde. As ações de controle de infecção hospitalar em escala nacional são coordenadas pela Anvisa. Os hospitais, tanto da rede pública quanto privada, precisam notificar a agência sobre os casos e estados e municípios desenvolver ações de prevenção e controle. A agência é responsável pelo Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Agência Brasil, 2019).

A maior e principal das ações de prevenção e controle é a higienização das mãos para evitar passar uma infecção entre os pacientes ou entre os profissionais de saúde, explica a gerente de vigilância e monitoramento em serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Siqueira, 2019).

Outros fatores citados pela gerente como importantes na prevenção ao problema é a higienização dos ambientes onde estão os pacientes, dos leitos, isolar aqueles que já estão contaminados e a aplicação de protocolos de prevenção. O infectologista Adelino Freire Júnior, que coordena o controle de infecções do Hospital Felício Rocho, também destaca a higienização das mãos como “pedra fundamental” para o controle das infecções. “Ainda temos um número de higienização das mãos abaixo do que gostaríamos. É um método simples, barato, eficiente e ainda muito negligenciado”. Segundo ele, é preciso reforçar as ações de conscientização junto aos profissionais de saúde com ações como o Dia Nacional do Controle das Infecções Hospitalares (Siqueira, 2019).

Evitar as infecções em ambiente hospitalar se torna cada dia mais importante no atual contexto das bactérias multirresistentes a antibióticos. Esse é o desafio mais difícil de ser conquistado porque as infecções hoje são cada vez mais difíceis de serem tratadas. As drogas são mais tóxicas, com mais efeitos colaterais e menos eficientes. As infecções por esses germes multirresistentes tem impacto muito grande em aumento de mortalidade (Siqueira, 2019).

O Ministério da Saúde em 2018, informa que as infecções são provocadas por micro-organismos que se aproveitam de fragilidades no sistema imunológico de quem está em tratamento hospitalar. Entre os tipos mais comuns estão as infecções urinária e na corrente sanguínea associadas ao uso de cateter e a pneumonia associada à ventilação mecânica.

II.2.3 Nível Estadual

Objetivando reduzir a incidência dessas infecções, o Ministério da Saúde do Brasil criou a Portaria nº 2.616/98 que obriga a implantação de uma Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) dentro das Unidades Hospitalares, para deliberar conjuntos de ações e educar permanentemente a equipe a fim de prevenir e controlar as IRAS, e está por sua vez deve implementar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) (Oliveira *et al.*, 2016).

A primeira tentativa do governo foi em 1970, quando o extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) propôs a criação da CCIH nos hospitais que eram credenciados a ele, mas somente catorze anos mais tarde, em 1984, que começaram a criar as legislações sobre o assunto, quando o então presidente da república eleito Tancredo de Almeida Neves, como referido na secção anterior, morre em decorrência de uma infecção contraída em uma cirurgia levando a mídia e a sociedade a ficarem mais atentas quanto aos cuidados prestados e o governo a produzir material didático e cursos para o controle desses tipos de infecções, daí então a passos lentos foram sendo promulgadas legislações tratando a infecção hospitalar como um fato indesejável, como consta também na Portaria mais recente datada de 12 de maio de 1998 (Oliveira *et al.*, 2016).

Quando descobriram os antibióticos, os médicos começaram a utilizá-los indiscriminadamente em suas terapias, pois com essa descoberta acharam que tinham se livrado das infecções até que foram registrados logo em seguida as primeiras resistências bacterianas (Guimarães *et al.*, 2010).

Para termos um panorama menos abrangente, iremos destacar as principais IH de maior prevalência nas Unidades de Saúde, de forma individual

As ITUs são responsáveis por 35-45% das IRAS em pacientes adultos, com densidade de incidência de 3,1-7,4/1000 cateteres/dia (Anvisa, 2017). Dados epidemiológicos mostram que em todo o mundo, cerca de 150 milhões de pessoas são diagnosticadas com ITU por ano. Dados referentes ao Brasil, informam que as ITU são consideradas as mais comuns das infecções bacterianas, acometendo 80 em cada 1.000 pacientes durante as consultas clínicas. Poucos são os dados em relação aos índices de ITU no estado do Maranhão (MA), mas estudo realizado mostrou que o microorganismo de maior prevalência nas ITUs é a *Klebsiella pneumoniae*, estando presente em 90% dos casos (Oliveira & Santos, 2018).

Os dados epidemiológicos sobre a PAV nos hospitais brasileiros ainda são imprecisos, pois os dados epidemiológicos encontrados não são dados nacionais. A notificação da PAV ocorridas nas UTIs brasileiras, tornou-se obrigatória a partir do ano de 2017, o que irá possibilitar a publicação dos dados epidemiológicos nacionais (Anvisa, 2017). No estado do Maranhão, temos dados do ano de 2010, em uma pesquisa realizada na UTI do Hospital Municipal do município de Imperatriz, onde mostra que a PAV teve índices de 14,7% das infecções adquiridas naquele período (Hespanhol, 2019).

Em nosso país, o estudo Brazilian SCOPE (Surveillance and Control of Pathogens of Epidemiological Importance) encontrou 40% de taxa de mortalidade entre pacientes com ICS (Anvisa, 2017). Não temos dados referente aos índices de ICSRC no estado do Maranhão.

No Brasil, não existe dados fidedignos, porem elas são apontadas em terceiro lugar entre o conjunto das IRAS, estando presentes em, aproximadamente, 14% a 16% dos pacientes hospitalizados (Anvisa, 2017). Em relação aos dados do estado do Maranhão, não foram encontrados valores referentes às ISCs.

Em relação ao Brasil, a problemática está diretamente ligada ao aumento dos custos do tratamento dos clientes, o que interfere diretamente na assistência prestada, já que os índices de IRAS no país permanecem altos, em média 15,5%, o que corresponde a 1,18 episódios de infecção por cliente internado nos hospitais brasileiros (Moura *et al.*, 2017). No estado do Maranhão, podemos dizer que a problemática é muito relacionada aos demais estados do país, os altos custos no tratamento e a ausência na adesão as medidas de prevenção e controle das infecções.

No estado do Maranhão, assim como os demais do Brasil, Programas de Controle e Prevenção de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) são exigidas por lei ao passo que seu processo de trabalho é regulamentado por Portaria, porém as avaliações desses programas se resumem às taxas de ocorrências e prevalência de IRAS, sem lançar mão de ferramentas que forneçam dados de intervenções para melhorias de ações proativas, muitas Unidades de Saúde encontram muitas dificuldade na implantação desses programas, o que dificulta o trabalho de prevenção e controle das IRAS (Oliveira *et al.*, 2016).

Abaixo citarei as principais dificuldades encontradas pelas Unidades de Saúde nos estados do Brasil, acarretando dessa forma o aumento da problemáticas em relação as IRAS:

- ✓ Uso indiscriminado de antimicrobianos;
- ✓ Superlotação e carga de trabalho;
- ✓ Uso de adornos;
- ✓ Falta de adesão aos protocolos;
- ✓ Estresse e desmotivação.

Com a descoberta dos antibióticos veio a crença em que as infecções deixariam de existir, isso fez com que os médicos lançassem mão desses medicamentos indiscriminadamente, consequentemente agravando o problema, pois se depararam com a resistência bacteriana (Santos, 2019). Após se tornar um problema de saúde pública mundial, essa incidência se tornou um alvo de planos e ações de instituições nacionais e internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Centro de Controle de Doenças (CDC), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre outros (Oliveira *et al.*, 2009).

Os desafios que envolvem as IRAS continuam aumentando, pois um de seus fatores de risco é o uso indiscriminado de antimicrobianos, assim, selecionando os microrganismos resistentes (Araújo *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2009), reflexo de falta de conformidade com protocolos/recomendações por parte dos profissionais durante suas ações (Oliveira *et al.*, 2009).

Outro fator importante é o grande número de pacientes internados nas Unidades de Saúde, espaço físico inadequado e elevada carga de trabalho, que contemplam a relação do que dificulta a prevenção e o controle das IRAS (Araújo *et al.*, 2010). Em um estudo o qual realizou uma pesquisa de campo, alguns profissionais relataram em questionário de perguntas abertas que a superlotação de pacientes na Unidade dificultava a qualidade da assistência, bem como também a redução do quadro funcional que acarretava em uma sobrecarga de trabalho e aumento da quantidade de pacientes destinados a cada membro da equipe de enfermagem (Guimarães *et al.*, 2010).

Um dos fatores citados pelos pesquisadores que atrapalha o processo de prevenção e controle das IRAS nas Unidades de Saúde, é o uso de adornos, joias e celulares. Por orientação da ANVISA o profissional da assistência deve retirar todo e qualquer adorno por serem comprovados veiculadores de microrganismos (Guimarães *et al.*, 2010).

Dos fatores diretamente relacionados a problemáticas das IRAS, citamos os problemas enfrentados pela CCIH, como a dificuldade de adesão dos profissionais aos protocolos, como por exemplo, normas quanto ao uso do jaleco: frequência e local da lavagem, uso do mesmo jaleco em diferentes setores e em outras unidades podem facilitar a contaminação cruzada entre diferentes pacientes e o transporte de microrganismos de um ambiente para outro. Como visto em um dos estudos, na maioria das vezes o profissional não tem consciência da importância do jaleco frente à prevenção de infecções durante a assistência (Oliveira *et al.*, 2009). Também se faz necessário as indicações adequadas para a utilização de cateteres, o uso correto da técnica para inserção deste, levando em conta a assepsia do procedimento e de seu curativo, uso de equipamento de proteção individual (EPI) pelo profissional e cuidado com o ambiente como a limpeza de superfícies rotineiramente e desinfecção de artigos não críticos (Oliveira *et al.*, 2016), por exemplo, o uso do álcool 70% para desinfecção de materiais e superfícies é uma ação efetiva para tal fim (Guimarães *et al.*, 2010).

E dentro de todo esse rol de fatores relacionados ao que dificulta o processo de controle das IRAS, em um estudo foi citado estresse e a desmotivação pessoal tomando por base a falta de motivação do profissional de saúde, as dificuldades pessoais em lidar com situações limites, as limitações institucionais e o uso intuitivo da relação de ajuda (Araújo *et al.*, 2010).

Como visto acima, muitas ainda são as dificuldades encontradas no controle e prevenção das IRAS, principalmente quando se reflete no nível de entendimento dos próprios membros da equipe de assistência prestada. Infelizmente não é difícil perceber que muitos dos colaboradores das Unidades de Saúde, não se preocupam em adotar medidas necessárias para esse controle. Enfatizamos que essa é uma realidade da maioria dos estados do Brasil, não sendo diferente no estado do Maranhão.

III RESPOSTAS (ORGANIZACIONAIS E DE GESTÃO) À PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR

III.1 Nível Mundial

São muitos os desafios enfrentados pelas Unidades de Saúde para prevenir os danos aos usuários e os prejuízos associados aos processos ou estruturas da assistência. É cada vez mais necessário a atualização de protocolos específicos de critérios diagnósticos e medidas de prevenção para a redução das IRAS (Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde), que consistem em eventos adversos (Anvisa, 2017).

O fim das IRAS é uma tarefa impossível tendo em vista que sua manifestação está intimamente ligada com a defesa do sistema imunológico de um paciente que se encontra em desequilíbrio no seu processo doença, porém a profilaxia tem ajudado bastante a reduzir esses fatos (Martinez & Mon, 1999). Todavia, os profissionais que trabalham direta ou indiretamente com pacientes ainda têm muitas dificuldades quanto ao controle das IRAS, mesmo com o avanço do conhecimento (Oliveira *et al.*, 2009).

A partir do século XX os serviços de saúde passaram a ser avaliados com paradigmas mais exigentes quanto intercorrências infecciosas aumentando a competitividade entre as organizações, em contrapartida elevou custo da assistência à saúde, aumentaram os processos judiciais por erros médicos e a exigência por parte dos usuários (Hespanhol, 2019). Por conseguinte, hoje para um serviço de saúde de uma instituição ser considerado de qualidade tem como um dos principais indicadores o controle das infecções hospitalares, sendo um grande desafio para toda equipe de saúde (Padoveze & Fortaleza, 2014).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a Aliança Mundial para Segurança do Paciente tendo como uma de suas metas internacionais a redução do risco de infecção associada ao cuidado de saúde visando favorecer a segurança do paciente independentemente do tipo de cuidado dispensado (Oliveira *et al.*, 2009).

Medidas de precaução são tomadas na tentativa de manter um controle como: uma triagem adequada na admissão do paciente e respectiva classificação do mesmo baseado

no processo de transmissão, treinamento dos profissionais de saúde, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), gerenciamento de resíduos, uso de normas de biossegurança, precaução quanto ao uso de antibióticos (Padoveze & Fortaleza, 2014). Entretanto, com todo esse cuidado, muitas vezes, a equipe acaba por tanger o paciente como pessoa o dividindo em especialidades e apenas realizando ações mecânicas e a equipe, que é multiprofissional, deixa de ser uma equipe realizando trabalhos de maneira individualizada e sem conexão de um com o outro (Araújo *et al.*, 2010).

Como já falado as infecções hospitalares são problemas desafiadores na saúde, devido a sua taxa de mortalidade nos hospitais, dessa forma dificultando o trabalho da equipe e trazem grande risco à saúde, tanto dos pacientes quanto dos profissionais. Pensando nisso, foram criadas várias práticas que auxiliariam na prevenção e controle dessas infecções, que são elas (CEEN, 2020):

✓ **Higienização das mãos com frequência**

Hábitos primários de higienização, como a limpeza correta das mãos, é uma etapa fundamental para evitar a transmissão de infecções sérias e problemáticas (CEEN, 2020).

✓ **Realização de precauções de contato**

Investir nas precauções de contato é outra forma altamente eficaz para garantir que as infecções hospitalares diminuam. Nesse caso, a ação deve ser realizada para todos os pacientes, tanto em isolamento quanto nos quartos (CEEN, 2020).

✓ **Utilização de roupas certas**

Investir no uso de equipamentos individuais, como máscaras, luvas, escudo facial, óculos protetores, gorro e jaleco diminui a chance da transmissão por contato e facilita a higienização no dia a dia (CEEN, 2020).

✓ **Seguir os protocolos de limpeza local**

Importante seguir as regras de higienização, às ações padronizadas do seu ambiente de trabalho e às orientações dos gestores de saúde. Assim, você garante um bom trabalho, favorecendo o aumento dos níveis de qualidade de serviço (CEEN, 2020).

✓ **Esterilização dos materiais**

Assim como a lavagem das mãos é um ato imprescindível, a esterilização dos materiais complementa a sua ação. Atualmente, todos os estabelecimentos de saúde precisam ter um Centro de Materiais e Esterilização (CME), responsável pelo acompanhamento dos procedimentos cirúrgicos para garantir qualidade das técnicas invasivas e dos cuidados pós-cirúrgicos (CEEN, 2020).

III.2 Nível Nacional

Medidas de precaução são tomadas na tentativa de manter um controle como: uma triagem adequada na admissão do paciente e respectiva classificação do mesmo baseado no processo de transmissão, treinamento dos profissionais de saúde, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), gerenciamento de resíduos, uso de normas de biossegurança, precaução quanto ao uso de antibióticos (Padoveze & Fortaleza, 2014). Entretanto, com todo esse cuidado, muitas vezes, a equipe acaba por tanger o paciente como pessoa o dividindo em especialidades e apenas realizando ações mecânicas e a equipe, que é multiprofissional, deixa de ser uma equipe realizando trabalhos de maneira individualizada e sem conexão de um com o outro (Araújo *et al.*, 2010).

Abaixo citarei as principais medidas utilizadas pelas Unidades de Saúde nos estados do Brasil, de acordo com as literaturas nacionais pesquisadas:

- ✓ Higienização das mãos (Guimarães *et al.*, 2010);
- ✓ Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (Barros *et al.*, 2016);

- ✓ Serviço de Educação Permanente em Saúde / Orientações (Padoveze & Fortaleza, 2014);
- ✓ Auditoria dos Serviços de Prevenção e Controle de IRAS (Guimarães *et al.*, 2010).

Em estudos fora comprovado que a lavagem correta das mãos antes e depois da manipulação de algum paciente é a melhor maneira de prevenção contra as IRAS sendo visto como o melhor método que irá interromper uma transmissão de contato de agentes microbianos resistentes, lembrando do uso do álcool 70% em tal prática (Guimarães *et al.*, 2010). Importante saber que uso de luvas não substitui essa ação (Padoveze & Fortaleza, 2014).

Já em relação à CCIH, o serviço é de extrema importância, pois é responsável pela prevenção e o controle das IRAS nas Unidades de Saúde, sendo o serviço independente e ligado diretamente à Direção Clínica (Martinez e Mon, 1999). O maior problema enfrentado pelas Comissões é que o enfermeiro que deveria se dedicar exclusivamente a esse setor tem que exercer outra função na Unidade, o que acontece com muita frequência, prejudicando o seu desempenho (Barros *et al.*, 2016). O enfermeiro da CCIH deve conhecer e ter habilidades para a promoção de atividades educativas e avaliar os procedimentos dos demais profissionais da assistência, porém quando ele é obrigado a exercer outro tipo de atividade, acumulando funções, presta um serviço de má qualidade ou até mesmo deixa de prestar o serviço, tornando o controle de infecções uma desorganização (Barros *et al.*, 2016). Ainda falando em dificuldades enfrentadas pelas Comissões, existe uma limitação para a sua integração com outros setores, tornando inválida a elaboração e a implementação das medidas de combate das infecções, assim como a não aceitação de algumas rotinas por parte da própria Gestão das Unidades (Barros *et al.*, 2016).

A Educação Permanente em Saúde e as orientações em saúde aos profissionais, em especial à equipe de enfermagem, e aos acompanhantes/visitantes também se enquadra no rol de medidas de precaução das IRAS e reduz o estresse causado pela hospitalização porque haverá mais participação dos familiares durante o tratamento aumentando o vínculo destes com o paciente (Padoveze & Fortaleza, 2014). O grande problema envolvido nesse processo de orientação em saúde é o não entendimento dos familiares quanto aos fatores de

risco (Guimarães *et al.*, 2010). O enfermeiro, por ser o mais próximo e ter maior contato com o paciente, é o principal veiculador de infecções, logo deve passar constantemente por orientações a fim de aumentar seu conhecimento no que tange esse assunto para criar consciência da sua importância no processo de prevenção e controle de IRAS (Araújo *et al.*, 2010) e participar da elaboração de políticas que viabilizem esse processo (Barros *et al.*, 2016).

Adentrando ao processo de Auditoria em Saúde, enfatizamos que também é de extrema importância que a educação permanente seja direcionada também aos alimentadores do sistema para uma aquisição de dados confiáveis, que não pode se ater a ações isoladas, como apenas a obtenção de dados, pois suas intervenções devem ser amplas e educadamente pensadas para que seja criado um ciclo de melhoria contínua (Guimarães *et al.*, 2010). Importante destacar que Auditoria em Saúde objetiva buscar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, com isso transforma o processo de trabalho avaliando os aspectos qualitativos, quantitativos, organizacionais, operacionais e financeiros, todos relacionados à assistência em saúde (Santos, 2019).

Procedimentos realizados de forma que ultrapassam os protocolos de prevenção de controle de infecções ainda acontecem com muita frequência nas Unidades de Saúde. O enfermeiro deve como profissional ter mecanizado em si as ações assépticas em sua assistência, realizar uma boa esterilização de materiais treinar sua equipe e acompanhante, principalmente realizar uma higienização das mãos de forma correta a fim de proporcionar um ambiente favorável à recuperação do paciente (Padoveze e Fortaleza, 2014). A interação entre os diferentes olhares respectivos a cada profissão na assistência é muito importante quando se fala em IRAS, pois cada uma tem sua forma de abordagem (Araújo *et al.*, 2010).

No Brasil as IRAS são um grave problema para a saúde da população, como já citado nas seções anteriores. Os custos relacionados com o tratamento e pelo aumento da permanência nos hospitais, estão cada vez maiores, sem contar com a morbidade e mortalidade (Neves *et al.*, 2019).

A preocupação com as IRAS e em manter a prevenção e o controle delas é algo que surgiu na década de 60, no Brasil, com a criação da primeira CCIH brasileira, no Hospital Ernesto Dornelles, em Porto Alegre-RS, em 1963 (Neves *et al.*, 2019). Desde então, muitas Unidades de Saúde possuem a CCIH, porém o trabalho desenvolvido pelas comissões

deixa muito a desejar, seja não adequação conforme portaria no Ministério da Saúde, ou pela falta de conhecimento dos profissionais.

As IRAS, torna-se objeto de ações governamentais com a publicação das Portarias de Nº 196/83, 930/92 e 2.616/98 do Ministério da Saúde (MS) que normatizam e regulamentam medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar. A Portaria do MS nº 196, de 24 de junho de 1983, instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país, independentemente de sua natureza jurídica, o que já foi citado nesse trabalho. A Lei Federal 9.431, de 06 de janeiro de 1997, torna obrigatória a manutenção de um programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País e a Portaria 2616/98 expediu em forma de anexos, diretrizes e normas para a prevenção e o controle de Infecções Hospitalares (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2019).

Em 2000, no Paraná, em consonância com o Ministério da Saúde, foi publicada a Resolução Estadual 304/00 que instituiu a Comissão Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, que tem por objetivo geral fomentar a criação e organização das Comissões Regionais e Municipais em consonância com a Política Nacional de Controle de Infecção, bem como propor ações que visem a prevenção e a redução da incidência e gravidade das infecções. Atualmente no Estado temos 10 CRECISS (Comissões Regionais), formalmente constituídas e 04 CMUCISS (Comissões Municipais) (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2019, p. 01).

Segundo Neto *et al.*, 2014, as IRAS são um problema de saúde reconhecido há muitos anos e que mesmo nos dias atuais, ainda geram muitos transtornos ao sistema de saúde. Em estudo, realizado em 65 Hospitais do Brasil, a cerca de resistência bacteriana em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), foram observados os seguintes dados:

- ✓ Pacientes Sépticos – mortalidade de 46,6% (243 pacientes);
- ✓ Pacientes em Choque Séptico – mortalidade de 65,3%.

Dados do Ministério da Saúde, mostram que hoje no Brasil, a taxa de IRAS é de 14% das internações (Souza, *et al.*, 2015). É importante destacar que ainda há uma grande problemática na divulgação desses dados, pois muitos dos hospitais não passam as informações referentes aos casos de IRAS. Neves (2019) destacou estudo realizado no ano de 1994, que identificou a porcentagem por região do Brasil, em um total de 1129 pacientes internados, como mostra-se abaixo:

- ✓ Região Sudeste – 16,4%;
- ✓ Região Nordeste – 13,1%;
- ✓ Região Norte – 11,5%;
- ✓ Região Sul – 9%;
- ✓ Região Centro-Oeste – 7,6%.

Muito se observa em relação as IRAS no Brasil, principalmente com o descaso pelas próprias Unidades de Saúde no que se refere em informar dados e da preocupação em adotar medidas que possam minimizar os casos, quando esses forem possíveis de prevenção e controle.

O Ministério da Saúde no Brasil, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que busca contribuir com a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, e é um dos seis atributos da qualidade do cuidado. Este programa tem adquirido grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, pois sua finalidade principal é a de oferecer uma assistência segura (Ministério da Saúde, 2019).

O Paraná em 2009 foi o primeiro Estado brasileiro a implantar um Sistema "Online" de Notificação de Controle de Infecção Hospitalar (SONIH), afim de propiciar maior facilidade e agilidade no envio das fichas de notificação de infecção hospitalar e análise dos dados pelos Hospitais e pelo Departamento de Vigilância Sanitária. O SONIH também representa uma ferramenta extremamente útil aos hospitais notificantes ao calcular os dados de forma automática e possibilitar a criação de um banco de dados próprio para cada CCIH dos hospitais paranaenses. Portanto o sistema SONIH além de ser pioneiro no Paraná, é também no Brasil, pois, o uso da plataforma "web" permite que os dados tabulados automaticamente sejam analisados em "tempo real". Paralelamente a esse programa o LACEN do Estado está participando da Rede de Monitoramento da Resistência Bacteriana e que nessa primeira fase tem ofertado aos laboratórios dos Hospitais Sentinelas do Estado, cepas padrões (ATCC) que são fundamentais para o monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde e que contribuirá para o conhecimento do perfil de sensibilidade dos patógenos nos hospitais direcionando medidas de prevenção (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2019).

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2019), informa que a Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro – CECIH/RJ, conforme estabelecido pela Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998, executa as seguintes ações de controle de IH:

- ✓ Define diretrizes de ação estadual, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;
- ✓ Estabelece normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção hospitalar;
- ✓ Descentraliza as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos Municípios;
- ✓ Presta apoio técnico aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;
- ✓ Coordena, acompanha, controla e avalia as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;
- ✓ Acompanha, avalia e divulga os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;
- ✓ Informa, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

No estado do Acre em 2017, a coordenação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da unidade promoveram ações de orientação e informação sobre medidas de prevenção contra a proliferação de bactérias em ambiente hospitalar, que visava conscientizar os profissionais em saúde do Sistema de Assistência à Mulher e à Criança (SASMC), sobre a importância da prevenção e controle das IH's. O grande objetivo foi ensinar a forma correta de higienização das mãos, principal proliferadora de bactérias em ambiente hospitalar. Para isso, os organizadores escolheram encenar uma peça para, de forma lúdica, mostrar aos presentes como a higiene das mãos pode combater a infecção hospitalar. Além disso, também foram distribuídos panfletos com informações e orientações sobre higienização correta das mãos, infecção

hospitalar e gerenciamento de resíduos. A coordenação da CCIH buscou chamar a atenção dos nossos servidores para a prevenção da infecção em ambiente hospitalar, que tem cura, mas em alguns casos pode levar à morte. Demonstraram que medidas simples, como a correta higienização das mãos, evitam que os pacientes sejam contaminados por bactérias (Notícias do Acre, 2017).

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) lançou em 2015 um pacote de medidas para prevenir a ocorrência de infecções hospitalares na instituição. A iniciativa foi da CCIH e teve como objetivo sensibilizar os profissionais para a importância de ações mais globais de prevenção. A higienização das mãos é fundamental para prevenir as infecções hospitalares, mas ela sozinha não é eficaz. Outras medidas também devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde, como o uso correto dos equipamentos de proteção individual (EPIs). O pacote foi pautado nas Normas Técnicas que já regulavam as ações de prevenção no HC-UFGM e foi implementado por meio da prática educativa da equipe da CCIH com os profissionais do hospital. Além da higienização das mãos e do uso correto dos EPIs, o pacote previa o uso racional de antibióticos, a vigilância das infecções e a limpeza do ambiente (Ventura *et al.*, 2018).

O Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar da Bahia (PECIH-BA) foi implantado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) em 1991, e desenvolve de forma sistemática e gradual, ações destinadas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares, tanto na capital quanto no interior do Estado. A Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH) é responsável pelo desenvolvimento do PECIH, que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções relacionadas à assistência à saúde no Estado da Bahia. A CECIH está inserida na Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA), da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) desde 2007, no Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (NECIH), formalizada através da Portaria Estadual nº 909 de 20 de maio de 2010 e é responsável pelo desenvolvimento das ações destinadas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares, tanto na capital quanto no interior do estado (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2017).

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (2017), destacou as principais ações do Núcleo Estadual de Controle de Infecção, que são:

- ✓ Definir as diretrizes de ação estadual e normas técnicas, em caráter suplementar, baseadas na política nacional de prevenção e controle de infecções;
- ✓ Descentralizar as ações de prevenção e controle de infecções e apoio técnico científico, aos hospitais e municípios;
- ✓ Elaborar e divulgar material educativo sobre Controle de infecção;
- ✓ Atualizar normas e legislação Estadual pertinentes ao controle de infecção;
- ✓ Acompanhar os indicadores de microrganismos no Estado, conforme Portaria Estadual nº 1589/2010;
- ✓ Analisar sistematicamente os indicadores de IRAS e Microrganismos Multirresistentes dos hospitais, serviços de diálise a fim de prevenir surtos;
- ✓ Acompanhar e divulgar dos indicadores epidemiológicos de infecções hospitalares relacionados à assistência prestada pelos serviços de saúde;
- ✓ Acompanhar os indicadores de qualidade, através das autoavaliações realizadas pelos hospitais, conforme Portaria Estadual nº. 1083/01;
- ✓ Realizar inspeção em Serviços de saúde, quando pertinentes ao controle de infecção, utilizando o instrumento de avaliação, conforme Portaria Estadual nº. 1083/01;
- ✓ Realizar as investigações de surtos relacionados à infecção hospitalar;
- ✓ Assessorar tecnicamente as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs) e Comissões Municipais de Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ Realizar ações educativas pertinentes ao Controle de IH para as CCIHs, VISAS municipais, e demais áreas afins, inclusive capacitação dos profissionais, que irão implantar CCIH nos hospitais do Estado;

- ✓ Realizar cursos para capacitar os profissionais, para implantarem CCIH nos hospitais do Estado;
- ✓ Fomentar a implementação do PPCISS nos serviços de saúde;
- ✓ Padronizar os indicadores de infecção no Estado, conforme política nacional;
- ✓ Divulgar alertas técnicos, referentes à infecção;
- ✓ Desenvolver ações conjuntas com as coordenações da DIVISA e parceiros de outras áreas técnicas da Superintendência de Vigilância à saúde- SUVISA e órgãos afins;
- ✓ Incentivar a implantação da CMCIRAS do Estado;
- ✓ Responder demanda do Ministério Público, Ouvidoria do SUS e afins;
- ✓ Pactuar ações pertinentes ao CI em parceria com órgãos competentes referentes: GRSS., qualidade da água, saúde do trabalhador, Segurança do paciente.

Os protocolos de segurança do paciente são fundamentais para uma rápida e eficaz recuperação, minimizando os riscos de infecções. Com a adoção desses processos e diretrizes, três unidades hospitalares da rede pública do Governo do Ceará foram certificadas pela redução de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) na UTI Adulto. O certificado faz parte do Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil. É emitido pelo Hospital do Coração (HCor), em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). O Hospital Regional Norte (HRN), em Sobral, Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM), em Fortaleza, foram reconhecidos por alcançarem as metas para redução das infecções (Secretaria do Estado de Saúde do Ceará, 2019), a seguir.

✓ Hospital Regional Norte

A UTI Adulto do HRN alcançou a meta proposta para três anos, reduzindo em 18 meses a incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IPCSL), confirmada laboratorialmente de 4,11% para 0%. A redução foi de

100%. O setor do Hospital também foi certificado por ter reduzido em 18 meses a incidência de Infecção do Trato Urinário Associado a Cateter Vesical de Demora (ITU-AC) de 3,7% para 0,9%, uma redução da média de 76% de ITU-AC (Secretaria do Estado de Saúde do Ceará, 2019).

Eles contaram com um treinamento realístico que busca garantir como os protocolos funcionam e verificar se estão reduzindo os índices de infecção, buscando as melhores condutas envolvendo toda a equipe multidisciplinar que compõe o quadro profissional da UTI (Secretaria do Estado de Saúde do Ceará, 2019).

✓ Hospital Geral Dr. César Cals

Antes mesmo do prazo definido de 24 meses, o HGCC foi certificado em três categorias por ter atingido as metas pactuadas para a redução de infecções na UTI Adulto. Com o ingresso do HGCC no programa, a UTI passou a trabalhar com pacotes direcionadores que orientam as medidas a serem adotadas para evitar e diminuir essas infecções (Secretaria do Estado de Saúde do Ceará, 2019).

Em relação à infecção do Trato Urinário Associado a Cateter Vesical de Demora, a incidência caiu de 8% para 0%, uma redução de 100% dessa infecção. Quanto à Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, a redução da incidência foi de 32,2% para 8,8%, uma redução total de 72,4%. Quando considerada a Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central, a redução da incidência foi de 9,7% para 2,82%, totalizando 71% de redução. Foram reduzidos os dias que o paciente passa na UTI, aumentando a qualidade de vida no pós-internamento, redução do uso de antibióticos, além dos custos hospitalares, melhorando também a rotatividade dos leitos (Secretaria do Estado de Saúde do Ceará, 2019).

Para chegar a esses resultados, o HGCC intensificou a atuação profissional com a inserção de mais um enfermeiro, médico infectologista, médicos diaristas. Foi montado um time de observação, que diariamente avalia e monitora os itens dos pacotes de diretrizes de manutenção, como elevação de cabeceira, realização de higiene oral, diminuição de sedação, com avaliação das necessidades dos dispositivos invasivos. Além disso, a implantação da visita multidisciplinar conta com a participação de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e

fonoaudiólogo. Outra parte importantíssima diz respeito às visitas estendidas, que trazem uma humanização para UTI, inclusive favorecendo o processo de cura do paciente. Nosso objetivo final é que o familiar da visita estendida participe ativamente dessa linha de cuidados e que isso consiga desdobrar o controle de infecção hospitalar (Secretaria do Estado de Saúde do Ceará, 2019).

✓ Hospital de Messejana

A UTI Respiratória Adulto do HM alcançou a meta proposta para três anos, reduzindo em 18 meses a densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário Associado a Cateter Vesical de Demora (ITU-AC), de 6,61% para 0%. A redução foi de 100%. O setor também foi certificado por ter reduzido no mesmo período, a incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IPCSL), de 1,8% para 0,3% e de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), de 7,2% para 1,2%. Em ambos, a redução foi de 83% (Secretaria do Estado de Saúde do Ceará, 2019).

Entre as ações realizadas que têm reduzido as infecções estão os constantes treinamentos, a implantação de protocolos que normatizam os cuidados com os pacientes e a estruturação de um time de observação, que diariamente avalia e monitora a adesão aos protocolos e aos diversos itens do pacote de diretrizes estabelecidos, como a realização da higiene oral, elevação de cabeceira, diminuição de sedação, entre outros. Foi reduzido os dias de permanência do paciente na UTI e assim, reduziram o uso de antibióticos e os custos hospitalares e consequentemente, aumentaram a rotatividade dos leitos e melhoraram a qualidade de vida dos pacientes (Secretaria do Estado de Saúde do Ceará, 2019).

A Anvisa (2017) publicou as Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, onde informa de maneiras bem ampla, todas as medidas que devem ser seguidas para a prevenção das IRAS, a seguir detalharemos as medidas específicas de prevenção das IRAS de maior prevalência nos Hospitais.

Mesmo com ações governamentais para o controle e prevenção das IRAS muitos hospitais têm dificuldades ou não efetivam tal controle e prevenção. Uma das razões é a falta de infraestrutura suficiente e recursos humanos para atender completamente ao que é exigido pelo Decreto nº 2616/98 que já é visto como antigo pelos especialistas da área (Oliveira *et al.*, 2016).

III.3 Nível Estadual

Já no estado do Maranhão podemos dizer que assim como no Brasil, pouco se sabe em dados fidedignos sobre os índices de IRAS, Rodrigues (2015) mostrou que um estudo realizado em 2006, pela Vigilância Sanitária de São Luís-MA, avaliou os Hospitais da capital, onde: 35,3% eram hospitais privados, 23,5% eram públicos municipais e estaduais, seguindo de 6% públicos federais e 11,7% filantrópicos. Desses 68% dos hospitais tinham CCIH conforme preconiza a Portaria 27 2.616/GM/MS de 12/05/1998; porem apenas 29% das CCIH avaliadas possuíam um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH). Dos Hospitais que possuíam CCIH, apenas 61% realizavam vigilância epidemiológica das IRAS, porem apenas 84% encaminham relatórios com indicadores de IRAS à Vigilância Sanitária Estadual.

Muitas das Unidades de Saúde a nível estadual, possuem um membro da equipe de saúde, que fica responsável pela investigação, controle e prevenção das IRAS, assim como a divulgação de dados epidemiológicos sobre os casos apresentados mensalmente. Infelizmente alguns dos profissionais que fazem este trabalho, não possuem conhecimento científico e prático, para tal função, o que reflete diretamente no número de casos de IRAS, a falta de medidas apropriadas no controle e prevenção e na falta de dados epidemiológicos concretos.

A existência da CCIH na instituição de saúde não significa garantia de proteção para os usuários e funcionários, pois muito se observa, principalmente em hospitais públicos, a carências materiais e humanas, sendo que tais influenciam diretamente no funcionamento das mesmas. É necessário que a CCIH funcione de maneira adequada já que mesmo sendo atuante a mesma enfrenta vários problemas devido à complexidade do serviço (Neto *et al.*, 2014).

A CCIH é composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados e nomeados pela Direção do hospital. Os componentes da CCIH agrupam-se em dois tipos: *membros consultores* e *membros executores*. O presidente da CCIH poderá ser qualquer um de seus membros, indicado pela Direção. Os membros consultores deverão incluir representantes dos seguintes serviços: médico, enfermagem,

farmácia, laboratório de microbiologia e administração. Em instituições com número igual ou menor que 70 leitos, a CCIH pode ser composta apenas por 01 (um) médico e 01 (um) enfermeiro. Os membros executores representam o *Serviço de Controle de Infecção Hospitalar* (SCIH) e são eles os responsáveis diretos pela execução das ações do PCIH. É recomendável que pelo menos 01 (um) membro executor seja um profissional de enfermagem (Fiocruz, 2020).

Das competências da CCIH, podemos citar:

- ✓ Elaborar, implementar e monitorar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica para monitoramento das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- ✓ Implementar e supervisionar normas e rotinas, visando a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- ✓ Promover treinamentos e capacitações do quadro de profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, através de Educação Continuada;
- ✓ Participar, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, da elaboração de políticas de utilização de antimicrobianos, saneantes e materiais médico-hospitalares, contribuindo para o uso racional destes insumos;
- ✓ Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas imediatas de controle e contenção;
- ✓ Elaborar, implementar e supervisionar normas e rotinas objetivando evitar a disseminação de germes hospitalares, por meio de medidas de isolamento e contenção;
- ✓ Elaborar, implementar, divulgar e monitorar normas e rotinas visando a prevenção e o tratamento adequado das infecções hospitalares;
- ✓ Elaborar e divulgar, periodicamente, relatórios dirigidos à autoridade máxima da instituição e às chefias dos serviços, contendo informações sobre a situação das infecções relacionadas à assistência à saúde na instituição.

No mês de junho desse ano, experiências exitosas na implantação da Estratégia Multimodal para a Melhoria da Higiene das Mãos, foram apresentadas por hospitais da rede privada e pública integrantes do programa nacional, que tem como objetivo a melhoria da higienização das mãos em serviços de saúde do país visando a diminuição das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). O projeto é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com coordenação estadual da Vigilância Sanitária da SES (Secretaria de Estado da Saúde) (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2019).

O projeto teve início com a adesão de 21 hospitais com UTI, dos quais 14 seguem de forma ativa na estratégia. A higiene das mãos é a principal medida eficaz para prevenção das infecções relacionadas à assistência em saúde. Ainda há falhas nesse processo de higienização e uma baixa adesão pelos profissionais, isso implica da infecção e resistência microbiana (Santos, 2019).

A estratégia envolve cinco componentes: mudança de sistema, envolvendo a disponibilização da preparação alcoólica no ponto de assistência e acesso à água corrente; capacitação dos profissionais; observação das práticas de higiene das mãos e retorno de indicadores de adesão à equipe; fixação de lembretes e cartazes no local de trabalho e estabelecimento de um clima institucional seguro, com obtenção do apoio expresso de gestores e líderes (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2019).

Com essas informações constatamos que muito ainda tem que ser feito e que é fundamental que os profissionais de saúde e gestores, entendam da importância da prevenção e controle das IRAS, assim como da divulgação dos casos, para que se possa criar medidas mais eficazes em relação a elas, o que diminuiria a morbidade e mortalidade. O principal objetivo na obtenção dessas informações referente as IRAS é promover a melhoria contínua, direcionando estratégias de prevenção e controle de infecções (Anvisa, 2017).

IV A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DOS ENFERMEIROS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS

Nos serviços de saúde as infecções são consideradas problemas de saúde pública, devido à sua importante incidência e influência nas taxas de letalidade, especialmente nos hospitais. Apesar de tantos exemplos, como as infecções pós-cirúrgicas, transmissão da hepatite B, do herpes simples, entre tantas outras, os profissionais da área de saúde responsáveis pela prevenção e controle nem sempre estiveram conscientes disso e nem propensos a seguir de forma correta os passos necessários para eliminar e diminuir os riscos para seus pacientes e para si próprios e sua equipe (Carvalho *et al.*, 2009).

Trabalhar com pacientes diagnosticados com Infecção é sempre uma caixinha de surpresa, principalmente no que diz respeito à origem dessa infecção. Muitas das vezes proveniente de Instituição Hospitalares, em uso de vários antibióticos, com resistência antimicrobiana, com estágio avançado e em muitos dos casos, o paciente evolui a óbito.

A Enfermagem desempenha um papel importante no controle das infecções, é uma profissão comprometida com a saúde e bem-estar do ser humano e da coletividade, atuando na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação, respeitando os preceitos éticos e legais, visando a promoção do paciente como um todo (Carvalho *et al.*, 2009).

O profissional de enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado do paciente hospitalizado e ao que lhe ocorre, sendo sua responsabilidade muito grande, em face de todos os procedimentos realizados para o restabelecimento de sua saúde. Deste modo é de extrema importância que o enfermeiro trate com rigor todo o seu proceder com o paciente, por meio de avaliações e intervenções que apontem a aceitação positiva ou negativa das manobras realizados.

O primeiro contato com o paciente em muitas das Instituições de Saúde é do enfermeiro, então é de extrema importância que este profissional saiba como conduzir um paciente com suspeita de infecção, pois cada minuto é precioso nos casos desse diagnóstico.

A prevenção e controle da Infecção Hospitalar é de responsabilidade de todos os profissionais que integram a equipe multiprofissional e interdisciplinar. A atuação da equipe de enfermagem nesse processo, em virtude dessa categoria profissional estar em constante contato com os usuários e ser a categoria que representa aproximadamente 60% do quadro de pessoal da Instituição, é de suma importância (Monteiro & Pedroza, 2015).

Observamos com frequência que muitos dos profissionais colocam total responsabilidade em relação ao controle das Infecções Hospitalares aos membros da CCIH, porém é sempre bom lembrarmos que essa é uma responsabilidade de todos os profissionais que estão em contato direto e indiretos com os pacientes, assim como os seus acompanhantes.

O papel da equipe de Enfermagem no controle da Infecção Hospitalar está presente desde o início de suas descobertas. Florence Nightingale mostrava grande preocupação com esse problema e foi durante a Guerra da Criméia que ela implantou e padronizou procedimentos de cuidados de enfermagem voltados à higiene e limpeza dos hospitais, introduzindo principalmente técnicas de antisepsia (Giarola *et al.*, 2012).

A Enfermagem é a categoria profissional mais envolvida com os cuidados ao paciente, direta ou indiretamente, e, conseqüentemente, com a profilaxia e controle de infecções relacionada à assistência, em que a higiene das mãos tem um papel importante.

No que tange ao entendimento dos profissionais de saúde sobre a IH, os estudos revelam que seu controle se dá por meio, principalmente, da paramentação adequada da execução de técnicas e da lavagem de mãos. Outro aspecto que é bastante preocupante saber que na concepção de muitos profissionais o controle da IH é de responsabilidade das CCIH, uma vez que o profissional está se isentando da culpa (Giarola *et al.*, 2012, p. 04).

Como observado acima, Giarola *et al.*, 2012, mostra o que vemos nas Instituições Hospitalares, que a maioria dos enfermeiros controlam e previnem as Infecções por meio da técnica de higienização das mãos, e algo preocupante é que muito dos funcionários acreditam que a responsabilidade pelo controle e prevenção das Infecções é apenas da CCIH, uma vez que está Comissão é direcionada para tal.

O trabalho feito pela CCIH muitas vezes é tido como sem importância por profissionais que não entendem a importância do seu papel, e muitas das vezes até mesmo

por falta de conhecimento em relação a gravidade das Infecções Hospitalares. Muitos enfermeiros não tem o conhecimento necessário e infelizmente esse é um dado alarmante, visto não só na literatura, mas também no dia a dia.

Durante a pesquisa bibliográfica feita, observei que existe pouca literatura que fale do entendimento por parte dos enfermeiros acerca das IRAS e o conhecimento que este profissional tem sobre o tema é reduzido, o que me faz imaginar que em muitas Unidades de Saúde, não sabem os cuidados necessários para conduzir uma paciente com suspeita o diagnóstico confirmado de IRAS.

Colocar a responsabilidade das infecções apenas na comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é muito cômodo, mas devemos sempre entender como profissionais de saúde que somos, que tal responsabilidade é de todos nós, pois os índices de mortalidade em relação as infecções estão aumentando.

Uma pesquisa feita em um Hospital de Pernambuco em 2017, com 40 profissionais de enfermagem, observou-se que dos 10 profissionais de ensino superior, dizem que possuem conhecimento sobre IH, mesmo que alguns não tenham tido treinamento sobre o assunto. 80% dos enfermeiros usam EPI's (equipamentos de proteção individual) e 90% sabem e fazem a higienização das mãos corretamente (Batista *et al.*, 2017).

Dentre as medidas de prevenção das IRAS utilizadas pelos enfermeiros e toda a equipe assistencial, iremos mencionar abaixo as principais formas de prevenção das IRAS que podem ser adotadas diariamente, pois são protocolos avaliados e validados:

✓ **Medidas de Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV)**

Manter decúbito elevado (30-45°)
Adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea
Aspirar a secreção subglótica rotineiramente
Fazer a higiene oral com antissépticos
Fazer uso criterioso de bloqueadores neuromusculares
Dar preferência por utilizar ventilação mecânica não-invasiva

Cuidados com circuitos do ventilador
Indicação e cuidados com os umidificadores
Indicação e cuidados com o sistema de aspiração
Evitar a extubação não programada (acidental) e reintubação
Monitoração da pressão de <i>cuff</i>
Dar preferência a intubação orotraqueal
Cuidado com nebulizadores e inaladores
Sonda enteral na posição gástrica ou pós-pilórica
Processamento de produto de assistência respiratória
Manejo para diminuir o tempo de Ventilação Mecânica

✓ **Medidas de Prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU)**

Criar e implantar protocolos escritos de uso, inserção e manutenção do cateter
Assegurar que a inserção do cateter urinário seja realizada apenas por profissionais capacitados e treinados
Assegurar a disponibilidade de materiais para inserção com técnica asséptica
Implantar sistema de documentação em prontuário das seguintes informações: indicações do cateter, responsável pela inserção, data e hora da inserção e retirada do cateter
Registrar nas anotações de enfermagem ou prescrição médica (o registro deve ser no prontuário do paciente, e em arquivo padronizado para coleta de dados e implantação de melhorias)
Assegurar equipe treinada e recursos que garantam a vigilância do uso do cateter e de suas complicações

Estabelecer rotina de monitoramento e vigilância
Utilizar critérios nacionais para diagnóstico de ITU associada a cateter
Coletar informações de cateteres-dia (denominador)
Calcular o indicador de densidade de ITU associada a cateter
Treinar a equipe de saúde envolvida na inserção, cuidados e manutenção do cateter urinário com relação à prevenção de ITU associada a cateter, incluindo alternativas ao uso do cateter e procedimentos de inserção, manejo e remoção
Após a inserção, fixar o cateter de modo seguro e que não permita tração ou movimentação
Manter o sistema de drenagem fechado e estéril
Não desconectar o cateter ou tubo de drenagem, exceto se a irrigação for necessária
Trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento
Para exame de urina, coletar pequena amostra através de aspiração de urina com agulha estéril após desinfecção do dispositivo de coleta
Manter o fluxo de urina desobstruído
Esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente coletor individual e evitar contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor
Manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga
Não há recomendação para uso de antissépticos tópicos ou antibióticos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral
Realizar a higiene rotineira do meato e sempre que necessário
Não é necessário fechar previamente o cateter antes da sua remoção

✓ **Medidas de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea (ICS)**

Seleção do cateter e sítio de inserção
Preparo da pele
Estabilização
Coberturas
Flushing e manutenção do cateter periférico
Cuidados com o sítio de inserção
Remoção do cateter
Medidas educativas
Inserção
Cobertura, fixação e estabilização
Manutenção
Troca/remoção
Não utilizar cateter central de inserção periférica (PICC) como estratégia para reduzir o risco de infecção
Utilizar conectores sem agulha

✓ **Medidas de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)**

Antibioticoprofilaxia
Tricotomia
Controle de glicemia no pré-operatório e no pós-operatório imediato

Manutenção da Normotermia em todo perioperatório
Otimizar a oxigenação tecidual no peri e pós-operatório
Utilizar preparações que contenham álcool no preparo da pele
Utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
Utilizar protetores plásticos de ferida para cirurgias do trato gastrointestinal e biliar
Realizar vigilância por busca ativa das ISC
Educar pacientes e familiares sobre medidas de prevenção de ISC
Investigação de portadores nasais de <i>Staphylococcus aureus</i> (OXA-S e OXA-R) no pré-operatório de procedimentos de alto risco: cirurgia cardíaca, ortopédica (implantes)
Atualização constante das práticas pós-anestésicas
Cuidados rigorosos com ferida cirúrgica
Cuidados com drenos
Atualização constante da técnica de higiene das mãos
Avaliação de curativos

Mencionamos acima algumas medidas utilizadas para o controle e prevenção das IRAS, mas é importante lembrar que já foi destacado nesse trabalho que muito ainda precisa evoluir, principalmente quando nos referimos ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação a assistência que deverá ser prestada ao paciente acometido por infecção.

Na secção IV.1 falaremos sobre uma pesquisa informal realizada no ano de 2019, entre os meses de janeiro a junho, com profissionais de enfermagem de ensino superior das Unidades de Pronto Atendimento dos municípios de São Luís e São José de Ribamar. Essa pesquisa vem para demonstrar o que já falamos nesse trabalho, a nível municipal, principalmente confirmando o nível de conhecimento acerca das IRAS e que muitos não entendem ainda da importância de se estudar e capacitar nessa área.

IV.1 Pesquisa sobre o Nível de Conhecimento dos Enfermeiros acerca das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS)

IV.1.1 Introdução/Objetivos

Essa é uma pesquisa informal realizada pela minha pessoa, nos meses de janeiro a junho de 2019, com alguns colaboradores enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento dos municípios de São Luís e São José de Ribamar, no estado do Maranhão, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento de parte desses profissionais de enfermagem de ensino superior, a acerca das IRAS.

IV.1.2 Descrição/Caracterização das Unidades de Pronto Atendimento

Abaixo descreverei cada uma das Unidades de Pronto Atendimento dos municípios de São Luís e São José de Ribamar:

- ✓ UPA Araçagy - inaugurada em 9 de dezembro de 2011, tem 1.340 m² de área construída e seis consultórios divididos entre adultos e pediátricos. Unidade de urgência e emergência tipo III, ela dispõe das especialidades médicas: clínica geral, pediatria, ortopedia, e odontologia de emergência, e segue o sistema de classificação de risco (azul, verde, amarela, vermelha) para as alas de estabilização. Ao todo a unidade conta com 22 leitos: 12 leitos adultos na ala amarela (dois destes leitos de isolamento), e quatro leitos de observação infantil. Outros seis leitos estão dispostos na ala vermelha, que conta com uma estrutura especial de respiradores e equipamentos de monitoramento cardíaco. Realiza ainda exames clínicos laboratoriais e de Raio-X (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2021).
- ✓ UPA Cidade Operária - possui 25 leitos distribuídos entre: 06 leitos de Observação Pediátrica, 14 leitos de Observação Adulta (Sala Amarela) e 05 leitos de Observação Adulta (Sala Vermelha). Possui 02 Consultórios Pediátricos e 03 Consultórios de Clínica Médica e 01 consultório de

odontologia. O atendimento aos pacientes, contamos com o apoio de fisioterapeuta, técnico de radiologia (Raio-x), farmacêuticos, durante 24 horas, além de serviços de exames Laboratoriais. Em situações extremas em que a família ou amigos precisam ser acompanhados o assistente social da unidade assume esse papel (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2021).

- ✓ UPA Itaquí Bacanga - possui 15 leitos distribuídos entre: 03 leitos de Observação Pediátrica, 08 leitos de Observação Adulta (Sala Amarela) e 04 leitos de Observação Adulta (Sala Vermelha). Possui 02 Consultórios Pediátricos e 02 Consultórios de Clínica Médica. O atendimento aos pacientes, contamos com o apoio de fisioterapeuta, técnico de radiologia (Raio-x) e farmacêuticos, durante 24 horas, além de serviços de exames Laboratoriais. Em situações extremas em que a família ou amigos precisam ser acompanhados o assistente social da unidade assume esse papel (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2021).
- ✓ UPA Parque Vitória - inaugurada em 29 de agosto, a unidade conta com um total de 15 leitos divididos nos seguintes setores: quatro leitos estão na ala vermelha, oito na amarela (sendo dois de Isolamento) e três na observação pediátrica. Quanto ao número de consultórios disponíveis a unidade conta dois para clínica médica e dois de pediatria, somando um total de quatro consultórios. Com uma clientela que representa uma média de 400 atendimentos/ dia, conta com uma formação de equipe por plantão composta por cinco médicos de Plantão (dois clínicos, dois pediatras e um médico intensivista) três enfermeiros de plantão dia (um na ala vermelha e amarela, um na classificação de risco e um no acolhimento) e dois a noite (um na ala vermelha e amarela, um na classificação de risco), assistentes sociais (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2021).
- ✓ UPA Vila Luizão - é do tipo III (três médicos clínicos e três pediatras), dispõe de três leitos de observação, 12 leitos de sala amarela infantil, 11 leitos para adultos e 12 salas vermelhas (UTI). Há também eletrocardiograma, laboratório, estrutura para a realização de todos os exames laboratoriais, raio-

X e quatro consultórios médicos, com clínico geral, pediatra e um médico intensivista, que ficará responsável pela sala vermelha (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2021).

- ✓ UPA Vinhais - foi inaugurada no dia primeiro de setembro de 2011. Desde que iniciou suas atividades tem sido um importante estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgência hospitalares, atendendo uma população de cerca de 150 mil pessoas alocadas em bairros ao seu entorno. Localizada próximo ao “Viva do Vinhais”, a unidade que constitui-se em um componente pré-hospitalar fixo, utiliza – se de acolhimento e classificação de risco (azul, verde, amarela, e vermelha) organizando o fluxo para as alas de estabilização. Em suas instalações há 4 consultórios médicos (dois adultos e dois pediátricos), ala amarela para observação com seis leitos adultos, três leitos pediátricos, e um leito individual de isolamento. Na sala vermelha são mais 5 leitos sendo quatro adultos e um pediátrico. Há ainda disponível aos usuários serviços de eletrocardiograma (ECG), exames laboratoriais, e raio-X. A equipe de profissionais por plantão é composta por dois clínicos geral, dois pediatras, e um médico intensivista responsável pela ala vermelha. Conta ainda com serviço de assistência social, limpeza e manutenção garantindo o bom funcionamento e atendimento aos usuários (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2021).

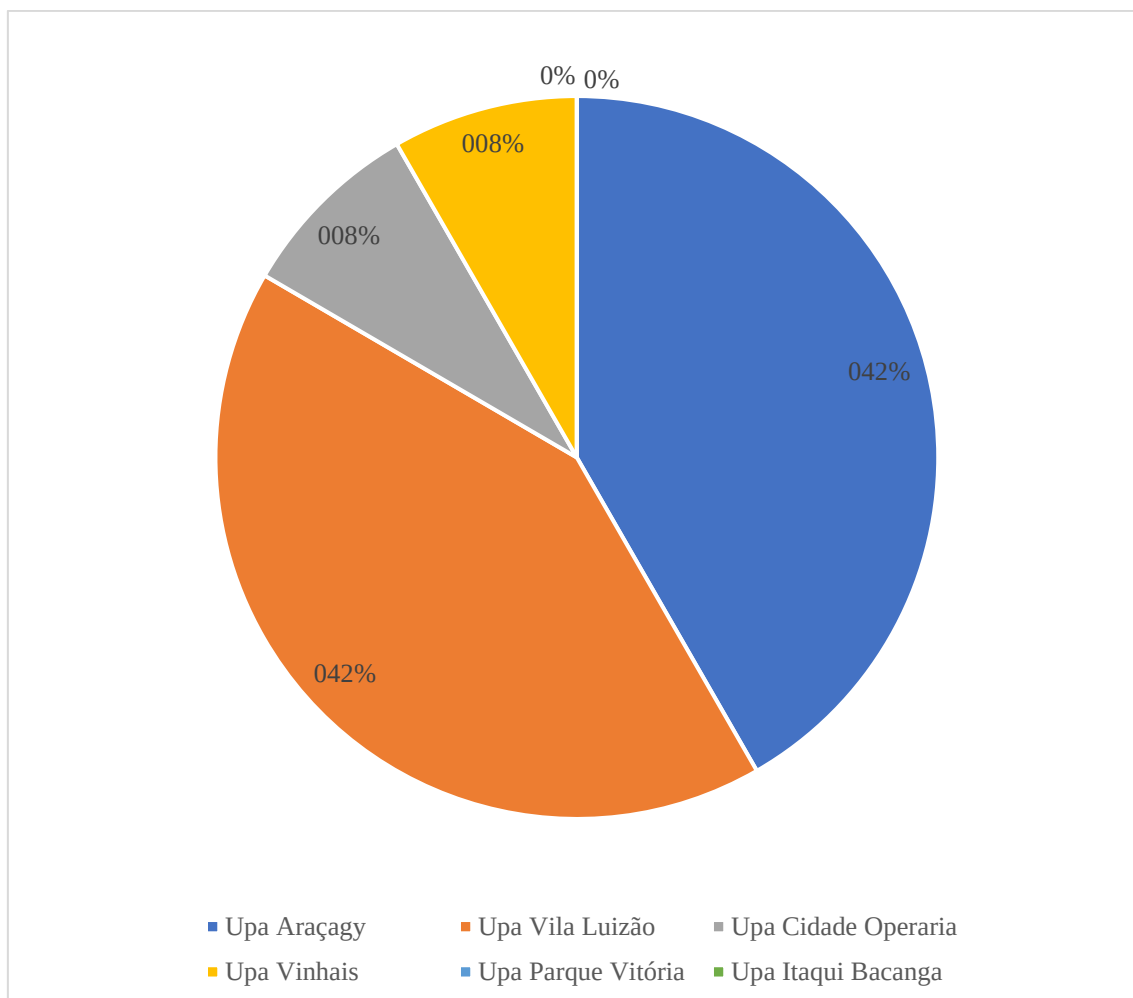
IV.1.3 Metodologia

A pesquisa analisou respostas de 12 enfermeiros, através de questionário (Anexo 1), acerca das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), no qual os dados foram coletados e analisados. Durante a análise dos dados observamos que muito se reflete em alguns dados já pesquisados anteriormente e que já foram descritos nesse trabalho.

Esses profissionais participaram de forma espontânea, o que justifica o número baixo de participantes.

IV.1.4 Dados

Gráfico 1 – Distribuição do número de colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



Extraído de: Portella, 2019

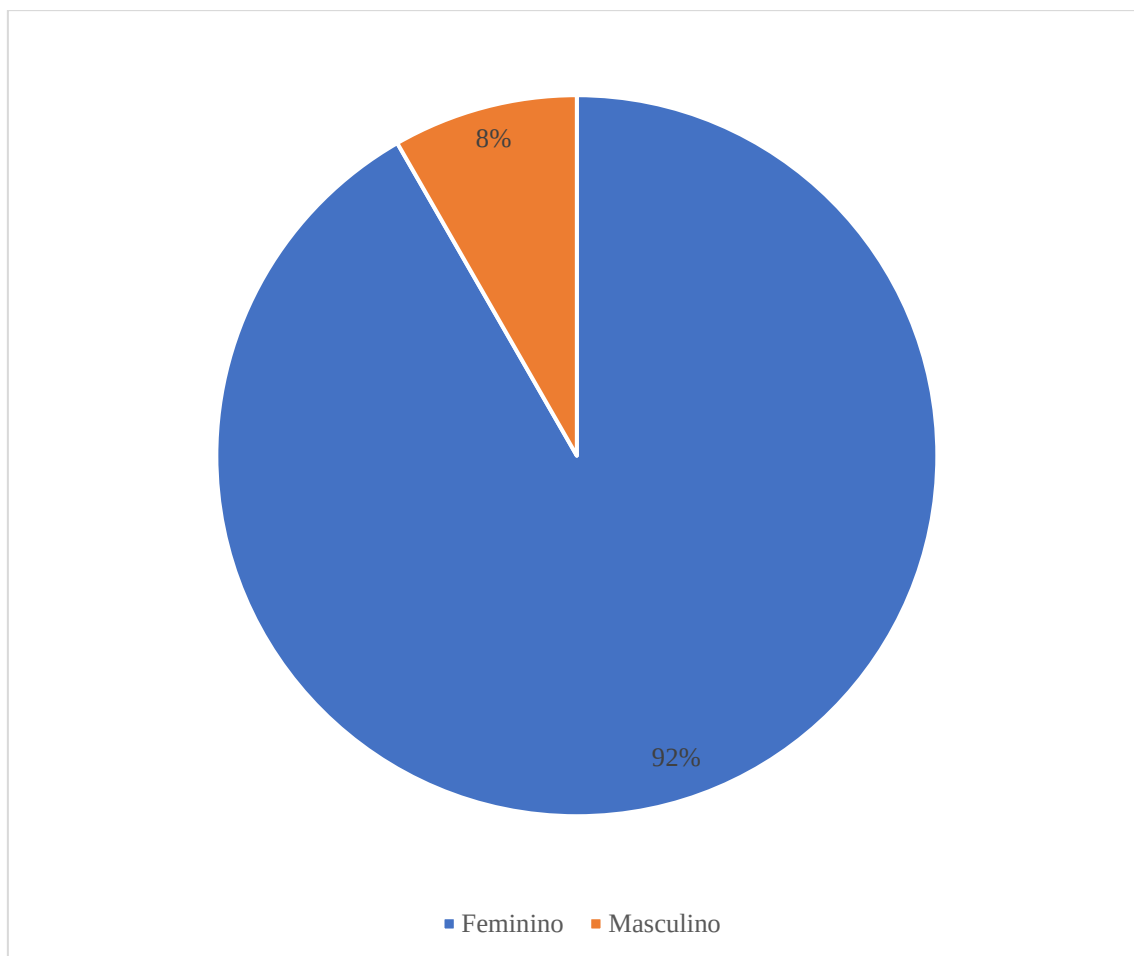
No Gráfico 1, observamos a distribuição por Unidades dos colaboradores que responderam o questionário.

Dos colaboradores participantes, 36,4% eram da Upa Araçagy, 45,5% eram da Upa Vila Luizão, 9,1% da Upa Vinhais, 9,1% da Upa Cidade Operária e não tivemos nenhuma participação de enfermeiros da Upa do Parque Vitória e da Upa Itaqui Bacanga.

Com esses dados podemos observar a falta de interesse por parte da maior parte dos profissionais da área de saúde, aqui enfatizando os enfermeiros, sobre temas relacionados a IH.

Infelizmente ainda observamos muitos profissionais que não entendem a importância da participação em pesquisas que proporcione melhorias na própria assistência em saúde, o que impossibilita que as Unidades possam diante dos dados coletados, alinhar metas para alcançar as melhorias.

Gráfico 2 – Distribuição por sexo dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



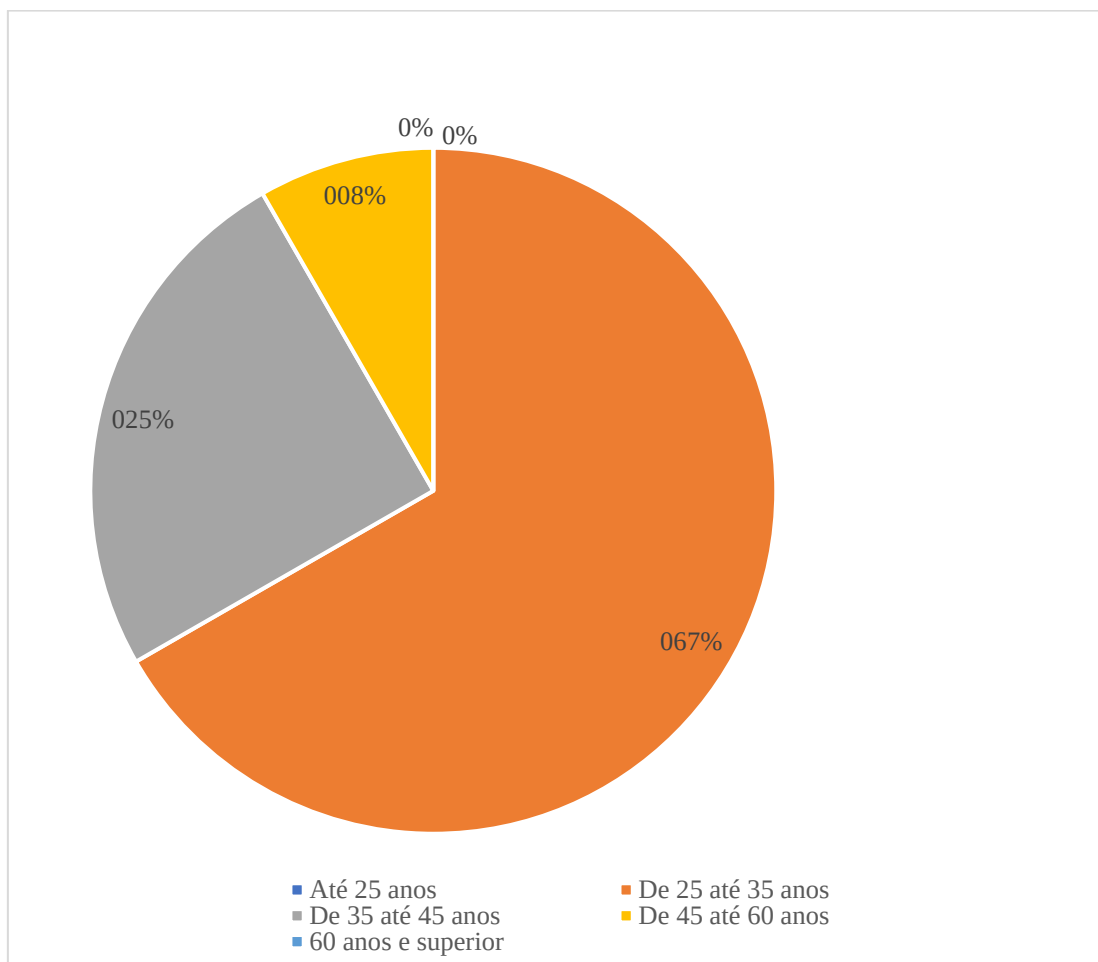
Extraído de: Portella, 2019

O Gráfico 2 mostra a distribuição dos enfermeiros por sexo, no qual observamos que 92% eram de colaboradores do sexo feminino e 8% do sexo masculino.

Observando o gráfico acima e com fundamentos históricos, conseguimos entender que papel feminino na enfermagem, vem acompanhado dos movimentos de transformação no mundo com relação à posição da mulher na sociedade, que vem assumindo-se como cidadã, profissionalizando-se e conquistando o mercado de trabalho,

além de assumir papéis públicos de direção e chefias, que antes eram apenas reservados aos homens. Este fato nos faz compreender a realidade da enfermagem brasileira e, talvez, mundial, podendo ser confirmada em dados estatísticos, como aqueles disponibilizados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 2005, que evidenciam, claramente, que 94,1% dos profissionais de enfermagem, no Brasil, são mulheres (Padilha *et al.*, 2006).

Gráfico 3 – Distribuição por faixa etária dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



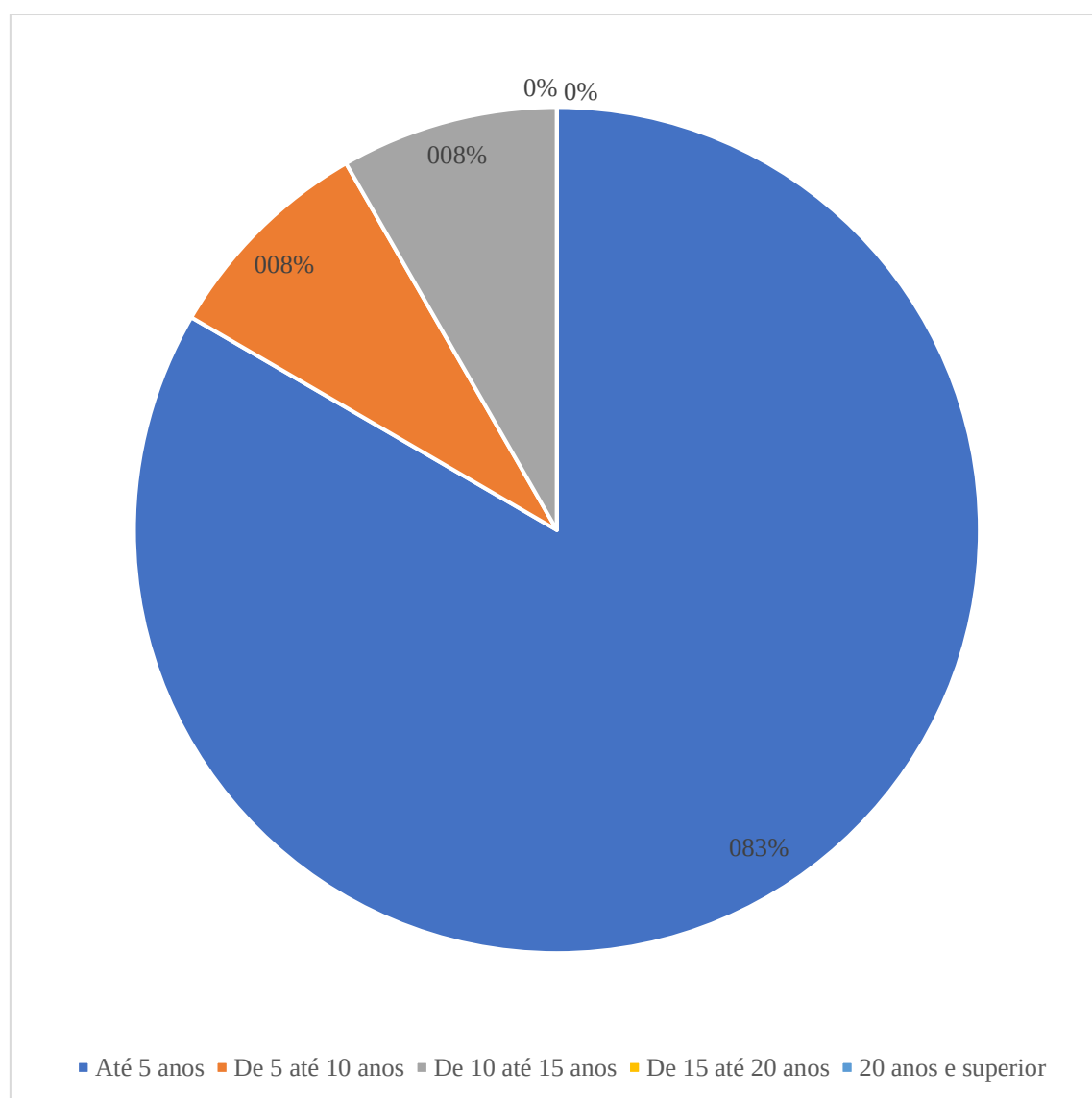
Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 3, temos a distribuição por faixa etária dos colaboradores que participaram da pesquisa.

Dos colaboradores, 66,7% tinham de 25 até 35 anos, 25% tinham de 35 até 45 anos e 8,3% tinham de 45 até 60 anos. Não participaram colaboradores até 25 anos e de 60 anos ou superior.

Pereira *et al.*, 2009, demonstra através de pesquisa que a força de trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil é majoritariamente jovem, com 63,23% na faixa etária entre 26 a 45 anos, no auge na sua força produtiva e reprodutiva. Dado esse que se compara com os dados observados na pesquisa.

Gráfico 4 – Distribuição por tempo na função dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



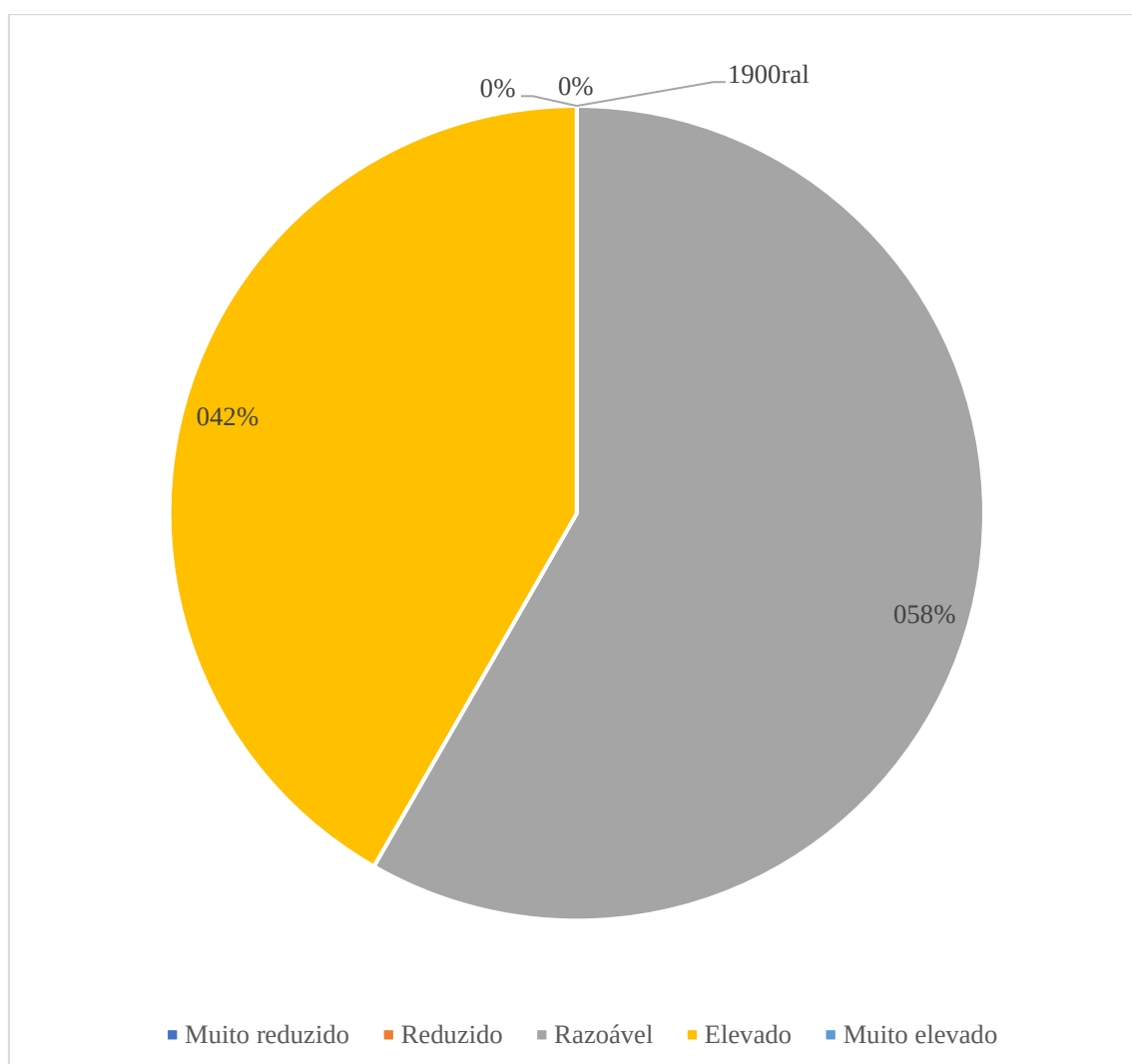
Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 4, observamos a distribuição dos colaboradores por tempo na função.

Dos colaboradores, 83,3% tinham até 5 anos na função, 8,3% tinham entre 5 até 10 anos na função, 8,3% tinham entre 10 a 15 anos na função. Na pesquisa não identificamos nenhum colaborador com tempo de 15 até 20 anos e de 20 ou superior, tempo na função.

A pesquisa não foi de encontro com o que observamos essa pesquisa de 2012, onde o tempo de atuação em serviços de saúde variou entre menos de um mês e vinte e dois anos, sendo que 10 (25%) dos profissionais atuavam há menos de um ano e 7 (17,5%) há mais de vinte anos (Pereira *et al.*, 2009).

Gráfico 5 – Distribuição por nível de conhecimento acerca das IRAS dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



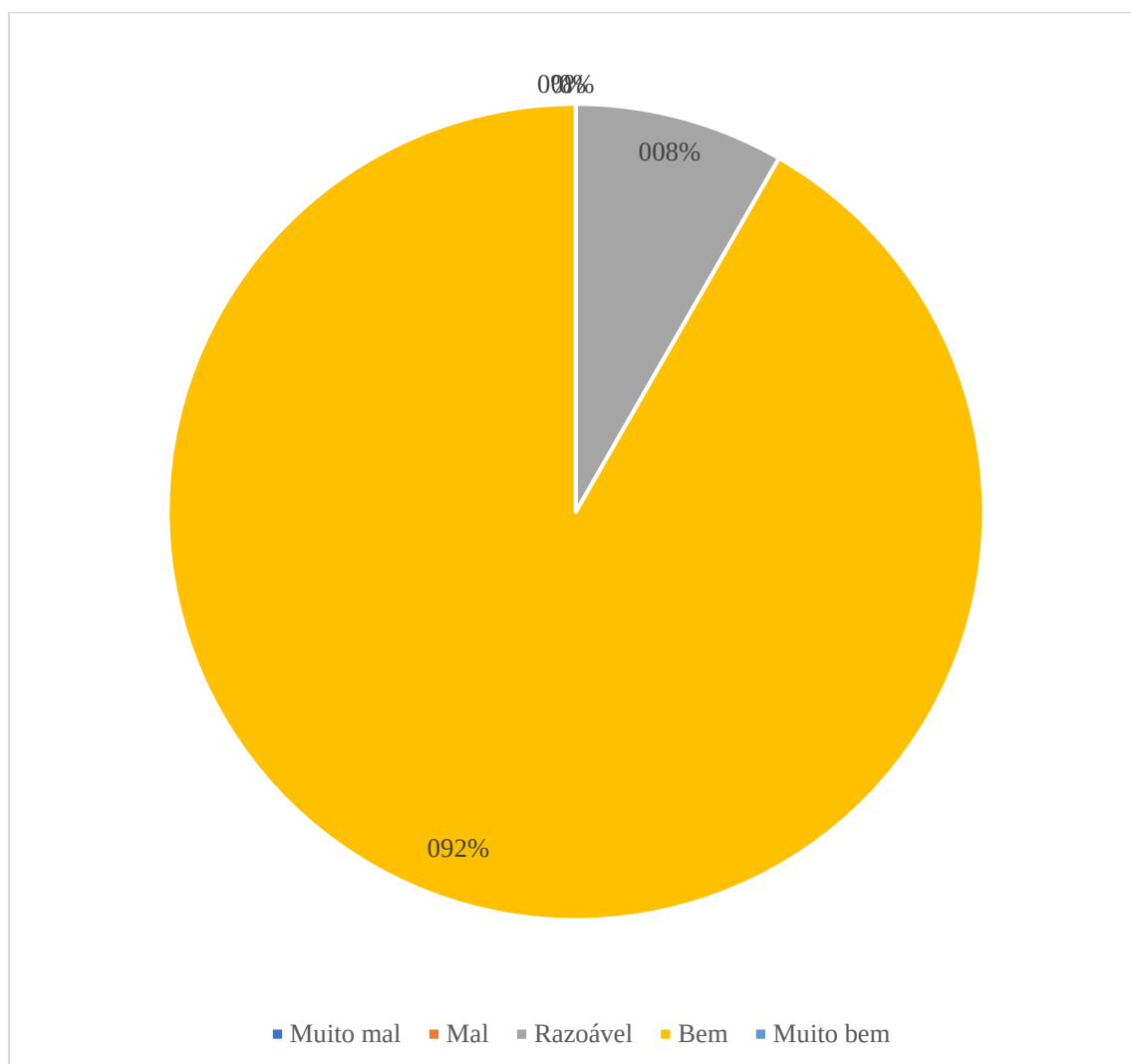
Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 5, temos as respostas em relação ao nível de conhecimento acerca das IRAS, segundo os próprios participantes.

Dos colaboradores, 58,3% disseram que tinham um conhecimento razoável em relação as IRAS e 41,7% disseram que seu nível de conhecimento era elevado. Não tivemos colaboradores que se acharam com conhecimento muito reduzido, reduzido ou muito elevado.

Esses dados nos fazem observar a importância sempre buscarmos o aprendizado constante, afim de sermos profissionais capacitados e termos a possibilidade de oferecermos um atendimento de qualidade aos nossos clientes.

Gráfico 6 – Distribuição por capacidade de identificação dos sinais de pacientes com IRAS dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.

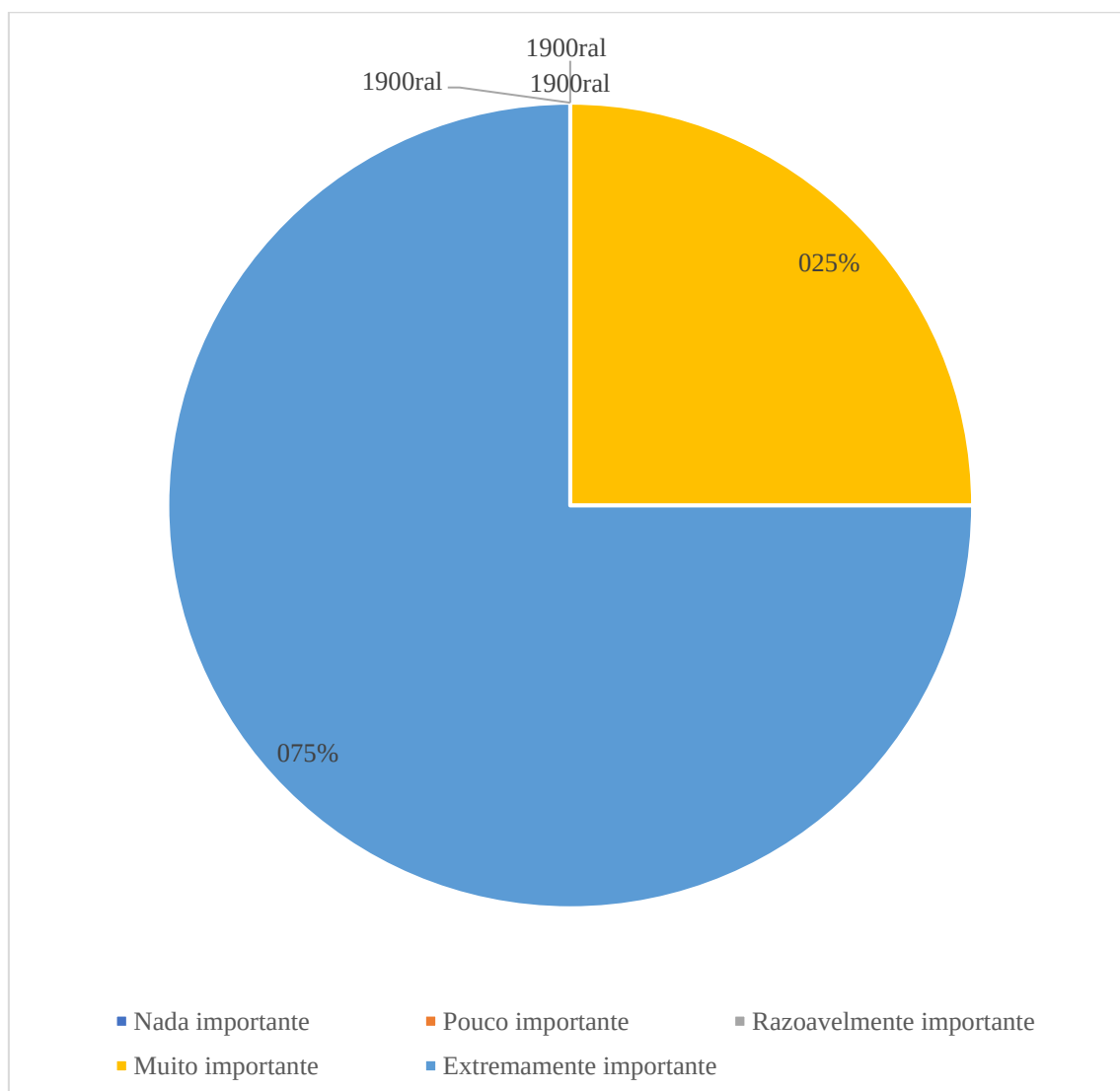


Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 6, avaliamos através das respostas a capacidade de identificação dos sinais apresentados pelos pacientes com IRAS.

Dos colaboradores, 8,7% disseram que conseguem identificar os sinais de pacientes com IRAS razoavelmente e 91,7% disseram que conseguem identificar bem os sinais de pacientes com IRAS. Não tivemos colaboradores que disseram que sua capacidade de identificar os sinais de pacientes com IH era muito bem, muito mal ou razoável.

Gráfico 7 – Distribuição sobre a importância do aprendizado sobre IRAS no ponto de vista dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



Extraído de: Portella, 2019

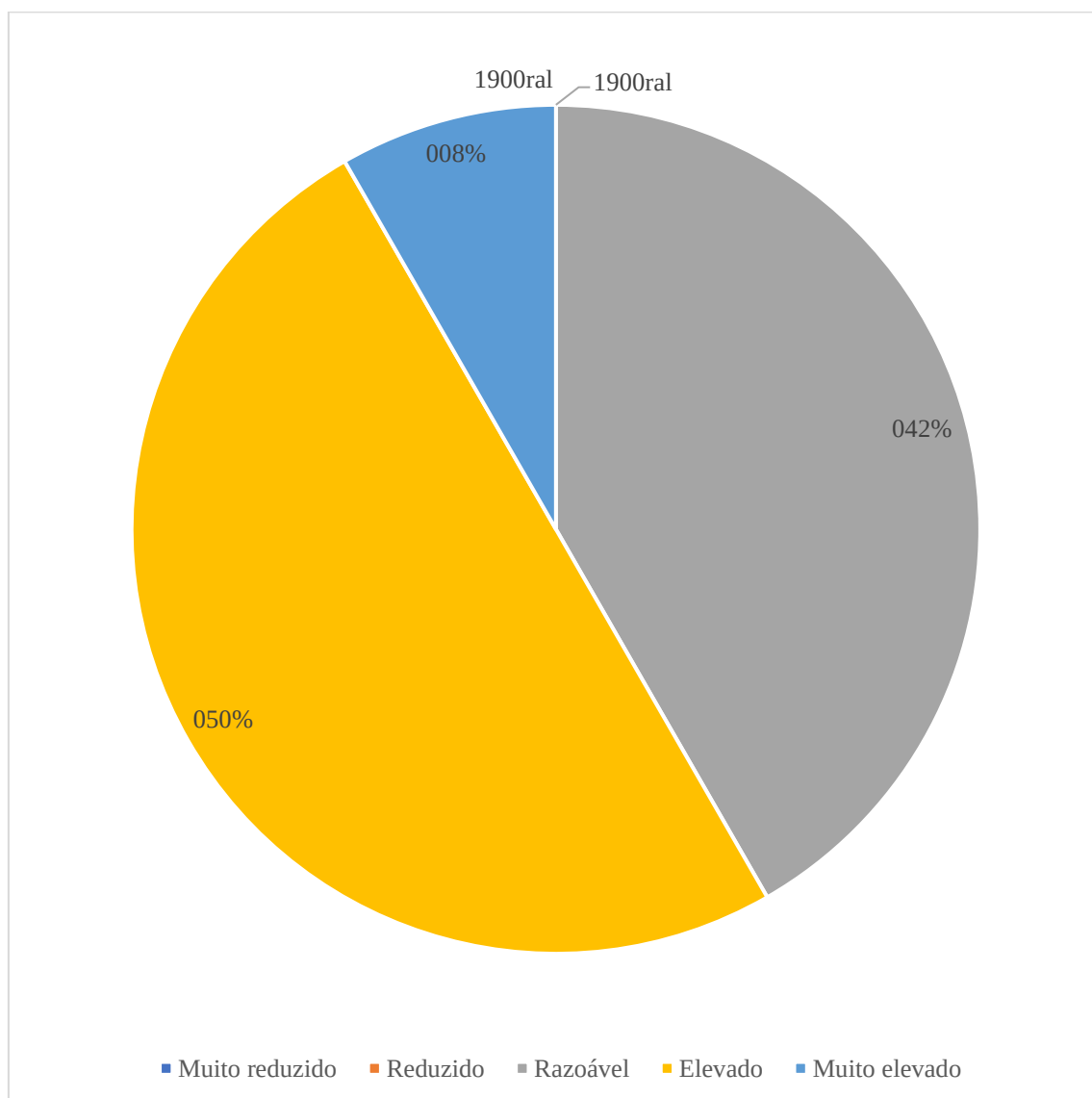
No Gráfico 7, observamos o que cada colaborador acha sobre o aprendizado em relação as IRAS.

Dos colaboradores, 25% disseram que acham muito importante aprender sobre IRAS e 75% acham extremamente importante.

As ações educativas sobre medidas de prevenção são essenciais para a comunidade hospitalar. No entanto, as baseadas nos métodos tradicionais, como as salas de aula, têm se mostrado pouco eficazes e insuficientes. A prática educativa lúdico-pedagógica sensibilizou os participantes e demonstrou-se ser mais atrativa no repasse dos conteúdos

propostos em relação aos métodos tradicionais. Diferenciar a prática educativa pode ser a chave para melhorar o conhecimento. Por isso, é importante direcionar as práticas educativas em controle de infecção das mais diversas formas e adotar o lúdico-pedagógico para o público adulto e obter respostas positivas e efetivas nas medidas necessárias para prevenção de infecções no ambiente assistencial de saúde (Oliveira *et al.*, 2016).

Gráfico 8 – Distribuição sobre o grau de conhecimento sobre como prevenir as IRAS dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



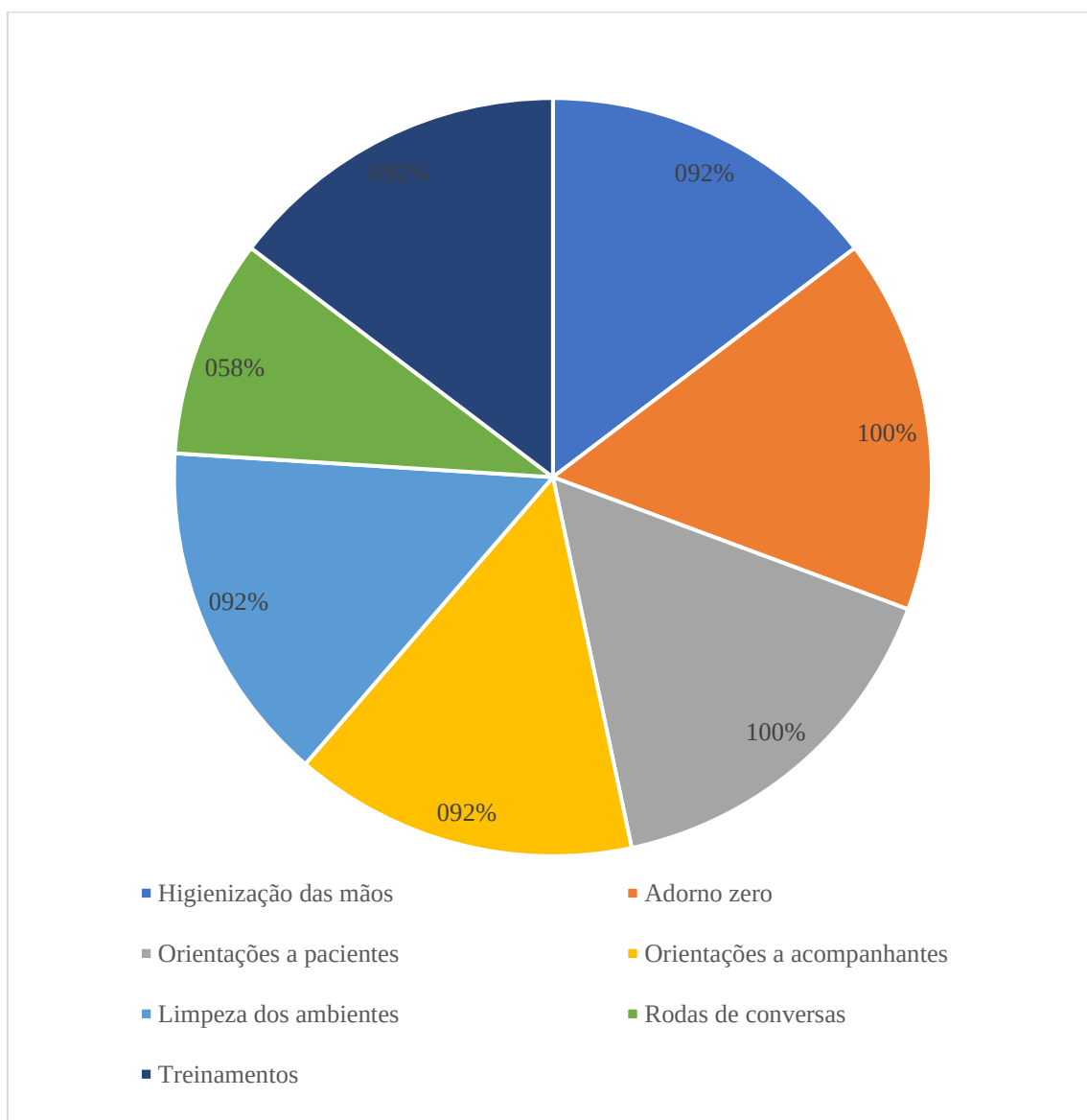
Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 8, os colaboradores identificaram seu grau de conhecimento sobre como prevenir as IRAS, observamos o que cada colaborador acha sobre o aprendizado em relação as IRAS.

Dos colaboradores, 8,3% disseram que seu grau de conhecimento de como prevenir as IRAS é muito elevado, 41,7% disseram que é razoável e 50% disseram que é elevado.

Para prevenir a infecção hospitalar, as principais recomendações envolvem hábitos e cuidados dos pacientes e dos profissionais de saúde, além dos protocolos internos dos serviços de saúde. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde, criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, com a finalidade de oferecer uma assistência segura (Ministério da Saúde, 2019).

Gráfico 9 – Distribuição sobre a utilização de medidas para prevenir as IRAS dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



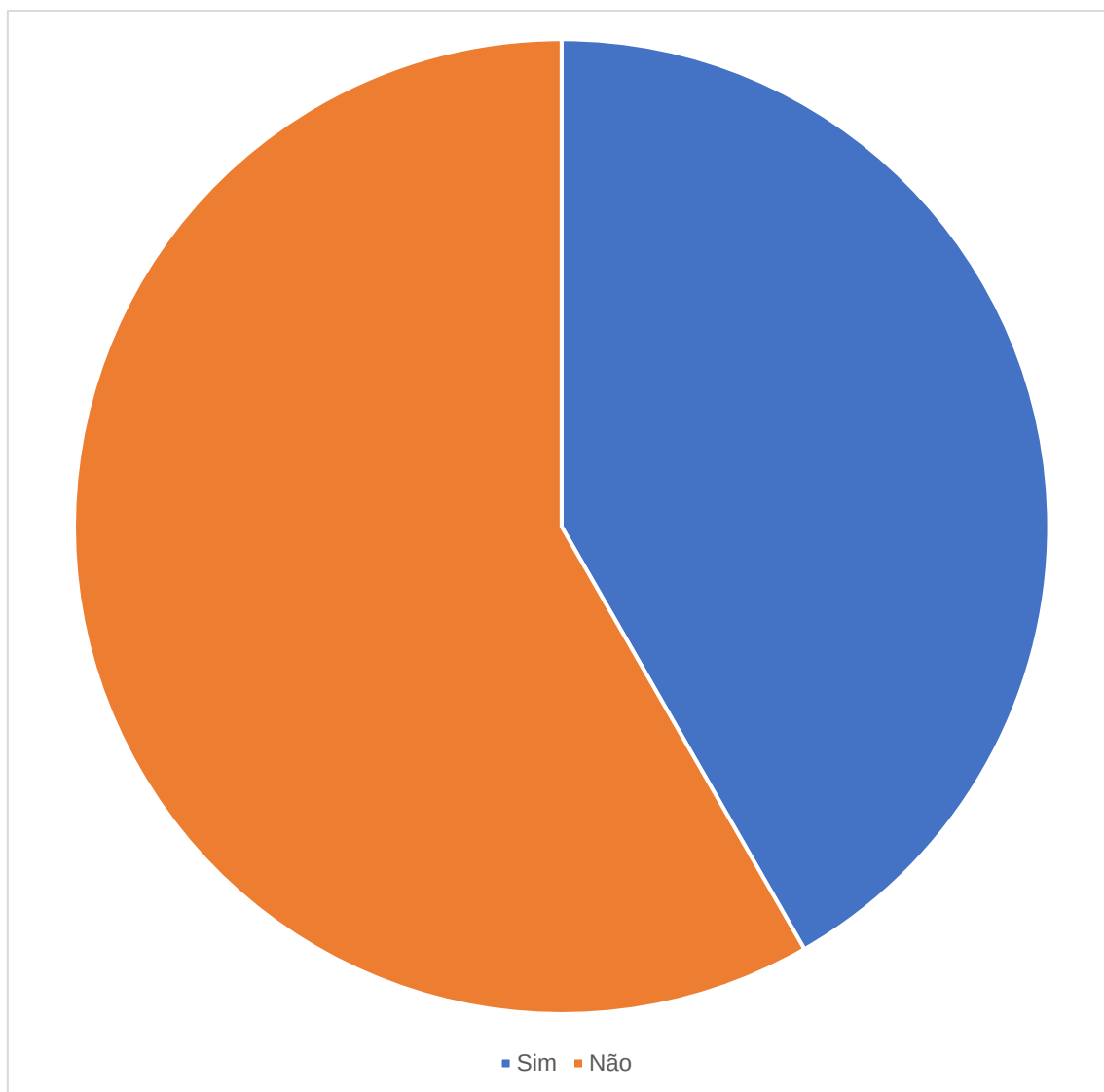
Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 9, os colaboradores identificaram após medidas de prevenção de IRAS pré-estabelecidas, quais eram as que eles mais utilizavam em suas atividades laborais, lembrando que poderiam escolher mais de uma opção.

Das respostas dadas, as medidas de Adorno Zero e Orientações a Pacientes obtiveram 100% das respostas, seguidas de Higienização das Mãos, Orientações a Acompanhantes, Limpeza dos Ambientes e Treinamentos, que foram lembrados em 91,7%

das respostas, por fim 58,3% disseram que utilizam como medidas de prevenção as rodas de conversa.

Gráfico 10 – Distribuição sobre a utilização de práticas eficazes de prevenção e controle das IRAS no ponto de vista dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



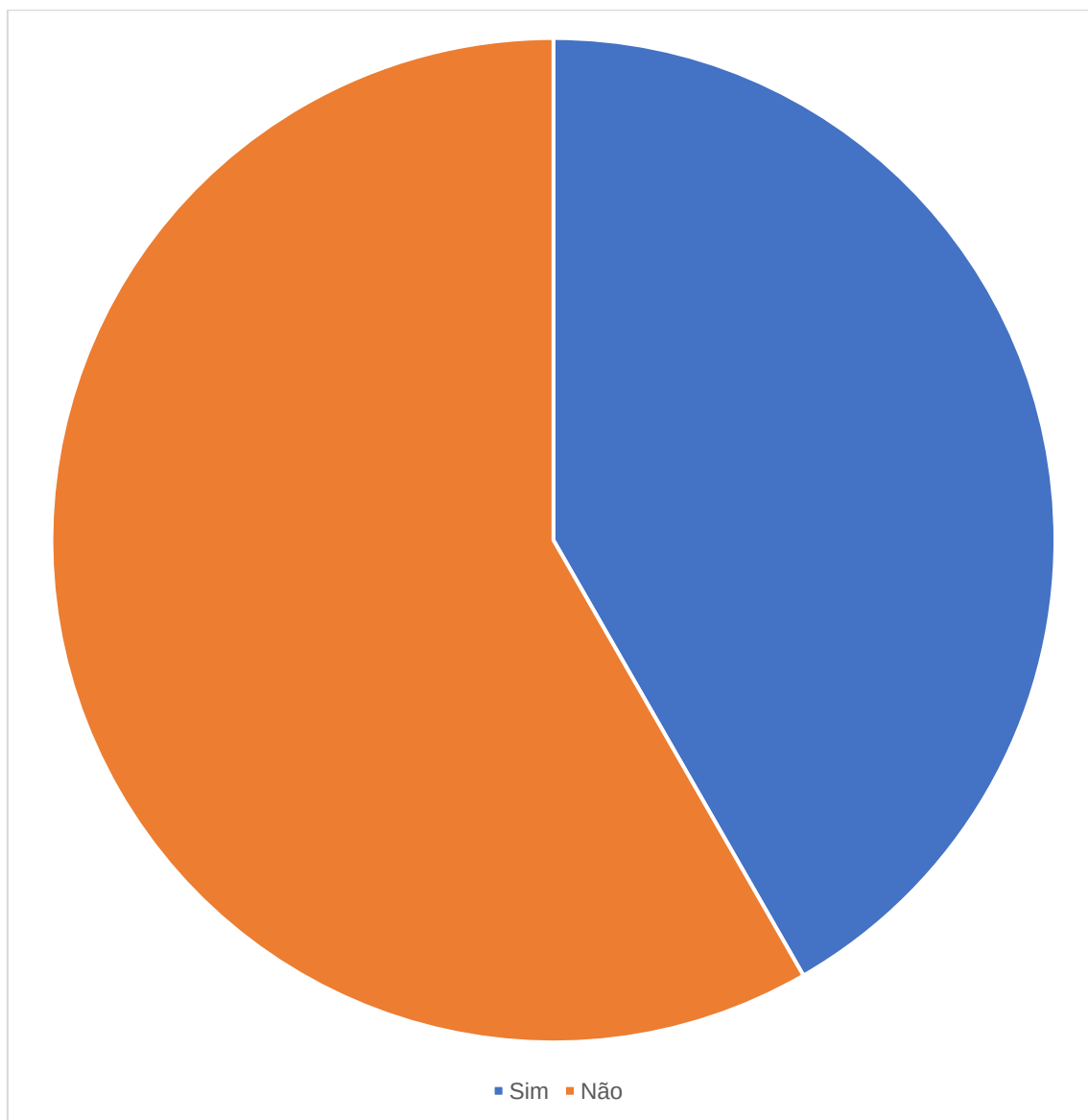
Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 10, observamos se as práticas de prevenção e controle das IRAS são eficazes nas suas Unidades de origem. Das respostas obtidas, 41,7% disseram que sim e 58,3% disseram que não.

Os principais fatores que são desfavoráveis para que as práticas de prevenção e controle das IRAS não sejam eficazes, podemos citar:

- ✓ Problemas estruturais;
- ✓ Falta de insumos;
- ✓ Falta de compromisso e efetividade por parte dos profissionais ligados diretamente a assistência;
- ✓ Falta de informações dos funcionários destinados a multiplicarem as orientações;
- ✓ Falta de conhecimento das práticas preventivas;
- ✓ Maior adesão dos profissionais;
- ✓ Unidades fora do padrão para uma assistência de qualidade e digna aos usuários.

Gráfico 11 – Distribuição sobre as normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), se elas são bem definidas e comunicadas a toda equipe, no ponto de vista dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



Extraído de: Portella, 2019

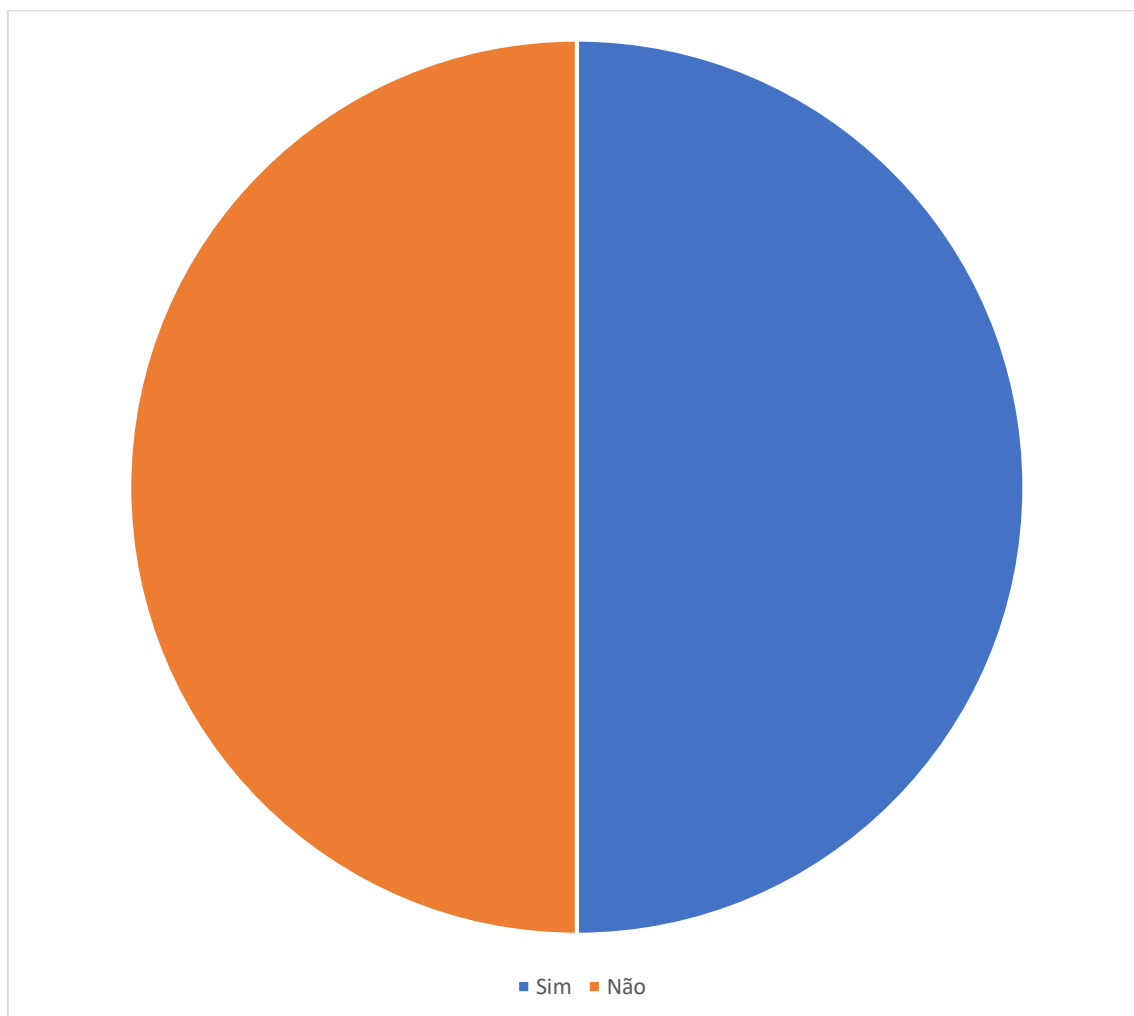
No Gráfico 11, observamos se as normas do SCIH são bem definidas e comunicadas a toda equipe das Unidades pesquisadas. Das respostas obtidas, 41,7% disseram que sim e 58,3% disseram que não.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar é um setor relacionado com a Qualidade e Segurança Assistencial. Atua em todas as unidades do hospital e junto a todos os serviços visando evitar as IRAS, também chamada de infecção hospitalar. A equipe é

responsável por executar as ações necessárias para a identificação precoce das infecções hospitalares, a fim de garantir a segurança total dos pacientes. É responsável por elaborar e coordenar o PCIH (Programa de Controle de Infecção Hospitalar). O monitoramento constante das IRAS permite que os processos assistenciais sejam aperfeiçoados (Oliveira *et al.*, 2016).

Evitar as infecções hospitalares é um importante sinal de qualidade de assistência prestada e também de bem-estar ao assistido e redução significativa de custos e do tempo de internação e danos ao paciente. Há legislação, manuais de associações de profissionais e órgãos nacionais e internacionais que norteiam as boas práticas, baseados em evidências científicas, visando a prevenção e o controle das infecções. O Ministério da Saúde exige que todos os hospitais mantenham um programa de controle de infecção hospitalar, destinado a reduzir ao mínimo a incidência e a gravidade das infecções. Nesse programa é necessário haver uma comissão multiprofissional (Oliveira *et al.*, 2016).

Gráfico 12 – Distribuição sobre as normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), se elas são bem definidas e comunicadas a toda equipe, no ponto de vista dos colaboradores participantes da pesquisa, por Unidade.



Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 12, observamos se o SCIH oferece capacitação aos enfermeiros das Unidades. Das respostas obtidas, 50% disseram que sim e 50% disseram que não.

Dos que responderam sim, os mesmos identificaram quais os principais cursos de capacitação ministrados:

- ✓ Medidas de Prevenção e Controle das IRAS;
- ✓ Higienização das Mãos;
- ✓ Doenças de notificação compulsória;
- ✓ Profilaxia pós-exposição ao HIV;

- ✓ Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV);
- ✓ Prevenção de Infecção do Trato Urinário (ITU);
- ✓ Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea (ICS);
- ✓ Uso de dispositivos invasivos;
- ✓ Prevenção de Lesões por pressão.

Iniciamos essa pesquisa observamos a baixa adesão por parte dos profissionais de enfermagem de ensino superior das Unidades. É possível identificarmos também que a faixa etária dos colaboradores que mais participaram da pesquisa foi de 25 a 35 anos e que tinham mais de 5 anos na função.

Em relação ao nível de conhecimento dos colaboradores participantes acerca das IRAS, 58,3% informaram que sabem o que são IRAS e 91,7% dos participantes informaram que conseguem identificar os sinais que o paciente apresenta ao chegar na Unidade.

Quando perguntamos sobre a importância do aprendizado sobre infecção, 75% disseram que acham extremamente importante e 50% dos entrevistados disseram que o seu conhecimento é elevado.

Dos colaboradores participantes, 100% disseram que as medidas mais adotadas para prevenção e controle das infecções são: adorno zero e orientação a pacientes. Já 58,3% informaram que as práticas de prevenção não são bem definidas na sua Unidade.

Dos participantes da pesquisa, 58,3% informaram que as normas adotadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) não são bem definidas na Unidade e em relação as capacitações oferecidas pelo SCIH, 50% dos participantes disseram que são oferecidos.

IV.1.5 Conclusão

Essa pesquisa foi de extrema importância, pois nos fez entender de forma mais particular, os principais obstáculos enfrentados e nos faz refletir sobre métodos que poderemos utilizar na área assistencial, para melhorar o índice de conhecimento dos profissionais em relação as IRAS e dessa forma, melhorando a assistência prestada aos pacientes, que de alguma forma poderá diminuir os índices de mortalidade pela infecção.

Na próxima secção abordaremos um Estudo de Caso referente a uma pesquisa que abordou dados significativos relacionados a infecção, sendo dessa forma bastante importante para o nosso trabalho, pois mostra o trabalho realizado pelo SCIH, como método de controle e prevenção das IRAS.

V ESTUDO DE CASO

V.1 Introdução/Objetivos

O Estudo de Caso realizado buscou avaliar através de indicadores específicos para Infecção, de que forma as IRAS estavam sendo tratadas na Unidade, em uma perspectiva bem mais ampla, já que para todo o entendimento acerca do manuseio de pacientes com Infecção, devemos ter uma abordagem multidisciplinar.

O profissional responsável pela CCIH, além de entender sobre Infecção, deve saber identificar quando a abordagem escolhida pelos profissionais é a melhor escolha para o paciente, visando sempre um prognóstico positivo.

V.2 Descrição/Caracterização das Unidades de Pronto Atendimento

Abaixo descreverei a Unidade de Pronto Atendimento do município de São José de Ribamar, onde ocorreu a pesquisa:

- ✓ UPA Araçagy - inaugurada em 9 de dezembro de 2011, tem 1.340 m² de área construída e seis consultórios divididos entre adultos e pediátricos. Unidade de urgência e emergência tipo III, ela dispõe das especialidades médicas: clínica geral, pediatria, ortopedia, e odontologia de emergência, e segue o sistema de classificação de risco (azul, verde, amarela, vermelha) para as alas de estabilização. Ao todo a unidade conta com 22 leitos: 12 leitos adultos na ala amarela (dois destes leitos de isolamento), e quatro leitos de observação infantil. Outros seis leitos estão dispostos na ala vermelha, que conta com uma estrutura especial de respiradores e equipamentos de monitoramento cardíaco. Realiza ainda exames clínicos laboratoriais e de Raio-X (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2021).

V.3 Metodologia

Essa pesquisa se refere aos resultados da análise dos dados retrospectivos, que foram coletados durante o tempo em que trabalhei como supervisora do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar na Unidade de Pronto Atendimento do Araçagy, nos meses de Julho de 2016 a Julho de 2017. Todos os meses eram coletados dados, que alimentavam um relatório. Os indicadores pesquisados foram:

1. Antibióticos dispensados pela farmácia para os setores de internação da Upa Araçagy;
2. Distribuição de casos de IH por tipos de culturas nos setores de internação da Upa Araçagy;
3. Taxa (expressa o número de casos novos de uma determinada doença durante um período definido, numa população sob o risco de desenvolvê-la, é medida em porcentagem) de IH dos setores de internação: Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha;
4. Densidade de incidência (fornece a estimativa do verdadeiro risco de adquirir uma doença a qualquer momento em um dado tempo, é medida por um número absoluto) de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha);
5. Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha);
6. Densidade de incidência de Infecção Urinária associada a Sonda Vesical de Demora, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha);
7. Distribuição de microorganismos isolados nos setores de internação.

Abordaremos cada indicador individualmente, mostrando através de tabela as mudanças acontecidas mês a mês, nesses 13 meses pesquisados.

V.4 Dados

V.4.1 Antibióticos dispensados pela farmácia para os setores de internação da Upa Araçagy

Tabela 1 – Antibióticos dispensados pela farmácia para os setores de internação da Upa Araçagy.

Mês/ano	Total de Antibióticos dispensados para os setores de Internação	Antibiótico mais dispensado
Julho/2016	113	Ceftriaxona
Agosto/2016	134	Metronidazol
Setembro/2016	111	Ceftriaxona
Outubro/2016	112	Ceftriaxona
Novembro/2016	88	Ampicilina
Dezembro/2016	75	Ampicilina
Janeiro/2017	111	Ceftriaxona
Fevereiro/2017	108	Ceftriaxona
Março/2017	177	Ceftriaxona
Abril/2017	116	Ceftriaxona
Mai/2017	129	Ceftriaxona
Junho/2017	153	Ceftriaxona
Julho/2017	120	Ceftriaxona

Extraído de: Portella, 2017

Na Tabela 1, refere-se ao total de antibióticos dispensados para os setores de internação, nos meses de julho de 2016 a julho de 2017. Podemos observar que o mês que mais foram dispensados antibióticos foi o mês de março de 2017, em um total de 177. Podemos ainda fazer uma ligação com o período onde temos maior número de internações devido aos quadros clínicos de viroses sazonais e de infecções comunitárias.

É importante destacar que os antibióticos são utilizados para infecções bacterianas, e que nos casos das viroses não caberia o tratamento com eles. Mas no caso de diagnósticos equivocados, podem ser utilizados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) analisou 114 países sobre o uso de antibióticos e todas as regiões estudadas apresentaram a mesma situação preocupante: automedicação e a prescrição desnecessária desse tipo de medicamento. O uso indiscriminado e incorreto está levando ao surgimento de bactérias multirresistentes, ou seja, bactérias no qual todos ou a grande maioria de antibióticos não funciona. Essa situação prejudica a pessoa que usa errado e também toda a comunidade que fica suscetível a essas superbactérias (Panorama Farmacêutico, 2017).

Desde outubro de 2010, para comprar antibióticos nas farmácias brasileiras é necessário apresentar a receita médica, cumprindo dessa forma a medida da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Panorama Farmacêutico, 2017). Mas infelizmente esse controle não é eficaz, já que em muitos lugares ainda se consegue comprar antibióticos sem receita alguma.

Podemos observar na tabela, que o antibiótico mais utilizado foi o Ceftriaxona, que é antibacteriano, cefalosporina de 3ª geração, um betalactâmico (Medicina Net, 2010). A sua utilização pode se dar a quantidade de pacientes admitidos com quadro clínico de infecções sensíveis ao Ceftriaxona, como Silva, Filho, Brito e Freitas (2014), relatam a seguir:

- ✓ Sepses;
- ✓ Meningite;
- ✓ Infecções intra-abdominais (peritonites, infecções do trato gastrointestinal e biliar);
- ✓ Infecções ósseas, articulares, tecidos moles, pele e feridas;
- ✓ Infecções em pacientes imunocomprometidos;
- ✓ Infecções renais e do trato urinário;
- ✓ Infecções do trato respiratório, particularmente pneumonia e infecções otorrinolaringológicas;
- ✓ Infecções genitais, inclusive gonorreia;
- ✓ Profilaxia perioperatória de infecções.

V.4.2 Distribuição de casos de IH por tipos de culturas nos setores de internação da Upa Araçagy

Tabela 2 – Distribuição de casos de IH por tipos de culturas nos setores de internação da Upa Araçagy.

Mês/ano	Distribuição total de casos de IH por tipos de culturas nos setores de Internação	Tipo de cultura onde mais foram identificados microorganismos
Julho/2016	06	Hemocultura
Agosto/2016	06	Hemocultura
Setembro/2016	09	Hemocultura
Outubro/2016	12	Urocultura
Novembro/2016	07	Hemocultura/Urocultura
Dezembro/2016	05	Hemocultura
Janeiro/2017	07	Hemocultura
Fevereiro/2017	09	Hemocultura/Urocultura
Março/2017	10	Hemocultura
Abril/2017	04	Hemocultura
Mai/2017	06	Hemocultura
Junho/2017	13	Hemocultura/Urocultura
Julho/2017	05	Urocultura

Extraído de: Portella, 2017

Na Tabela 2, refere-se à distribuição total de casos de IH por tipos de culturas nos setores de internação da Upa Araçagy, nos meses de julho de 2016 a julho de 2017. Podemos observar que o mês que mais foram identificados casos de IH em pacientes internados, através das culturas coletadas foi no mês de junho de 2017, em um total de 13.

Observamos que o tipo de cultura que mais foram identificados microorganismos, foram as Hemoculturas, que são exames realizados com o objetivo de isolar e identificar microorganismos patogênicos no sangue de um paciente que se supõe ter uma infecção. É um exame auxiliar relevante, pois seu resultado reflete diretamente na terapêutica. De acordo com o resultado de hemoculturas positivas são escolhidos os

antimicrobianos prescritos para determinado paciente. O resultado deste exame também é critério diagnóstico para doenças como endocardite. É importante ferramenta diagnóstica de infecções hospitalares (Júnior, 2019).

Depois das Hemoculturas, observamos também que muitos microorganismos foram identificados nas Uroculturas, que consiste em colocar-se uma pequena quantidade de urina em um meio que favorece o crescimento de eventuais germes presentes, chamado “meio de cultura” e assim facilitar a detecção e a identificação deles. Ao mesmo tempo, os germes encontrados são submetidos a diferentes antibióticos, indicando a quais deles eles são sensíveis ou resistentes. O exame simples de urina já pode indicar a presença ou ausência de microorganismos, mas não é capaz de identificá-los. Normalmente, os rins e a bexiga são ambientes estéreis e por isso a presença de bactérias na cultura de urina é fortemente indicativa de infecção urinária, mas não quer dizer que sempre haja uma infecção de urina, porque algumas bactérias podem colonizar a uretra ou a bexiga sem produzir sintomas ou serem oriundas de contaminações exteriores (Filho & Oliveira, 2013).

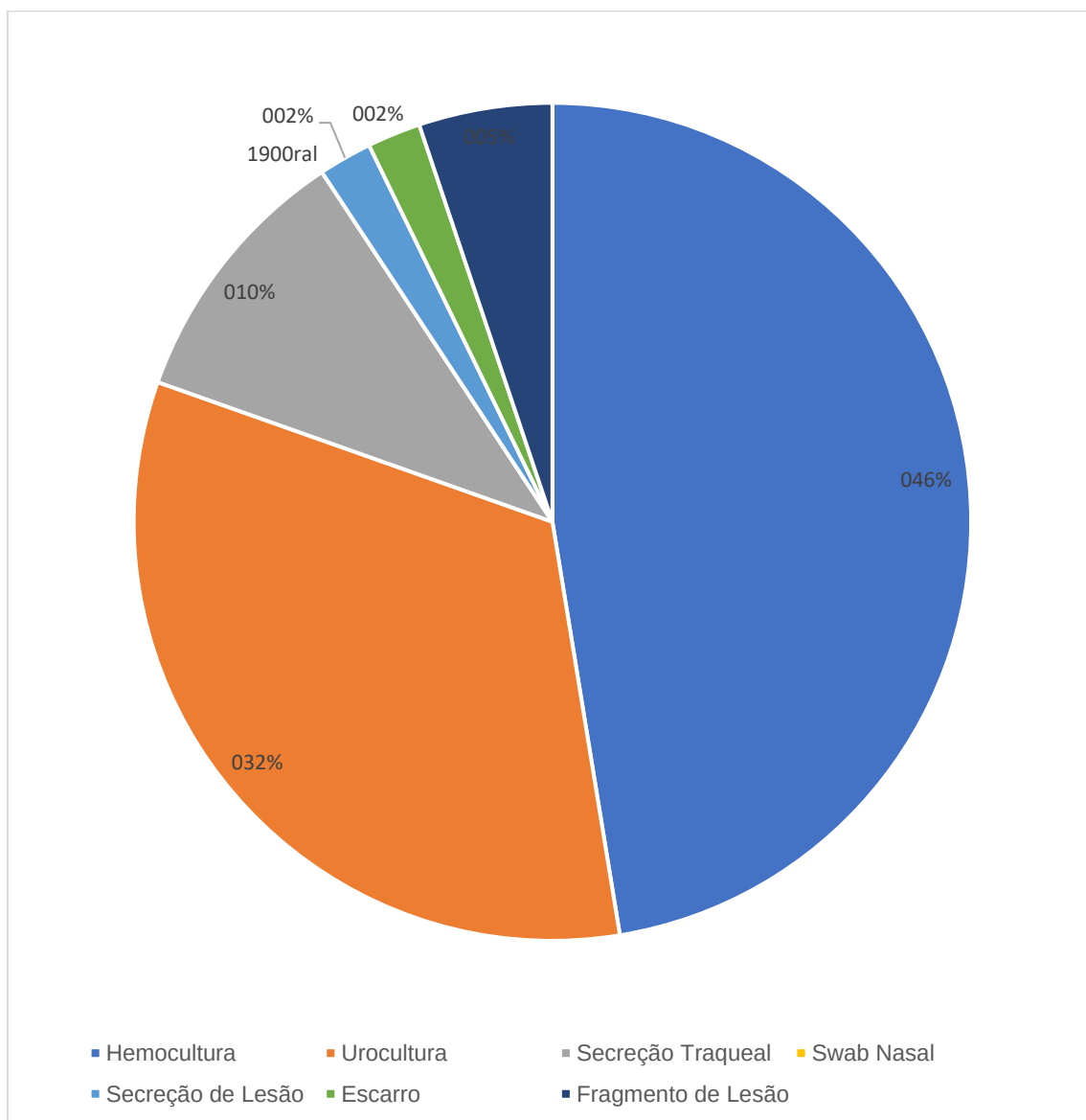
É importante informar que houveram outras formas de detecção de microorganismos por meio de culturas nos pacientes internados nos setores de internação da Unidade, o que facilitou um diagnóstico mais rápido e preciso. As demais culturas realizadas foram:

- ✓ Secreção traqueal – coleta de secreção diretamente do tubo endotraqueal, com o intuito de identificar microorganismos causadores de infecção (EBSERH, 2016);
- ✓ Swab nasal – consiste na coleta de material microbiológico a partir da introdução de uma haste plástica com ponta de algodão no orifício nasal (UFRJ, 2018);
- ✓ Secreção de Lesões – consiste na coleta de secreção de lesões para identificação de microorganismos (EBSERH, 2016);
- ✓ Escarro – é um tipo de análise clínica na qual são avaliadas diferentes características do escarro, como fluidez, cor e, principalmente, se existe um grande número de bactérias que possam estar causando uma infecção no pulmão (Bezerra, 2020);

- ✓ Outros (fragmentos de lesão) – consiste na coleta de fragmento de lesões para identificação de microorganismos (EBSERH, 2016).

Abaixo destacaremos em forma e gráfico, o número total de culturas e tipos de culturas realizadas nos 13 meses de pesquisa.

Gráfico 13 – Distribuição de casos de IH por tipos de culturas nos setores de internação da Upa Araçagy.



Extraído de: Portella, 2019

No Gráfico 1, podemos observar a quantidade individual de cada cultura coletada para a identificação de microorganismos causadores das infecções nas quais estavam sendo tratadas.

V.4.3 Taxa de IH dos setores de internação: Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha

Tabela 3 – Taxa de IH dos setores de internação: Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha.

Mês/ano	Taxa de IH no Setor de Pediatria	Taxa de IH no Setor da Ala Amarela	Taxa de IH no Setor da Ala Vermelha
Julho/2016	0	0	20,6%
Agosto/2016	0	5,5%	20,6%

Extraído de: Portella, 2017

Na Tabela 3, refere-se à Taxa de IH dos setores de internação: Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha, com a distribuição total de casos de IH por setores. Podemos observar que o mês de Agosto de 2016 ganhou destaque, pois mesmo não tendo tido casos de IH no setor de Pediatria, tivemos casos na Ala Amarela e Vermelha, setores que apresentam maiores dados referentes ao uso de dispositivos invasivos.

Importante informar que a partir do mês de Setembro de 2016, a pesquisa em relação a taxa de IH não foi feita mais por setores e sim de forma global da Unidade, como veremos a seguir.

Tabela 4 – Taxa de IH Total da Unidade.

Mês/ano	Taxa de IH Total da Unidade
Setembro/2016	6%
Outubro/2016	4%
Novembro/2016	0%
Dezembro/2016	0,9%

Janeiro/2017	0%
Fevereiro/2017	2,5%
Março/2017	0%
Abril/2017	0%
Mai/2017	0%
Junho/2017	4,7%
Julho/2017	0%

Extraído de: Portella, 2017

Na Tabela 4, refere-se à Taxa de IH Total da Unidade de Saúde. É importante destacar que nos meses que apresentaram 0% de taxa de IH, as Unidades de internação não apresentaram nenhum tipo de Infecção, identificadas através de avaliação clínica ou exames específicos.

V.4.4 Densidade de incidência de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha)

Tabela 5 – Densidade de incidência de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha).

Mês/ano	Setor de Pediatria	Setor de Ala Amarela	Setor de Ala Vermelha
Julho/2016	0	0	79,3
Agosto/2016	0	0	79,3
Setembro/2016	0	0	27,77
Outubro/2016	0	0	43,10
Novembro/2016	0	0	0
Dezembro/2016	0	0	14

Janeiro/2017	0	0	0
Fevereiro/2017	0	0	0
Março/2017	0	0	0
Abril/2017	0	0	0
Mai/2017	0	0	0
Junho/2017	0	0	24,3
Julho/2017	0	0	0

Extraído de: Portella, 2017

Na Tabela 5, refere-se à Densidade de incidência de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha). A análise dessa tabela é bem simples, pois podemos observar que a densidade de PAV está presente na Ala Vermelha, setor esse onde os pacientes são levados devido seu estado clínico mais crítico e lá se necessário, são submetidos a intubação orotraqueal e ficam em ventilação mecânica.

V.4.5 Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha)

Tabela 6 – Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha).

Mês/ano	Setor de Pediatria	Setor de Ala Amarela	Setor de Ala Vermelha
Julho/2016	0	0	0
Agosto/2016	0	0	0
Setembro/2016	0	0	0
Outubro/2016	0	0	0
Novembro/2016	0	0	0
Dezembro/2016	0	0	0

Janeiro/2017	0	0	0
Fevereiro/2017	0	0	0
Março/2017	0	0	0
Abril/2017	0	0	0
Mai/2017	0	0	0
Junho/2017	0	3,6	8,1
Julho/2017	0	0	0

Extraído de: Portella, 2017

Na Tabela 6, refere-se à Densidade de incidência de Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha). Podemos analisar que a densidade de incidência foi negativa em 90% dos meses analisados, apresentando-se positivamente apenas no mês de Junho de 2017, nas Alas Amarela e Vermelha.

V.4.6 Densidade de incidência de Infecção Urinária associada a Sonda Vesical de Demora, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha)

Tabela 7 – Densidade de incidência de Infecção Urinária associada a Sonda Vesical de Demora, nos setores de internação (Pediatria, Ala Amarela e Ala Vermelha).

Mês/ano	Setor de Pediatria	Setor de Ala Amarela	Setor de Ala Vermelha
Julho/2016	0	0	0
Agosto/2016	0	0	13,8
Setembro/2016	0	3,4	13,88
Outubro/2016	0	0	0
Novembro/2016	0	0	0
Dezembro/2016	0	0	0
Janeiro/2017	0	0	0

Fevereiro/2017	0	3,7	0
Março/2017	0	0	0
Abril/2017	0	0	0
Mai/2017	0	0	0
Junho/2017	0	3,6	0
Julho/2017	0	0	0

Extraído de: Portella, 2017

Na Tabela 7, refere-se à Densidade de incidência de Infecção Urinária associada a Sonda Vesical de Demora, nos setores de internação (Pediatría, Ala Amarela e Ala Vermelha). Os valores acima podem se dar devido a nem todos os pacientes que são internados serem submetidos ao procedimento de cateterismo vesical de demora e pela assistência com os pacientes com este dispositivo está sendo realizada da forma adequada, prevenindo dessa forma os casos de ITU.

V.4. 7 Distribuição de microorganismos isolados nos setores de internação

Tabela 8 – Distribuição de microorganismos isolados nos setores de internação

Mês/ano	Total de Microorganismos identificados	Microorganismo mais encontrado
Julho/2016	6	<i>Staphylococcus epidermidis</i> (2) <i>Escheria coli</i> (2)
Agosto/2016	6	<i>Staphylococcus epidermidis</i> (1) <i>Escheria coli</i> (1) <i>Streptococcus agalactie</i> (1) <i>Streptococcus pneumoniae</i> (1) <i>Staphylococcus haemolyticus</i> (1) <i>Streptococcus spp</i> (1)
Setembro/2016	2	<i>Escheria coli</i> (1) <i>Candida albicans</i> (1)
Outubro/2016	0	-

Novembro/2016	0	-
Dezembro/2016	0	-
Janeiro/2017	0	-
Fevereiro/2017	1	<i>Escheria coli (1)</i>
Março/2017	0	-
Abril/2017	0	-
Mai/2017	0	-
Junho/2017	4	<i>Staphylococcus epidermidis (1)</i> <i>Staphylococcus haemolyticus (1)</i> <i>Corynebacterium urealyticum (1)</i> <i>Pseudomonas aeruginosa (1)</i>
Julho/2017	0	-

Extraído de: Portella, 2017

A Tabela 8, refere-se à Distribuição de microorganismos isolados nos setores de internação. Esses microorganismos foram identificados após a internação do paciente, o que comprova que foram adquiridos no período da internação. Nesses meses identificamos outros microorganismos, porem todos os demais tinham origem na comunidade.

V.5 Conclusão

No Estudo de Caso observamos que no período estudado, os dados coletados mostram o perfil das Infecções apresentadas na Unidade. Foi nítido a compreensão da forma de tratamento utilizada, já que a medicação mais utilizada, foi prescrita em quase 75% em relação a todas as outras. É importante destacar que os microorganismos identificados eram provenientes das comunidades, o que nos leva a entender que não tínhamos nenhum microorganismos multirresistente proveniente do ambiente hospitalar, na Unidade. Destacamos também, que as principais Infecções apresentadas, eram nos setores de longa permanência e onde eram realizados procedimentos invisíveis.

O Estudo de Caso nos mostra a importância do acompanhamento por parte das equipes ao paciente com Infecção e que termos o conhecimento acerca de seu manuseio é

essencial para a melhor abordagem escolhida e não só para o paciente, mas também para sua comunidade.

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Infecção Hospitalar (IH) é um dos grandes problemas que sofremos a nível estadual, nacional e mundial, por ser umas das principais causas de óbitos dos pacientes. Ela é definida como aquela adquirida após a internação, que pode se manifestar durante a internação ou mesmo após a alta, fazendo com que muitas vezes o paciente retorne para a Unidade de Saúde.

É importante destacar que muitas das IH não podemos evitar, já que na sua grande maioria, são causadas por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro e os pacientes que são internados estão expostos a uma ampla variedade de microorganismos patogênicos. Dessa forma, ter profissionais capacitados e preparados para realizar a assistência direta a pacientes com esse diagnóstico, é de extrema importância, principalmente os profissionais de enfermagem, já que estão 24h por dia em contatos com os pacientes.

Diante do que já foi dito, o trabalho de investigação apresentado nessa dissertação de mestrado, foi realizado na perspectiva de fazer uma avaliação do nível de conhecimentos dos enfermeiros acerca desse tema tão atual.

Para realizar esse trabalho, primeiro fizemos uma pesquisa bibliográfica sobre Infecção Hospitalar, onde abordamos: Definição e Características do tema; Incidência e Problemática da Infecção Hospitalar, a nível Mundial, nível Estadual e nível Municipal; Respostas (Organizacionais e de Gestão) à Problemática da Infecções Hospitalares, a nível Mundial, nível Estadual e nível Municipal; Intervenção Especializada dos Enfermeiros: Conhecimentos e Práticas. Utilizamos também uma pesquisa de caso controle, sobre o nível de conhecimento dos enfermeiros acerca das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), realizada de forma informal com alguns enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) dos municípios de São Luís e São José de Ribamar. Para finalizar, abordamos um Estudo de Caso, que foi sobre uma pesquisa que se referia aos resultados da análise dos dados retrospectivos, que foram coletados durante o tempo em que trabalhei como supervisora do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar na Unidade de Pronto Atendimento do Araçagy, nos meses de Julho de 2016 a Julho de 2017.

Com tudo que foi realizado, conseguimos identificar que muito do que observamos na pesquisa bibliográfica, conseguimos também observar na pesquisa de caso controle, a não ser por alguns dos profissionais que responderam a pesquisa, informaram que tinham bastante conhecimento em relação as IH's. Durante todo o trabalho, foi observado que as medidas de prevenção são bastante divulgadas e conhecidas, porem o que falta é a adesão dessas, seja por partes dos profissionais de saúde e até mesmo da população.

Nessa dissertação, conseguimos identificar as principais IH's encontradas nas Unidades de Saúde; identificar os principais microorganismos que desencadearam as IH's; identificar os principais antibióticos prescritos para o tratamento das IH's; avaliar as práticas de precaução e controle utilizadas no combate as IH's e investigar de que forma as Unidades de Saúde buscam minimizar a ocorrência das IH's. Concluindo dessa forma, que as Unidades participantes da pesquisa, possuem um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, no qual conseguem acompanhar de que forma os pacientes da Unidade são tratados e quais os melhores cuidados eles devem ter.

Muito se fala em relação a IH, mas o que foi identificado é que muitas das vezes esse assunto é tratado de forma equivocada, o que reflete diretamente na assistência ao paciente e consequentemente no prognóstico.

Assim, este estudo conjuntamente com os contributos dos estudos pré-existentes e com a análise do processo referido anteriormente, permitiram chegar à conclusão que embora, tenhamos pouca literatura que fale do nível de conhecimento dos enfermeiros acerca das IH, que a maioria dos enfermeiros controlam e previnem as Infecções por meio da técnica de higienização das mãos, e algo preocupante é que muito dos funcionários acreditam que a responsabilidade pelo controle e prevenção das Infecções é apenas da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), uma vez que esta Comissão é direcionada para tal, porem o trabalho realizado pela CCIH muitas vezes é tido como sem importância por profissionais que não entendem a importância do seu papel, e muitas das vezes até mesmo por falta de conhecimento em relação a gravidade das IH.

Conclui-se assim, que o objetivo geral desta dissertação foi de fazer uma avaliação o nível de conhecimento dos enfermeiros acerca das infecções hospitalares, foi atingido. Isso porque, percebemos que muitos dos profissionais de enfermagem do nível superior, subestimam as consequências das IH, que embora eles saibam de sua definição

e de suas medidas de prevenção e controle, falta que estes mesmos profissionais entendam a importância da adesão dessas medidas e de serem meios de continuidade de todo esse processo.

Na realização deste trabalho indicam-se algumas limitações: a mais importante dela foi a escassez de bibliografia científica sobre a temática em estudo dificultando uma abordagem mais aprofundada e a falta de adesão a pesquisa de realizada, por parte dos profissionais das Unidades avaliadas.

Em investigações futuras seria interessante poder aumentar o número e tipo de colaboradores envolvidos em estudo, obtendo-se uma perspectiva maior dos profissionais participantes, fazendo com que dessa forma eles entendam que são importantes em todo o processo de prevenção e controle das IH, uma vez que são a categoria que mais tempo passam com os pacientes, seja na assistência direta ou indireta, contribuindo dessa forma com que os cuidados prestados sejam focados em um melhor prognóstico aos pacientes.

Referências Bibliográficas

Abih (2017). *Prevenção e Controle* s.l.: Autor.

Agência Brasil. (2019). *Casos de Infecção no Brasil*. s.l.: Autor.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2017). *Programa de controle de infecção hospitalar*. s.l.: Autor.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2019). *Programa de controle de infecção hospitalar*. s.l.: Autor.

Araújo, M. et. al. (2010). No Brasil, taxa de infecções hospitalares atinge 14% das internações. Brasília: *Agência Brasil*.

[BBC Brasil. \(2005\). Países pobres tem até 20 vezes mais infecção hospitalar em bebês. s.l. Autor. Consultado em 16 de junho de 2019 em: https://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2005/03/050325_infeccaomla.shtml](https://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2005/03/050325_infeccaomla.shtml)

Barros, M. M., Pereira, E. D., Cardoso, F. N., Silva, R. A. (2016). O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. s.l.: *Universitas: Ciências da Saúde*.

Batista, J. R. et al. (2017). Conhecimento da equipe de enfermagem perante os principais tipos de infecções hospitalares. s.l.: *Revista de enfermagem UFPE*.

Bezerra, C. (2020). *Para que serve o exame de escarro e como é feito?* s.l.: Tua Saúde.

Carraro, T. E. (1999). *Mortes Maternas por Infecções Puerperais, os componentes na Assistência de Enfermagem no Processo de Prevenção à Luz de Nightingale e Semmelweis*. Florianópolis: UFSC.

Carvalho, C. M. R. S. et al. (2009). Aspectos de biossegurança relacionados ao uso do jaleco pelos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. Santa Catarina: *Texto contexto*.

Cassini, A. et al. (2018). Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. Europa: *The Lancet Infectious Diseases*. Consulta em 16 de junho de 2019 em [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30605-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30605-4/fulltext)

CEEN. (2020). *5 ações de enfermagem na prevenção de infecção hospitalar*. Goiás: Autor.

Crepepe. (2014). *Controle de Infecção*. s.l.: Autor.

Curso Aprendiz. (2019). *Infecção Hospitalar*. s.l. Autor. Consultado em 24 de março de 2019 em <https://www.cursosaprendiz.com.br/infeccao-hospitalar/>.

Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (2016). *Coleta de Secreção Traqueal*. s.l.: Autor.

Filho, A. A. M. & Oliveira, V. K. (2013). *Urocultura: o que é? Para que serve? Como este exame é feito?* s.l.: ABC MED.

Fiocruz. (2020). *Medidas utilizadas para controle das Infecções*. s.l.: Autor.

Giarola, L. B. et al. (2012). Infecção Hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. s.l.: *Cogitare Enfermagem*.

Guimarães, D. O. et al. (2010). Antibióticos: importância terapêutica e perspectiva para a descoberta e desenvolvimento de novos agentes. s.l.: *Ilarico Pupo. Quim. Nova*, Vol. 33, No. 3.

Hespanhol, L. A. B. et al. (2019). Infecção relacionada à Assistência à Saúde em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. s.l.: *Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem*.

Júnior, C. A. G. F. (2009). *Rotina de Hemocultura*. s.l.: Protocolo de Atendimento.

Martinez, A. C. & Mon, A. M. (1999). O sistema imunológico (I): Conceitos gerais, adaptação ao exercício físico e implicações clínicas. Espanha: *Rev. Bras. Medicina de Esporte*.

Medicina Net. (2010). *Ceftriaxona*. Rio Grande do Sul: Autor.

Ministério da Saúde. (2019). *Resolução CNS Nº 466*. s.l.: Autor.

Monteiro, T. S., & Pedroza, R.M. (2015). *Infecção Hospitalar: visão dos profissionais da Equipe de Enfermagem* (Vol. 5). s.l.: Autor.

Moura, M. L. B., Campelo, S. M. A., Brito, F. C. P., Batista, O. M. A., Araújo, T. M. E., Oliveira, A. D. S. (2017). Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Nangino, G.O. et al. (2012). Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. São Paulo: *Rev. bras. ter. intensiva*.

Neto, M. S. et al. (2014). Comissões de Controle de Infecção Hospitalar no interior do Maranhão, Brasil. s.l.: *J Manag Prim Health Care*.

Neves, V. D. et al. (2019). Infecção hospitalar: métodos de avaliação das medidas econômicas referentes ao tratamento e a prevenção. São Paulo.: *J Manag Prim Health Care*.

Oliveira, R. & Maruyama, S.A.T. (2008). Controle de Infecção Hospitalar; Histórico e Papel do Estado. Goiás: *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. Consulta em 24 de março de 2019 em <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm>

Oliveira, S.M. & Santos, L.L.G. (2018). Infecção do Trato Urinário: estudo epidemiológico em prontuários laboratoriais. s.l.: *Journal Health NPEPS*.

Oliveira, H. M. et al. (2016). Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. São Paulo: *Rev. Esc. Enferm USP*.

Oliveira, A. C. et al. (2009). Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. Minas Gerais: *Rev. Min. Enfermagem*.

Organização Mundial de Saúde. (2017). Estratégias para Segurança do Paciente. s.l.: Autor.

Panorama Farmacêutico. (2017). OMS divulga as dez principais causas de morte no mundo. s.l.: Autor. Consultado em 03 de novembro de 2018 em <https://www.news.med.br>.

Pascoal, A.M.J.G.J. (2017). Factores de Infecção Cirúrgicas em Paciente Operados no Hospital Materno Augusto Ngangula. Angola. Consulta em 24 de março de 2019 em <https://www.webartigos.com/artigos/factores-de-infeccao-cirurgicas-em-pacientes-operadas-no-hospital-materno-augusto-ngangula-julho-dezembro-2004-luanda-angola/150688>

Padilha, M.I.C.S. et. al. (2006). Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. Rio de Janeiro: *R Enferm UERJ*.

Padoveze, M. C. & Fortaleza, C. M. C. B. (2014). Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. São Paulo.: *Rev. Saúde Pública [online]*.

Pereira, M. J. B. et al. (2009). A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. Brasília: *Rev. bras. enfermagem*.

Portella, T. R. A. (2017). *Relatório mensal de indicadores do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar*. Maranhão: Upa Araçagy.

Portella, T. R. A. (2019). *Relatório mensal de indicadores do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar*. Maranhão: Upa Araçagy.

Rocha, L. F. et al. (2010). A Atuação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde na Unidade de Terapia Intensiva: O que fazer? s.l.: *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*.

Rodrigues, C. N. (2015). *Infecções relacionadas à assistência à saúde ocorridas em uma unidade de terapia intensiva de São Luís-MA*. Maranhão: Universidade Ceuma.

Rubin, P. M. (2016). Iras – infecções relacionadas à assistência à saúde. Rio Grande do Sul: [Neoprospecta](#).

Santos, N. Q. (2016). A Resistência bacteriana no contexto da Infecção Hospitalar. s.l.: *Texto Contexto Enfermagem*.

Santos, V. S. (2019). Antibiótico. s.l.: *Mundo Educação*.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. (2017). *Medidas de Prevenção para Controle de Infecção*. s.l.: Autor.

Secretaria de Saúde do Estado do Ceara. (2019). *Estratégias para Controle de Infecção*. s.l.: Autor.

Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. (2019). *Casos confirmados de infecção hospitalar no Maranhão*. s.l.: Autor.

Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. (2021). *Unidades de Pronto Atendimento do Maranhão*. s.l.: Autor.

Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. (2019). *Casos de Infecção Hospitalar*. s.l.: Autor.

Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. (2019). *Ações Estaduais para Controle de Infecção*. s.l.: Autor.

Silva, R. (2018). *Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde*. São Paulo: *Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais da Universidade Brasil*.

Silva, T. F. A. et al. (2014). Mecanismo de ação, efeitos farmacológicos e reações adversas da ceftriaxona: uma revisão de literatura. s.l.: *Revista Eletrônica de Farmácia*.

Siqueira, E. (2019). *No Brasil, taxa de infecções hospitalares atinge 14% das internações*. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Sociedade Brasileira de Clínica Médica. (2015). *Tratamentos para Infecção*. s.l.: Autor.

Souza, E. S. et al. (2015). *Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde*. Santa Catarina: *Texto Contexto Enfermagem*.

Starling, C. (2019). *Infecção hospitalar: como a morte de Tancredo mudou rotinas em hospitais do país*. Minas Gerais: *Saúde Plena*.

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro. (2018). *Coleta de Swab Nasal*. Rio de Janeiro: Autor.

Ventura, D. M. A. et al. (2018). A utilização dos epi e a higienização simples das mãos pelos profissionais de enfermagem. Paraíba: *Temas em Saúde – Faculdade Integrada de Patos*.

World Health Organization. (2020). *Tratamentos para Infecção*. s.l.: Autor.

Anexos

Anexo I – Questionário utilizado na pesquisa de Caso Controle



INTITUTO POLITÉCNICO DE TOMAR – IPT MESTRADO EM GESTÃO

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

O presente questionário está enquadrado num estudo académico realizado no âmbito do Mestrado em Gestão da Escola Superior de Gestão de Tomar (ESGT) – Instituto Politécnico de Tomar (IPT) que tem como objetivo geral a avaliação institucional junto aos enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento do Município de São Luís, Estado do Maranhão, em relação à Infecção Hospitalar.

A sua participação neste estudo é de fundamental importância, pelo que pedimos que responda com honestidade a todas as questões.

A sua participação será voluntária, estando garantido o anonimato.

O questionário é composto por 2 páginas, num total de 12 questões. Para indicar a sua opinião marque com um X a sua resposta.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade para colaborar nesta pesquisa.

1 Qual Unidade de Pronto Atendimento em que trabalha?

Upa Araçagy () Upa Vila Luizão () Upa Parque Vitória () Upa Cidade Operária () Upa Itaqui Bacanga ()
Upa Vinhais ()

2 Sexo: Feminino () Masculino ()

3 Idade: Até 25 anos () De 25 até 35 anos () De 35 até 45 anos () De 45 até 60 anos () 60 anos e superior ()

4 Tempo na Função: Até 5 anos () De 5 até 10 anos () De 10 até 15 anos () De 15 até 20 anos ()
20 anos e superior ()

5 Qual o nível de conhecimento que você possui sobre Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (Infecção Hospitalar)?

Muito reduzido () Reduzido () Razoável () Elevado () Muito elevado ()

6 Você consegue identificar os sinais de um paciente com Infecção Relacionada a Assistência à Saúde?

Muito mal () Mal () Razoável () Bem () Muito bem ()

7 Você considera importante aprender sobre Infecção Relacionada a Assistência à Saúde?

Nada importante () Pouco importante () Razoavelmente importante () Muito importante ()

Extremamente importante ()

8 Qual o grau de conhecimento que você considera ter de como prevenir Infecção Relacionada a Assistência à Saúde?

Muito reduzido () Reduzido () Razoável () Elevado () Muito elevado ()

9 Quais das medidas abaixo você utiliza para prevenir as Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde?

Higienização das Mãos () Adorno Zero () Orientações a Pacientes () Orientações a Acompanhantes ()

Limpeza dos Ambientes () Rodas de Conversas () Treinamentos ()

10 As práticas de prevenção e controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde utilizadas na sua Unidade são eficazes?

Sim () Não ()

Se não, por quê?

11 As normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) são bem definidas e comunicadas a todas as equipes?

Sim () Não ()

12 O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) oferece capacitação aos enfermeiros?

Sim () Não ()

Se sim, quais?
