

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Mário Felipe de Oliveira*
Roberta Garcia Gomes**
Andreia Cristina Barbosa Costa***
Eliza Maria Rezende Dázio****
Rogério Silva Lima*****
Silvana Maria Coelho Leite Fava*****

RESUMO

Introdução: As infecções relacionadas à assistência à saúde são pontos chave para a segurança do paciente e à qualidade dos serviços de saúde. **Objetivo:** Conhecer o significado atribuído pela equipe de enfermagem às práticas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa fundamentado no referencial do Programa Nacional de Segurança do Paciente e na análise de conteúdo. Realizado em 2017 com profissionais de enfermagem de um centro de terapia intensiva de uma instituição hospitalar privada localizada no sul de Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, observação não participante e diário de campo. **Resultados:** Da análise, construiu-se a categoria central, Infecção hospitalar adquirida e cruzada: responsabilidade do ambiente e do paciente, e como subcategorias: Fatores relacionados ao ambiente e organização; Fatores relacionados ao paciente e Fatores relacionados aos profissionais. **Conclusão:** Para os profissionais de enfermagem, as IRAS são adquiridas e cruzadas, relacionadas principalmente ao meio e ao paciente, o que por sua vez, isenta a responsabilidade dos profissionais.

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Unidade de terapia intensiva. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são aquelas adquiridas após a admissão do paciente e se manifestam durante a internação ou após a alta. Constituem os eventos adversos mais frequentes e as principais causas potencialmente prevê níveis de morbimortalidade, com repercussões importantes na vida das pessoas hospitalizadas no que se refere ao aumento do tempo de hospitalização, ao custo do tratamento, à segurança e à qualidade dos serviços de saúde^(1,2).

Centenas de milhões de pacientes são afetados pelas IRAS a cada ano em todo o mundo, acarretando um aumento no índice de mortalidade e prejuízos financeiros para os sistemas de saúde. Estima-se que a cada 100 pacientes hospitalizados, sete em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento irão adquirir pelo

menos uma IRAS⁽³⁾. Destaca-se que, de acordo com dados do *European Centre for Disease Prevention and Control*, aproximadamente 20% a 30% das IRAS são consideradas preveníveis através de programas de controle e higiene intensivos⁽⁴⁾.

Nesta perspectiva, tornam-se necessárias medidas de controle e prevenção de IRAS, implementadas por meio de um Programa de Controle e de Prevenção, em todos os estabelecimentos de assistência à saúde. No entanto, para uma maior adesão às essas práticas, é importante que este seja um programa atuante, estruturado e organizado. Ademais, é fundamental para a segurança dos pacientes que as equipes possuam conhecimento quanto ao impacto das infecções na saúde, e assim possam buscar maior capacitação para atuarem nos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), com isso haverá um melhor desempenho dos profissionais

*Enfermeiro. Graduação em Enfermagem e residente em Urgência e Emergência. Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: mario_felipe_oliveira@hotmail.com. ORCID ID: <http://orcid.org/000.0002.2021.903x>

**Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: betagarcia@yahoo.com.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000.0002.0277.4371>

***Docente. Doutorado em Ciências. Escola de Enfermagem da UNIFAL. Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: andreia.barbosa@unifal-mg.edu.br ORCID ID: <http://orcid.org/000.003.3484.9638>

****Docente. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL. Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: elizadazio@yahoo.com.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000.0001.9216.6283>

*****Docente. Doutor em Ciências. Escola de Enfermagem da UNIFAL. Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: enf_rogerio@yahoo.com.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000.0002.1751.2913>

*****Docente. Doutora em Ciências. Escola de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL, Minas Gerais, Brasil. E-mail: silvanalf2005@yahoo.com.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3186-9596>

e, conseqüentemente, uma redução de até 70% das infecções⁽⁵⁻⁶⁾.

Neste sentido, assistir um paciente com segurança é dever de todo profissional e direito dos usuários das instituições de saúde. Porém, uma assistência livre de danos é um desafio, principalmente em terapia intensiva^(1,7), por ser considerada um setor com tecnologia de ponta e com grande número de equipamentos de suporte e monitorização do paciente crítico, os quais demandam múltiplas intervenções terapêuticas⁽⁷⁾.

A Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, o qual tem por objetivo garantir a qualidade dos serviços de saúde e segurança na assistência ao paciente nas diferentes áreas de atenção, organização e gestão dos serviços em território nacional. Segurança do Paciente é definida como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”^(8,2).

Em face deste contexto, emerge o seguinte questionamento: As práticas seguras na prevenção das IRAS são significativas para a equipe de enfermagem? Para dar resposta ao questionamento, desenvolveu-se o estudo com o objetivo de conhecer o significado que os profissionais de enfermagem de um Centro de Terapia Intensiva Adulto atribuem às práticas para a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

MÉTODOS

Estudo com abordagem qualitativa fundamentado no referencial do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁽⁸⁾ e nos livros da Série de Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada a prática⁽¹⁾, Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde⁽⁹⁾ e da Análise de Conteúdo⁽¹⁰⁾ para a organização dos dados. Vale ressaltar que os manuais da ANVISA utilizados neste estudo eram os vigentes na data da coleta.

Estudo desenvolvido com oito profissionais de enfermagem do centro de terapia intensiva adulto, que contemplou os seguintes critérios de inclusão: integrar o quadro de funcionários desse setor e ter experiência profissional de, pelo menos, seis meses. Os dados foram coletados pelo

pesquisador principal em 2017, a partir de entrevista com roteiro semiestruturado registrada em áudio, observação não participante e o diário de campo. A seleção dos profissionais se deu por conveniência e não houve recusas. As entrevistas foram realizadas individualmente com duração média de oito minutos em sala privativa nas dependências do centro de terapia intensiva adulto a partir das questões: Tem recebido orientações sobre infecção hospitalar? Você tem participado? A que você participou, tratava de qual tema? O que é infecção hospitalar para você? Como você desenvolve as suas atividades no dia a dia para prevenir a infecção hospitalar? A observação não participante e o diário de campo foram desenvolvidos no ambiente de trabalho dos participantes. Para a observação, utilizou-se um roteiro elaborado pelos pesquisadores fundamentado no livro número quatro da Série de Segurança do Paciente da ANVISA⁽⁹⁾. Para realizar as observações foi necessária a imersão do pesquisador no campo durante cinco períodos de seis horas cada uma.

As transcrições foram armazenadas em um arquivo eletrônico do programa *Word da Microsoft Office*. Para organização e análise adotou-se a Análise de Conteúdo seguindo as três etapas propostas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽¹⁰⁾. Após a leitura e a análise dos dados foram extraídas as unidades de registro e de acordo com a análise de frequência foram construídas as categorias⁽¹⁰⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL – MG), conforme processo nº 1.817.834, preservado o anonimato dos participantes, sendo que seus nomes foram substituídos por nomes fictícios escolhidos aleatoriamente pelos autores.

RESULTADOS

Dos oito participantes, constatou-se o predomínio do sexo feminino, casados(as), com idade média de 36,5 anos, número médio de filhos de 1,5; católicos. Seis eram técnicos de enfermagem e dois enfermeiros. O tempo médio de formação foi de 10,88 anos, tempo médio de experiência em CTI adulto de 8,12 anos, o tempo de experiência na instituição pesquisada de 5,98

anos e quatro dos participantes possuíam outro vínculo empregatício.

Após análise percentual das unidades de

registro, segundo o referencial metodológico, foram construídas as categorias que estão apresentadas a seguir:

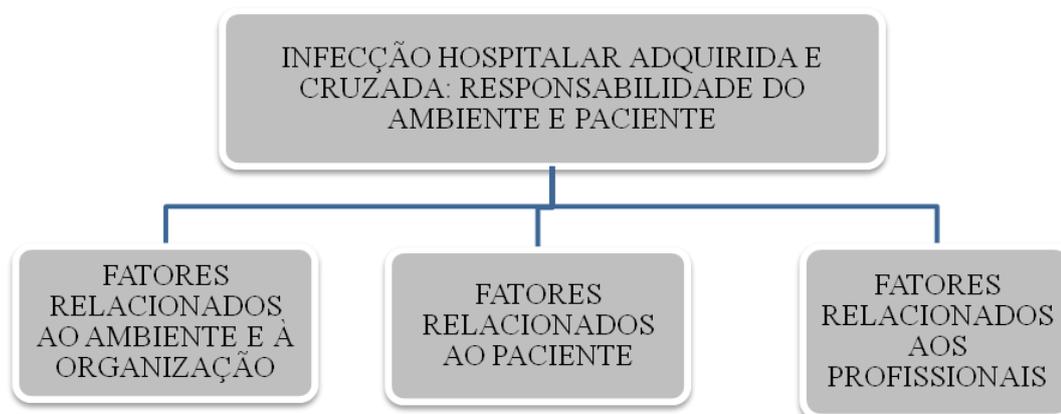


Figura 1 – Apresentação das categorias.

DISCUSSÃO

INFECÇÃO HOSPITALAR ADQUIRIDA E CRUZADA: RESPONSABILIDADE DO AMBIENTE E PACIENTE

As unidades de registro predominantes extraídas das falas dos participantes foram: “infecção cruzada”, “adquirida dentro do hospital”, “coisa adquirida pelo paciente” e “pegou de um para o outro”. Assim, os participantes associaram a infecção relacionada à assistência à saúde aos termos “adquiriu” e “cruzada”.

Infecção hospitalar é um processo infeccioso adquirido em ambiente hospitalar ou em outro local destinado à assistência à saúde, que não estava presente ou em incubação quando da admissão, podendo afetar pacientes durante o processo de cuidado ou após o seu término, também percebida como adquirida no hospital através de materiais e equipamentos⁽¹⁾.

Infere-se que o profissional de saúde não relaciona o seu fazer com a possibilidade de causar infecção relacionada à assistência à saúde entre os pacientes. Ele atribui a infecção ao ambiente hospitalar.

[...] é uma infecção que o cliente adquiriu dentro do hospital, que é algo que ele não tinha e durante a internação ele adquiriu [...] a gente vem entender que pode ser cruzada? Pegou de um pro outro (Dayana).

[...] sabendo que às vezes é de uma bactéria, alguma coisa que já é usual hospitalar (Tiago).

[...] então, é isso que eu não sei te explicar... como que ele adquiriu tipo assim da onde que veio aquela primeira pseudomonas? (Tiago).

A partir destas percepções, a definição de IRAS está relacionada àquela infecção transmitida de um paciente para o outro, e ainda, parece que não há clareza entre os profissionais, de que as suas mãos (contaminadas) por si só podem ser a causa da infecção primária no setor.

Nesse entendimento, os participantes atribuíram maior responsabilidade ao ambiente e ao paciente para o desenvolvimento de infecções nosocomiais do que aos profissionais.

Tornam-se fundamentais a compreensão, os significados ou representações atribuídas pelos profissionais às IRAS, para assim, planejar e implementar ações de educação mais eficazes para o controle e prevenção das mesmas.

FATORES RELACIONADOS AO AMBIENTE E À ORGANIZAÇÃO

Constatou-se que as unidades de registro mais frequentes nesta categoria foram: “lavagem das mãos (educação)”, “Educação (grande veículo)”, “aulas dadas no CTF”, “limpeza com álcool 70% (bomba, fios, equipamentos)”, “a gente é cobrado e tem que ser registrado”.

Aprende-se que estas ações citadas pelos profissionais como medidas preventivas também

foram realizadas como parte do seu fazer no cotidiano de trabalho (DIÁRIO DE CAMPO 30/01, 02/02, 06/02, 07/02 e 09/02 de 2017).

O ambiente parece ser importante para a ocorrência das IRAS. Nesse entendimento, a limpeza com álcool 70% ocorria de maneira concorrente e terminal e foi realizada como rotina nos plantões. A desinfecção ocorria a cada 12 horas, mais do que estabelece a ANVISA⁽⁹⁾, e essa rotina pode ser atribuída à escala das atividades diárias e à obrigatoriedade do registro.

[...] quem chega de noite tem que fazer o mesmo procedimento (desinfecção de superfície e de equipamentos). Tem já uma escala e a gente tem que seguir (Dayana).

[...] o ambiente que a gente trabalha é um meio potencialmente contaminado, as superfícies também têm aquelas bactérias que já são delas e para tanto, uma das rotinas no cotidiano de trabalho para a prevenção das IRAS é a desinfecção de superfícies (Tiago).

Estudo concluiu que torneiras, camas, monitores e teclados são colonizados por diferentes tipos de microrganismos, aumentando a chance de disseminação de infecção e a similaridade de cepas encontradas nas superfícies inanimadas e em pacientes⁽¹¹⁾. As superfícies do ambiente e as mãos dos profissionais são prováveis fontes de agentes bacterianos⁽¹²⁾.

Embora a função da higienização das mãos e o potencial de transmissão de patógenos pelas superfícies no ambiente sejam conhecidos entre os profissionais, como se depreende do fragmento abaixo:

[...] pelas mãos... lavagem incorreta das mãos [...] a gente pode transmitir se a gente tem contato com o paciente sem lavagem das mãos” (Vitória).

Observou-se que esse conhecimento não era devidamente implementado na prática. (DIÁRIO DE CAMPO 30/01, 02/02, 06/02, 07/02 e 09/02 de 2017).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo em que a maioria dos participantes avaliados não realizava a higienização das mãos⁽¹³⁾.

Quanto aos fatores organizacionais, constatou-se que a educação continuada tem priorizado a “lavagem das mãos”, e a limpeza das superfícies, como recomendado pela ANVISA⁽⁹⁾.

[...] aulas dadas no CTI da lavagem das mãos pelos

supervisores (Dayana).

[...] supervisores cobram bastante quanto a isso (higienização da superfície e equipamentos), a gente é cobrado e tem que ser registrado (Tiago).

Por outro lado, percebeu-se que muitas ações realizadas no cotidiano de trabalho e que são importantes na prevenção das IRAS foram pouco mencionadas pelos participantes, de acordo com a análise frequencial:

[...] enfermeira da SCIH passa gráficos, discute casos, participa da passagem de plantão (Edléia).

[...] orientação da SCIH quanto a pacientes em isolamento e curativos (Tiago).

[...] orientação por panfletos/ placas (precaução) (Alice).

É posto que as mudanças de comportamentos em direção à prevenção das IRAS estão relacionadas à compreensão dos fatores de risco e à cultura dos profissionais⁽¹⁾. Desse modo, para que as ações de educação em saúde tenham a sua eficácia, é necessária a criação de uma cultura de segurança institucional em que a culpa e a punição sejam substituídas pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar o cuidado em saúde^(14:2).

Apreende-se que os enfermeiros supervisores e o responsável pela SCHI têm o conhecimento de que a educação permanente é necessária para prevenção de IRAS. Observou-se que o enfermeiro responsável pela SCIH visita o setor diariamente, inclusive participa da passagem de plantão, reforça conduta, compartilha atualizações e promove capacitação (DIÁRIO DE CAMPO 30/01, 02/02, 06/02, 07/02 e 09/02 de 2017).

Um estudo mostra que 82% dos enfermeiros apresentaram conhecimento suficiente sobre educação permanente e 88% compreendem a educação permanente como principal fator controlador de IRAS⁽¹⁵⁾.

Entende-se que as infecções estão diretamente relacionadas ao ambiente e à organização, e é possível desenhar um ciclo de transmissão de patógenos entre ambiente, superfície e paciente. A organização se mostra fator decisivo para a implementação de medidas de prevenção, sendo mais eficaz quando há o estabelecimento no processo de trabalho, de ferramentas como escalas, delegações e livro de registro, atrelado à educação em saúde. A sensibilização do uso de EPI's e a realização da higienização das mãos,

quando do contato com superfícies, também devem ser trabalhadas com o objetivo de desmitificar a impressão de que as superfícies não representam tanto risco quanto os fluidos corporais ou procedimentos.

FATORES RELACIONADOS AO PACIENTE

As unidades de registro mais frequentes foram “Nós já temos as bactérias que no caso de uma imunodepressão, ela pode aparecer” e “o paciente é cheio de portas abertas”, “paciente já tinha (infecção) e dentro do hospital ela se exacerbou”.

[...] Nós já temos as bactérias nossas que no caso de uma imunodepressão... na supressão, ela pode aparecer [...] ou ele (paciente) já tinha essa infecção e dentro do hospital ela se exacerbou (Dayana).

[...] O paciente é cheio de portas abertas (Maria).

Percebe-se a responsabilidade do paciente como agente importante na cadeia de transmissão de patógenos, pelo fato dele ser o portador e que durante a sua internação esses patógenos podem ser ativados e desencadear o processo infeccioso.

As IRAS são categorizadas em três áreas, a saber: iatrogênicas (procedimentos invasivos); organizacionais (o sistema de ar condicionado contaminado, sistema de água contaminado; recursos humanos insuficientes (relação enfermeiro-paciente) e desenho físico do serviço (leitos muito próximos); ou relacionadas aos pacientes (a gravidade da doença, imunossupressão e tempo de permanência)⁽¹⁾.

As IRAS são multifatoriais e são influenciadas por variáveis independentes, sendo que fatores relacionados ao paciente, ao tempo de permanência no hospital, à realização de procedimentos invasivos, à presença de comorbidades e à virulência podem agravar o risco de infecções⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Apreende-se que na percepção dos participantes, as IRAS estão relacionadas ao meio, à organização e ao paciente, de modo que os profissionais se isentam dessa responsabilidade. Verificou-se que a limpeza e desinfecção de superfícies e materiais e a higienização das mãos, principalmente após o cuidado do paciente, foram incorporadas como rotina no processo de trabalho (DIÁRIO DE CAMPO 30/01, 02/02, 06/02, 07/02 e 09/02 de 2017).

FATORES RELACIONADOS AO PROFISSIONAL

Constatou-se que as unidades de registro, “a gente transfere”, “leva, passa para o paciente”, “você leva de um para o outro”, “uso de EPI’s”, “lavagem das mãos”, “lavagem das mãos antes”, foram as mais frequentes.

Embora a causalidade esteja relacionada principalmente ao meio e ao paciente, percebe-se que alguns participantes se colocam como agentes de transferência das IRAS:

[...] A gente pode estar transferindo essa infecção para o paciente (Vitória).

[...] você leva essa infecção de um para o outro (Alice).

[...] a gente está passando uma infecção para o paciente (Elen).

Verificou-se que os profissionais podem ser considerados agentes na cadeia de transmissão, ou seja, levando um patógeno de um paciente contaminado para o outro, e essa transferência pode ocorrer pelas mãos:

[...] por procedimentos invasivos ou pelo próprio veículo que são nossas mãos [...] e lavagem incorreta das mãos [...] a gente pode transmitir se a gente tem contato com o paciente sem lavagem das mãos (Vitória).

Infere-se que para eles a higienização das mãos constitui uma medida importante na prevenção das IRAS, embora tenha observado que os profissionais perdem a chance de realizar a higienização das mãos durante a assistência, conforme preconizado os cinco momentos pela ANVISA (DIÁRIO DE CAMPO 30/01, 02/02, 06/02, 07/02 e 09/02 de 2017).

Esses resultados estão em consonância com as conclusões de uma revisão sistemática ao mencionarem que os profissionais “têm consciência dos benefícios que a simples lavagem das mãos pode trazer, porém, quando busca a prática encontram-se elevados índices de não adesão, isso mostra que existe uma lacuna entre o que se faz e o que se fala”⁽¹⁸⁾.

Quanto aos cinco momentos de higienização das mãos, a maior frequência está relacionada antes do cuidado e após o contato com os fluidos corporais.

[...] mexeu com fezes, troca de luvas, lava as mãos (Rafael).

[...] a gente pode transmitir se a gente tem contato com o paciente sem lavagem das mãos (Vitória).

E, com menor frequência, as seguintes unidades de registro:

[...] lavagem das mãos quando termina o banho e vai fazer o curativo (Dayana).

[...] lavar as mãos em qualquer técnica, qualquer manipulação (Ediléia).

A higienização das mãos deve ser realizada em cinco momentos para a assistência à saúde, a saber: (1) antes de contato com paciente; (2) antes da realização de procedimento asséptico (como inserção de cateteres ou administração de medicamentos endovenosos); (3) após risco de exposição a fluidos corporais (como sangue, saliva ou suor); (4) após contato com paciente e/ou (5) após contato com as áreas próximas ao paciente (mobiliário, maçanetas, bombas de infusão ou qualquer superfície nas proximidades do paciente⁽¹⁹⁾).

Verificou-se que maioria dos participantes citou os momentos de higienização das mãos, porém de forma fragmentada, e não foi citado o momento, após o contato com as áreas próximas ao paciente. As superfícies de ambientes e equipamentos não críticos podem estar contaminadas por agentes infecciosos e favorecer a transmissão de infecção através dos profissionais de saúde⁽²⁰⁾. Com este foco, um estudo com profissionais de um CTI demonstrou que a menor percentagem de HM foi antes do contato com o paciente, seguido de antes de procedimento asséptico⁽²¹⁾.

Observou-se que durante a assistência, na realização de procedimentos que envolviam a mudança de sítios, como a higienização corporal, higienização perineal e realização de curativos, a higienização das mãos não antecedia a troca de luvas (DIÁRIO DE CAMPO 06/02, 07/02 e 09/02 de 2017).

Além da higienização das mãos, o uso de EPI foi considerado uma medida de prevenção das IH.

[...] não ir para o paciente sem luvas (Rafael).

Contudo, para alguns participantes, o uso de EPI foi considerado *a priori* uma medida de segurança para si, e depois, como barreira para evitar a contaminação do paciente.

[...] precaução que eu tomo com relação à máscara, com relação a capote... isso é para proteção minha
[...] sem luva vou estar me contaminando e em

seguida contaminando um outro paciente (Alice).

Em outro aspecto observou-se que alguns profissionais não realizavam devidamente as medidas de prevenção pela falta de tempo em decorrência da sobrecarga de trabalho.

[...] a técnica eu não vou ser hipócrita de falar que a gente segue ela a todo o momento, porque não segue mesmo, não dá [...]é decorre mesmo da quantidade de serviço, é as vezes é um atendimento que precisa ser rápido, então eu acho que seria mais uma sequência disso mesmo, o tempo. Fator tempo. (Tiago).

Em consonância, resultado de uma revisão sistemática apontou que a carga de trabalho é um fator de risco para o desenvolvimento de eventos adversos tais como: infecções, lesão por pressão, quedas e erro de medicação⁽²²⁾.

A responsabilidade da dinâmica de trabalho e da percepção do profissional sobre o serviço desenvolvido contrasta com as suas expectativas e formas de reconhecimento⁽²³⁻²⁴⁾. Infere-se que o fato do profissional não se sentir valorizado e como parte importante do processo de assistência à saúde tem influência no modo como se percebe como membro corresponsável para a qualidade do serviço.

Embora tenham sido evidenciados nos depoimentos que as medidas de prevenção se resumem basicamente na higienização das mãos, no uso de EPI's e na desinfecção de superfícies, observou-se que no cotidiano de trabalho, os profissionais realizavam muito mais atividades que contribuíssem para a prevenção de IRAS, mas parece não associá-las como importantes medidas de prevenção, tais como: elevação da cabeceira do leito entre 30 e 45°, manter o sistema de drenagem vesical fechado e estéril, manter o fluxo de urina desobstruído no sistema de drenagem, esvaziamento da bolsa coletora de urina regularmente, troca do sistema de infusão em tempo determinado com identificação de data de troca (DIÁRIO DE CAMPO 30/01, 02/02, 06/02, 07/02 e 09/02 de 2017). Infere-se que essas atividades são rotineiras e que possivelmente não imprimem um significado na prevenção das IRAS, todavia, são medidas de suma importância que contribuem para a diminuição de eventos adversos garantindo, assim, a segurança do paciente.

Evidencia-se que gerenciar o controle e prevenção das IRAS não é atribuição simples,

porém extremamente necessária para uma assistência à saúde limpa a livre de riscos. Ao enfermeiro compete atuar no planejamento, no gerenciamento, na implementação, na avaliação e no estímulo à valorização dos profissionais para garantir segurança ao paciente e qualidade ao serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção dos participantes, a infecção hospitalar é uma infecção adquirida ou cruzada, que “pega” de um paciente para o outro. O meio e o paciente são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de IRAS, o que parece isentara responsabilidade dos profissionais na cadeia de transmissão dos patógenos.

Embora tenham explicitado a importância das medidas de prevenção, constatou-se a dissonância entre o discurso e a prática, principalmente em relação aos cinco momentos de higienização das mãos. O não cumprimento de tais medidas pode ser atribuído à sobrecarga de trabalho, ao entendimento sobre a cadeia de transmissão, a sua valorização no processo de assistência à saúde, o que contribui para não se sentirem tão importantes na qualidade dos cuidados em saúde.

Torna-se de suma importância a educação

permanente fundamentada em uma abordagem metodológica problematizadora e na valorização do profissional para que as ações propostas possam sensibilizá-lo e produzir o empoderamento e a reconstrução de novos significados sobre IRAS.

A organização e o processo de trabalho normatizados pela instituição demonstraram a sua potencialidade para garantir que medidas de prevenção e controle sejam realizadas, contribuindo para minimizar as taxas de infecções. Embora estas ações expressem uma obrigação, elas foram incorporadas no fazer do profissional.

Como limitações do estudo reconhece-se a amostra por conveniência e o fato das entrevistas terem sido realizadas no horário de trabalho para viabilizar a participação da maioria. No entanto, os resultados podem conduzir para a reflexão dos próprios participantes sobre as medidas preventivas desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho, além de subsidiar chefes, coordenadores e comissões de controle de IRAS para a proposição de ações educativas mais participativas e problematizadoras.

Futuras investigações poderiam utilizar amostras mais amplas com profissionais de outros setores do hospital.

INFECTIONS RELATED TO HEALTH ASSISTANCE UNDER THE VIEW OF NURSING IN ADULT INTENSIVE THERAPY

ABSTRACT

Introduction: Studies on infections related to health assistance are important to patient safety and the quality of health services. Objective: To know the meaning attributed by the nursing team to the practices of prevention of infections related to health care. **Methods:** This is a qualitative study based on the National Patient Safety Program and content analysis. It was held in 2017 with nursing professionals from an intensive care center of a private hospital located in the south of Minas Gerais. Data were collected through a semi-structured interview, non-participant observation and field diary. **Results:** From the analysis, we constructed the central category, acquired and crossed hospital infection: responsibility of the environment and the patient, and as subcategories: Factors related to the environment and organization; Factors related to the patient and Factors related to the professionals. **Conclusion:** For the nursing professionals, the IRHA are acquired and cross-referenced, mainly related to the environment and the patient, which, in turn, exempts the responsibility of the professionals.

Keywords: Cross Infection. Intensive Care Units. Nursing.

INFECCIONES RELACIONADAS A LA ATENCIÓN A LA SALUD BAJO LA ÓPTICA DE LA ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

RESUMEN

Introducción: las infecciones relacionadas a la atención a la salud (IRAS) son aspectos clave para la seguridad del paciente y a la calidad de los servicios de salud. **Objetivo:** conocer el significado atribuido por el equipo de enfermería a las prácticas de prevención de infecciones relacionadas a la atención a la salud. **Métodos:** se trata de un estudio, con abordaje cualitativo fundamentado en el referencial del Programa Nacional de Seguridad al Paciente y en el análisis de contenido, realizado en 2017 con profesionales de enfermería de un centro de cuidados intensivos de una institución hospitalaria privada ubicada en el sur de Minas Gerais-Brasil. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada, observación no participante y diario de campo. **Resultados:** del análisis, se construyó la categoría

central, Infecção hospitalar adquirida e cruzada: responsabilidade do ambiente e do paciente, e como subcategorias: Fatores relacionados ao ambiente e à organização; Fatores relacionados ao paciente e Fatores relacionados aos profissionais. **Conclusão:** para os profissionais de enfermagem, as IRAS são adquiridas e cruzadas, relacionadas principalmente ao meio e ao paciente que, a sua vez, exenta de responsabilidade aos profissionais.

Palavras chave: Infecção hospitalar. Unidade de cuidados intensivos. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília, 2013. Disponível em: <https://proqualis.net/manual/assist%C3%A2ncia-segura-uma-reflex%C3%A3o-te%C3%B3rica-aplicada-%C3%A0-pr%C3%A1tica>.
2. Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2016 – 2020. 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>.
3. WHO, World Health Organization. Health care-associated infections Fact Sheet. 2014. Available from: http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf.
4. ECDC, European Centre for Disease prevention and Control. Healthcare-associated infections. 2016. Available from: <https://ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>.
5. CDC, Centers for Disease Control and prevention. Healthcare-associated Infections (HAI) Progress Report. 2016. Available from: <http://www.cdc.gov/hai/surveillance/progress-report>.
6. Oliveira HM, Lacerda RA. Intervent variables in the performance of health care-associated infection control programs. *Cienc Cuid Saude*. 2019; 18(2):e45167-e45177. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i2.45167>.
7. Ouchi JD, Lupo APR, Alves BO, Andrade RV, Fogaça MB. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Rev Saúde em Foco*. 2018; 10:412-428. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529. Dispõe sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPSP). Brasília (DF); 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
9. Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo4.pdf.
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edição 70, 2013.
11. Dresch F, Birkheuer CF, Rempel C, Maciel MJ. Contamination of surfaces located in intensive care units and operating rooms: a systematic review of the literature. *Rev Epidemiol Control Infecç*. 2018; 8(1):85-91. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v1i1.9897>.
12. Tajeddin E, Rashidan M, Razaghi M, Javadi SS, Sherafat SJ, Alebouyeh M et al. The role of the intensive care unit environment and health-care workers in the transmission of bacteria associated with hospital acquired infections. *J Infect Public Health*. 2016; 9:13-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.05.010>.
13. Ferreira A, Weblar JM, Silva JOM, Rozin L, Matia G. Adesão aos cinco momentos de higienização das mãos em unidades de terapia Intensiva de um hospital pediátrico. *Rev Saúde Publ. Paraná*. 2017; 18(2):96-104. doi: <http://dx.doi.org/10.5433/15177130-2017v18n2p96>.
14. Wegner E, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(3):e20160068. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.
15. Silva AC, Rodrigues LMC, Souza MMT, Bibiano RS. A enfermagem frente à educação permanente na prevenção e no controle da infecção hospitalar. *Revista Pró- UniverSUS*. 2014; 5(2):05-10. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/514>.
16. Sinésio MCT, Magro MCS, Carneiro TA, Silva KGN. Risk factors for healthcare-associated infections in intensive care units. *Cogitare Enferm*. 2018; (23)2:e53826. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53826>.
17. Negi V, Pal S, Juyal D, Sharma MK, Sharma N. Bacteriological Profile of Surgical Site Infections and Their Anti-biogram: A Study From Resource Constrained Rural Setting of Uttarakh and State. *J Clin Diagn Res*. [Internet] 2015; 9(10):DC17-20. doi: <https://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2015/15342.6698>.
18. Sousa ECP, Silva FL. Conhecimento e adesão da prática de higienização das mãos dos profissionais da saúde. *Rev Saúde em Foco*. 2016; 3(1):84-93. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/742>.
19. Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartazes: Os 5 momentos de higienização das mãos. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacao/item/os-5-momentos-para-higienizacao-das-maos>.
20. Rutala WA, Weber DJ. Monitoring and improving the effectiveness of surface cleaning and disinfection. *Am J Infect Control*. 2016; 44(5Suppl):e69-76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.10.039>.
21. Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(4):21-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090>.
22. Oliveira AC, Garcia PC, Nogueira LS. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(4):679-689. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000500020>.
23. Witczak, MVC, Machado JAA. O ato de higienizar as mãos e a produção psicossocial de sentidos no trabalho. *J Infect Control*. 2015; 4(2):54-55. Disponível em: <file:///C:/Users/pse/Downloads/112-513-1-PB.pdf>.
24. Belega-Anacleto ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(2):442-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189>.

Endereço para correspondência: Mário Felipe de Oliveira. Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, nº 700, Alfenas-MG. CEP: 37130-001. Tel: (43) 98436-1598. E-mail: mario_felipe_oliveira@hotmail.com

Data de recebimento: 04/01/2019

Data de aprovação: 12/07/2019