

Conhecimento dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva sobre infecções relacionadas à assistência em saúde

Knowledge of nurses in an intensive therapy unit on health care-infected infections

Conocimiento de las enfermeras en una unidad de terapia intensiva sobre infecciones infectadas por el cuidado de la salud

Recebido: 09/07/2019 | Revisado: 23/07/2019 | Aceito: 11/08/2019 | Publicado: 24/08/2019

Marcelo Augusto Wachholtz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1225-5903>

Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES, Brasil

E-mail: marcelo.wachholtz@universo.univates.br

Arlete Eli Kunz da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5655-3646>

Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES, Brasil

E-mail: arlete.costa@univates.br

Luís Felipe Pissaia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4903-0775>

Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES, Brasil

E-mail: lpissaia@universo.univates.br

Resumo

Este estudo objetivou descrever o conhecimento dos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de médio porte do Vale do Taquari sobre Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS). Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, de abordagem qualitativa, realizado com seis enfermeiros intensivistas. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras elaboradas pelo pesquisador. Sendo que as entrevistas tiveram seus áudios gravados e analisados conforme a Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo evidenciou compreensão clara dos enfermeiros acerca do termo IRAS. Os entrevistados citaram a higienização das mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e educação continuada em saúde como ferramentas de combate as IRAS. De modo geral verbalizaram que as IRAS impactam ao paciente, elevando seu tempo de internação, aumentando custos para instituição, presença de resistência bacteriana devido ao uso irracional de antibióticos (ATBs). Sendo assim, é

fundamental a reflexão por parte dos profissionais prescritores acerca da importância do uso racional de ATBs. Os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente devem refletir sobre o impacto que as IRAS causam no paciente, aperfeiçoando a assistência prestada.

Palavras-chave: Infecção Relacionada à Assistência em Saúde; Unidade de Terapia Intensiva; Controle de infecção; Enfermagem.

Abstract

This study aimed to describe the knowledge of nurses of an Intensive Care Unit (ICU) of a mid-size Taquari Valley Hospital about Healthcare-Related Infections (IRAS). This is an exploratory, descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach, conducted with six intensive care nurses. Data collection was performed through a semi-structured interview with guiding questions elaborated by the researcher. The interviews had their audios recorded and analyzed according to Bardin's Content Analysis. The study showed clear understanding of nurses about the term IRAS. Respondents cited hand hygiene, use of Personal Protective Equipment (PPE), and continuing health education as tools to combat HAI. In general, they stated that HAI impact patients, increasing their length of stay, increasing costs for the institution, the presence of bacterial resistance due to the irrational use of antibiotics (ATBs). Thus, the reflection by prescribing professionals about the importance of rational use of ATBs is fundamental. Healthcare professionals involved in patient care should reflect on the impact that HAI has on the patient, improving care delivery.

Keywords: Infection Related to Health Care; Intensive care unit; Infection control; Nursing.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo describir el conocimiento de las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital mediano de Taquari Valley sobre las infecciones relacionadas con la atención médica (IRAS). Este es un estudio exploratorio, descriptivo, transversal con un enfoque cualitativo, realizado con seis enfermeras de cuidados intensivos. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada con preguntas guía elaboradas por el investigador. Las entrevistas registraron y analizaron sus audios según el análisis de contenido de Bardin. El estudio mostró una clara comprensión de las enfermeras sobre el término IRAS. Los encuestados mencionaron la higiene de las manos, el uso de equipos de protección personal (EPP) y la educación continua en salud como herramientas para combatir el HAI. En general, declararon que el HAI afecta a los pacientes, lo que aumenta la duración de su estadía, aumenta los costos para la institución, la presencia de resistencia bacteriana debido al uso irracional de antibióticos (ATB). Por lo tanto, la reflexión al prescribir profesionales sobre la importancia del uso racional de los ATB es

fundamental. Los profesionales de la salud involucrados en la atención al paciente deben reflexionar sobre el impacto que HAI tiene en el paciente, mejorando la prestación de atención.

Palabras clave: Infección relacionada con el cuidado de la salud; Unidad de terapia intensiva; Control de infecciones; Enfermería.

1. Introdução

A existência das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) remontam antes mesmo da edificação dos primeiros hospitais, em 330 a. C., o qual não tinha a intenção de recuperar a saúde dos pacientes, mas sim isolá-los da sociedade (Oliveira & Maruyama, 2008). Como na época as condições nessas casas de saúde eram precárias e não havia classificação das patologias, as mesmas agravavam-se devido a infecções cruzadas, ou seja, desenvolviam-se outras patologias como resultado da hospitalização (Oliveira & Maruyama, 2008).

Segundo Fernandes, Fernandes & Filho (2000), em 1847, o médico cirurgião húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), observou altas taxas de infecção puerperal em mulheres que tinham sido tratadas por médicos que executavam necropsias e não realizavam a higienização correta das mãos e dos materiais. A partir dessa constatação, instituiu-se a rotina de higiene das mãos com solução clorada (Fernandes, Fernandes & Filho, 2000). No Brasil, os primeiros registros de IRAS ocorreram em 1956, na década de 50, onde relatos apontavam que processos de esterilização errôneos, uso desenfreado de antibióticos, falta de regras de higiene e o não isolamento ou isolamento indevido de paciente com doenças infecciosas, eram as principais causas (Fernandes, Fernandes & Filho, 2000).

Em 1998 foi publicada a Portaria nº 2616, a qual contém cinco anexos que tratam a respeito das diretrizes e normas direcionadas para a prevenção das IRAS. Considerando as determinações da Lei nº 9431, de 6 de janeiro de 1997, a qual dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país a respeito do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) (Brasil, 1998).

Neste contexto, as IRAS são classificadas como endógenas e exógenas. A primeira por sua vez se dá a partir de Microrganismos (MR) do próprio paciente, onde a população microbiana seja suficientemente virulenta ou numerosa para superar a resistência anti-infecciosa e iniciar o processo infeccioso. Como por exemplo, pacientes imunodeprimidos.

Enquanto a segunda, é adquirida quando a exposição ao MR ocorre devido a constantes procedimentos invasivos, ou técnicas assépticas realizadas de forma incorreta pelo profissional de saúde que está realizando assistência (Oliveira, Francalino, Silva, Júnior, & Lima, 2017; Couto, Pedrosa, Cunha, & Amaral, 2009).

As IRAS é um dos grandes problemas encontrados nas unidades hospitalares, especificamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde elas se tornam complicações frequentes nos pacientes que estão internados. A incidência de IRAS varia conforme as particularidades de cada UTI, como por exemplo infraestrutura, tipos de patologias atendidas na unidade, educação continuada e recursos humanos (Souza, Nicoletti, Boszczowsk, Puccini, & Ramos, 2009).

No mundo todo, um em cada quatro pacientes que necessitam de cuidados intensivos, adquirem IRAS. Nos países latino-americanos, essas taxas variam de 5% a 70%, e no Brasil, estima-se que entre 6,5% e 15% dos pacientes internados tenham IRAS, e que entre 50.000 e 100.000 óbitos anuais estejam associados à doença, porém os dados são antigos ou trazem poucas evidências científicas. Além do que esses dados não são consolidados por muitas instituições, dificultando dessa forma ter conhecimento sobre o tamanho do problema no país (Silva & Rau, 2012).

Sendo assim, este estudo objetivou descrever o conhecimento dos enfermeiros de uma UTI de um hospital de médio porte do Vale do Taquari sobre IRAS. Em 1998 foi publicada a Portaria nº 2616, a qual contém cinco anexos que tratam a respeito das diretrizes e normas direcionadas para a prevenção das IRAS. Considerando as determinações da Lei nº 9431, de 6 de janeiro de 1997, a qual dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país a respeito do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) (Brasil, 1998).

As IRAS endógenas ocorrem a partir de Microrganismos (MR) do próprio paciente, onde a população microbiana seja suficientemente virulenta ou numerosa para superar a resistência anti-infecciosa e iniciar o processo infeccioso. Como por exemplo, pacientes imunodeprimidos. Enquanto a exógena, é adquirida quando a exposição ao MR ocorre devido a constantes procedimentos invasivos, ou técnicas assépticas realizadas de forma incorreta pelo profissional de saúde que está realizando assistência (Oliveira, Francalino, Silva, Júnior, & Lima, 2017; Couto, Pedrosa, Cunha, & Amaral, 2009).

Sendo assim, este estudo objetivou descrever o conhecimento dos enfermeiros de uma

UTI de um hospital de médio porte do Vale do Taquari sobre IRAS.

2. Metodologia

Estudo do tipo transversal, descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na UTI de um hospital de médio porte do Vale do Taquari, durante o mês de outubro de 2018.

Para a pesquisa recrutou-se os enfermeiros atuantes na UTI adulto, sendo seis profissionais. Utilizou-se de critérios de inclusão: enfermeiros que realizam assistência na UTI, que aceitaram responder ao questionário e que atuam por no mínimo há 3 meses na UTI adulto. E critérios de exclusão: enfermeiros que estejam de férias, licença maternidade ou licença saúde; enfermeiros que recusarem participar da pesquisa. Ressalta-se que somente um enfermeiro foi excluído da pesquisa, pois estava em período de férias.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com as diretrizes e normas regulamentadoras de estudos envolvendo seres humanos, e não acarretou em prejuízos ou danos aos participantes. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar por meio de carta de anuência. Antes de iniciar a gravação, foram explicados aos participantes de forma clara os objetivos do estudo, e aos que aceitaram colaborar com a pesquisa foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas de forma individual em sala reservada disponibilizada pela instituição hospitalar. A coleta de dados ocorreu por meio do registro dos áudios dos participantes. Para a entrevista utilizou-se questões norteadoras, sendo elas: “Você conhece as Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde?”; “Qual é o papel do enfermeiro frente ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde?”; e “Qual é o impacto do controle das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde na qualidade da assistência em saúde”.

Como instrumento de pesquisa utilizou-se de entrevistas semiestruturadas a partir de questões norteadoras elaboradas pelos pesquisadores, tendo os áudios gravados e posteriormente transcritos na íntegra no *software* de processamento de texto *Microsoft Word*. A fim de manter o anonimato dos participantes, suas identidades foram substituídas pelo substantivo masculino “Enfermeiro” para nomeá-los, seguido de algarismos numéricos

correspondendo à ordem das entrevistas (Ex. Enfermeiro 1, Enfermeiro 2). A descrição e análise dos dados foram de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2016), realizada pelos autores, conforme as diferentes fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos.

3. Resultados e discussão

Dentre os entrevistados a idade variou de 31 a 51 anos, sendo quatro do sexo masculino e dois do sexo feminino. Quanto ao período de formação na área de enfermagem houve uma variação de quatro a 24 anos para ambos os sexos. O período de trabalho na UTI variou de um a 24 anos. Somente um não possuía especialização na área, os outros cinco possuíam de uma a quatro especializações.

A partir da análise e classificação das informações obtidas, os resultados foram agrupados, constituindo três categorias, sendo: “Conhecimento dos enfermeiros sobre a Infecção Relacionada à Assistência em Saúde”; “Papel do enfermeiro frente ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde”; e “Impacto do Controle das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde na qualidade da assistência em saúde”.

3.1 Conhecimento dos enfermeiros sobre a Infecção Relacionada à Assistência em Saúde

Constatou-se nas falas a seguir, que os participantes demonstraram de uma forma geral deter conhecimento sobre o conceito de IRAS. Sendo isso de grande importância, pois para combatê-la é necessário primeiramente saber a definição do termo, conforme as falas abaixo:

“Infecção hospitalar é toda infecção contraída pelo paciente durante o período de internação e mesmo após a alta” (Enfermeiro 2).

“Infecção hospitalar é toda aquela infecção adquirida dentro do período de internação e até 48 horas após a alta do paciente” (Enfermeiro 3).

Sucintamente, conceituam-se IRAS como qualquer processo infeccioso adquirido no recinto hospitalar, e é assim que a maioria dos profissionais de enfermagem a retratam (Santos, Cabral, Brito, Araújo Madeira, Costa, & Carvalho, 2008). A Portaria MS nº 2616 de 1998, que regulamenta as medidas de prevenção e controle de IRAS no país, também

conhecidas como IRAS, define como aquelas adquiridas após 48 horas da admissão do paciente e que se manifestam durante a sua internação ou após a alta, quando tiver possibilidade de ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares realizados durante o período de internação (Brasil, 1998).

Um dos participantes da pesquisa demonstrou em sua fala, conhecimento sobre os diferentes tipos de IRAS, citando os mais comuns. Demonstrando mais uma vez que os profissionais detêm de conhecimento conceitual, mesmo sendo um assunto abrangente, conforme o trecho abaixo:

“[...] o conhecimento que eu tenho sobre infecção hospitalar, é a partir do momento que tu pode adquirir ela pelas vias então que seria o trato urinário, sondas vesicais né, de demora, de alívio que são utilizadas aqui, infecções de acessos venosos periféricos ou centrais, relacionadas a cirurgias, a ventilação mecânica” (Enfermeiro 6).

Algumas das ocorrências de IRAS são as Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) e Infecções do Trato Respiratório (ITR), esta que ocorre por aspirações repetidas de pequenos volumes de secreção das Vias Aéreas Superiores (VAS) ou broncoaspiração maciça de conteúdo gástrico ou ainda contaminação devido à instrumentação respiratória. Ainda existe a IRAS ocasionadas pelo uso de ventilação mecânica, Infecções do Trato Urinário (ITU), esta que ocorre na maioria das vezes pela manipulação do trato urinário, em especial pelo uso de cateter vesical. Apresentam-se ainda as septicemias, onde ocorre a invasão da corrente sanguínea (Couto, Pedrosa, Cunha, & Amaral, 2009).

A partir de um foco infeccioso preexistente localizado no trato urinário, respiratório, entérico e cateter vascular prolongado, por mais de 48 horas, chega a causar entre 62 a 65% das septicemias hospitalares (Couto, Pedrosa, Cunha, & Amaral, 2009).

3.2 Papel do enfermeiro frente ao Controle das Infecções Relacionada à Assistência em Saúde

A relevância da enfermagem no controle das IRAS existe desde que Florence Nightingale (1820-1910), demonstrou preocupação perante uma série de problemas, e durante a Guerra na Criméia, padronizou procedimentos e cuidados voltados à higienização e limpeza das casas de saúde, utilizando técnicas assépticas (Haddad & Santos, 2011). Um dos

participantes salientou que detêm de conhecimento necessário sobre o assunto, porém acaba se tornando mecanicista e agindo de forma negligente em determinadas situações, conforme o trecho abaixo:

“[...] muitas vezes as pessoas nem se dão conta que estão fazendo errado, até tem o conhecimento, mas é tão automático, com o tempo se torna mecanicista toda a nossa assistência” (Enfermeiro 5).

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem demonstrou que os mesmos detêm de conhecimento teórico com fundamentação científica sobre as IRAS. Porém assumem que não seguem as medidas de prevenção e controle, desta forma expondo eles próprios e os pacientes aos riscos (Santos, Cabral, Brito, Araújo Madeira, Costa, & Carvalho, 2008). Neste contexto, verificou-se que alguns entrevistados verbalizaram sobre a importância da higienização das mãos frente ao controle das IRAS, conforme os trechos abaixo:

“[...] lavagem de mãos, que é preconizado, que é o essencial né? Na chegada ao setor faz a lavagem adequada, com todos os passos, e sempre que lidar com o paciente, entre um paciente e outro, na troca de luvas, higiene das mãos na minha opinião é uma das práticas mais importantes para evitar a infecção hospitalar, claro que envolve muitas outras coisas, mas assim, é umas das práticas mais importantes no meu ponto de vista” (Enfermeiro 2).

Lavagem de mãos né, [...] infecção hospitalar é transmitida pelas mãos, então lavar as mãos é umas das coisas mais importantes que muitas vezes não é feito né” (Enfermeiro 1).

É mundialmente reconhecido e comprovado que cerca de um terço das IRAS podem ser prevenidas com o simples ato de higienização das mãos, desde que realizado com a duração e técnica correta. É uma prática eficaz, econômica e eficiente, mas infelizmente essa simples ação é esquecida pelos profissionais que acabam por não compreender muitas vezes os mecanismos básicos de transmissão de MR (Silva & Rau, 2012). A área da enfermagem é a categoria profissional mais envolvida com os cuidados ao paciente, seja de forma direta ou indireta, logo, conseqüentemente está também envolvida com a profilaxia e o controle de IRAS, onde a higienização das mãos possui um papel importante (Tipple, Mendonça, Melo, Silva, Pereira & Santos, 2007).

No entanto, apesar das evidências e da disponibilidade de produtos e técnicas para realizar corretamente a higiene das mãos, muitos profissionais realizam a técnica de maneira incorreta, sem observar as recomendações, não realizando em aproximadamente 60% das vezes que seria necessário ou indicado (Locks, Lacerda, Gomes & Serratine, 2011). Ainda

nesta categoria, três participantes citaram a relevância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) durante a assistência prestada ao paciente, conforme os trechos abaixo:

“[...] se tu vais num paciente ali, vamos dizer sem uso de luvas, [...] tipo de coisa que tem como evitar, porque a gente ganha ali os EPI's, luvas, tudo [...]” (Enfermeiro 1).

“O meu papel é minimizar qualquer risco inerente ao atendimento de enfermagem e até a prestação do serviço de outros colegas, de outros profissionais da equipe multiprofissional, orientar o que pode ser feito...se o fisioterapeuta tá atendendo sem luva eu tenho que ir lá comunicar ele, ou ele botou a luva e quer atender os dez pacientes que eu tenho aqui, a cada paciente tem que trocar de luvas, mesma coisa para os estagiários de medicina, os estagiários de enfermagem, estagiários de fisioterapia, todos eles a gente tem que estar sempre de olho [...]” (Enfermeiro 3).

“A gente tem isolamento de contato né, que seria uso de avental e luva, cada leito tem avental exclusivo pro paciente, cada técnico usa material exclusivo de cada paciente, sendo intransferível, [...] material de segurança tanto pro paciente quanto pro profissional [...]” (Enfermeiro 6).

A Norma Regulamentadora nº 6 (NR-6) considera “Equipamento de Proteção Individual - EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho” (Brasil, 2007). Durante a assistência à saúde, os profissionais envolvidos utilizam de medidas que visam protegê-los da aquisição ocupacional de infecções, e também ao mesmo tempo impossibilita a transmissão de microrganismos de um paciente para o outro (Carrara, Strabelli & Uip, 2016).

Além das Precauções Padrão (PP), que seria higienização das mãos, uso adequado de EPIs (luvas de procedimento, avental, óculos de proteção, máscara cirúrgica), temos três precauções específicas que seriam aquelas medidas adicionais, além das PP, são elas: **Precauções por Contato (PC)**, que devem ser empregadas onde há risco de transmissão por contato, seja ele direto ou indireto, alguns exemplos: escabiose, vírus sincicial respiratório, microrganismos multirresistentes, *Clostridium difficile*; **Precauções para Gotículas (PG)**, que se destinam a prevenir a transmissão de patógenos com dimensão acima a 5 µm, como por exemplo nos casos adenovírus, influenza, caxumba; e por fim as **Precauções para Aerossóis (PA)**, as quais visam prevenir a transmissão de patógenos disseminados por partículas com dimensão inferior a 5 µm, partículas essas que podem permanecer suspensas no ar por extensos períodos, como por exemplo nos casos de tuberculose, sarampo, varicela, herpes-zoster (Carrara, Strabelli & Uip, 2016).

Por fim nessa categoria, parte dos participantes verbalizou sobre o papel do enfermeiro como líder, no sentido de promover treinamentos com sua equipe, buscando sempre aperfeiçoamento em sua área profissional, para prestar constantemente melhor assistência ao seu cliente, conforme os trechos abaixo:

“[...] o papel do enfermeiro, ele sempre como líder [...]” (Enfermeiro 4).

“O papel do enfermeiro, [...] como o enfermeiro fica à frente de tudo, é treinamento com a equipe [...]” (Enfermeiro 2).

“Papel do enfermeiro é muito importante, porque ele além de orientar né, ele é um orientador, [...] a gente tem que [...] treinar o pessoal e observar se tá sendo feito ou não, que acho que é muito importante, treinamento in loco é muito prático [...]” (Enfermeiro 5).

Os enfermeiros devem em seu cotidiano, desenvolver diversas práticas visando controle de IRAS, entre elas, ministrar palestras com a equipe de saúde, sempre que necessário. Orientar familiares e pacientes sobre medidas de controle e juntamente com sua equipe, procurar seguir o manual do SCIH (Teixeira, Pedro & Carneiro, 2012).

O profissional de enfermagem é percebido como o principal responsável pelo papel educativo de toda a sua equipe de saúde, realizando supervisão contínua e tendo em vista ter bom vínculo com ela, ou seja, deve ser o propagador das boas práticas de prevenção das IRAS, sendo referência e exemplo para os demais integrantes da equipe de saúde (Santos, Cabral, Brito, Araújo Madeira, Costa, & Carvalho, 2008). Nesse contexto de promover treinamentos com sua equipe, ressalta-se a importância da educação continuada para o serviço de enfermagem, visando beneficiar e qualificar a assistência ao paciente. Pois somente realizando um processo educativo atualizado e coeso com as necessidades de cada equipe, os profissionais se mantêm valorizados e capacitados para demonstrar boa prática profissional (Paschoal, Mantovani & Meier, 2007).

3.3 Impacto do Controle das Infecções Relacionada à Assistência em Saúde na qualidade da assistência em saúde

Ao pesquisar sobre as IRAS, verificou-se que uma das maiores formas de sua disseminação ocorre por infecção cruzada. Os profissionais da área da saúde são os principais intermediários para essa propagação através da assistência realizada aos pacientes. É

fundamental associar o conhecimento e informações desenvolvidas em pesquisas e práticas clínicas à assistência em enfermagem para evitar a ocorrência de infecções cruzadas (Albuquerque, Souza, Torquato, Trigueiro, Araújo Ferreira & Ramalho, 2013). Sobre o tema, os participantes demonstraram conhecimento sobre o tema e capacidade de reflexão sobre o papel de disseminador das IRAS, conforme se elencou alguns relatos abaixo:

“Práticas do enfermeiro impactam direto né!? [...] vai num paciente [...] sem lavar as mãos e depois tu vai para o outro, tu vai transmitir ali infecção cruzada [...]” (Enfermeiro 1).

“[...] todos leitos são isolados, minimizando o risco de infecções cruzadas [...]” (Enfermeiro 6).

Neste contexto, o paciente adquire MR geralmente a partir da transmissão pelo contato das mãos dos profissionais envolvidos na assistência ou então pelo contato direto com material ou ambiente contaminado. Os MRs podem aderir e colonizar qualquer superfície biomaterial, colocando o paciente em situação de risco, podendo adquirir uma infecção local ou sistêmica (Oliveira, Cardoso & Mascarenhas, 2010; Smeltzer & Bare, 2005).

A prevenção da infecção cruzada é uma das responsabilidades do enfermeiro, o qual tem a obrigação moral, ética e legal de prestar o atendimento com parâmetros ideais que a interrompa. Desta forma, garantindo a utilização de materiais esterilizados durante os procedimentos com os pacientes, sendo essa uma medida imprescindível para evitar a infecção cruzada (Ferreira, Andrade, Almeida, Cunha & Rigotti, 2011).

No decorrer das entrevistas, a grande maioria dos participantes verbalizou que a aquisição de IRAS, impacta diretamente no tempo de internação e na resistência antimicrobiana. Consequentemente esses dois fatores elevam os custos de internação do paciente, sendo isso um fator negativo, pois impacta diretamente na assistência do paciente e por outro lado, ocasiona um grande impacto financeiro na instituição hospitalar, conforme os relatos abaixo:

“Diminuição de custos [...] melhora tudo, o paciente não tendo infecção ele vai ter um tempo menor de internação [...] ele tem resposta melhor [...] ao antibiótico [...]” (Enfermeiro 3).

“Com certeza o período de internação dele, tomando os devidos cuidados, o período de internação dele vai ser bem menor, o custo para o hospital acaba sendo menor [...]” (Enfermeiro 2).

“Vai impactar de uma forma econômica, vai se reduzir custos [...]” (Enfermeiro 4). “Vai trazer para o paciente muitos benefícios né, primeiro assim, vai diminuir o tempo dele de internação, os processos do antibiótico

né!? Muitas vezes vai ter que trocar o antibiótico, vai sair mais caro para instituição, criar resistência antimicrobiana [...]” (Enfermeiro 5).

É de extrema importância o ajuste dos Antibióticos (ATBs) de acordo com os resultados das culturas, as quais devem ser realizadas o mais rápido possível, com o intuito de diminuir a resistência bacteriana e, conseqüentemente, reduzir os custos no tratamento antimicrobiano dos pacientes. As IRAS são multifatoriais, ou seja, deve-se levar em conta tempo de permanência do paciente na instituição, gravidade clínica do mesmo, realização de procedimentos invasivos, uso de ATBs, probabilidade de colonização e mortalidade, esses fatores tornam complexo seu tratamento. Logo, deve-se levar em consideração que as IRAS trazem uma elevação dos custos não só com antimicrobianos, mas com uma série de outros fatores (Oliveira, Paula & Rocha, 2015).

Analisar o aumento dos custos com antimicrobianos para o tratamento de pacientes com IRAS é de extrema relevância, no sentido de despertar os profissionais de saúde sobre a grande preocupação com os novos mecanismos de resistência bacteriana, gerando reflexões sobre suas práticas assistenciais. As evidências sobre a redução do arsenal terapêutico vivenciada nos dias atuais, os custos associados ao uso de ATBs alternativos, além das elevadas taxas de morbimortalidade dos pacientes com IRAS causadas por MR devem favorecer o uso racional dos ATBs disponíveis (Oliveira, Paula & Rocha, 2015).

O impacto econômico da resistência bacteriana afeta de forma diferente os diversos atores envolvidos no processo de fornecimento e uso de antimicrobianos. O prescritor tem o custo da ineficácia da terapia convencional, com eventual perda de pacientes. O paciente tem o custo da doença não solucionada e de eventual morte. Por sua vez, a instituição hospitalar gasta demasiadamente, desequilibrando recursos geralmente escassos, os quais poderiam ser destinados ao custeio de outras propostas (Rodrigues & Bertoldi, 2010).

As implicações decorrentes das IRAS englobam três tipos de custos, os diretos: remuneração dos profissionais, despesas de medicamentos, exames complementares e diárias hospitalares; os custos indiretos que estão relacionados ao afastamento das atividades de trabalho e lazer; e por fim os custos intangíveis, que representam as mudanças na qualidade de vida e conseqüências da doença, tais como dor, sofrimento e exclusão social (Barros, 2016).

Um estudo com 322 pacientes com 60 anos ou mais internados em um hospital universitário localizado no estado de São Paulo, evidenciou uma média de tempo de

internação prolongada em 8,2 dias após o paciente adquirir IRAS. Tais achados são maiores que os dados do projeto SENIC (Study of Efficacy of Nosocomial Infection Control), que descreve uma média de internação prolongada de quatro dias, mostrando que os pacientes acometidos necessitam de maior período de internação (Villas Boas & Ruiz, 2004).

4. Considerações finais

A presente pesquisa objetivou evidenciar o conhecimento do enfermeiro de uma UTI sobre IRAS, a partir das entrevistas percebeu-se que os mesmos detêm conhecimento sobre o tema. A realização deste estudo demonstra a necessidade de aprofundamento sobre a temática, sendo pertinente a realização de outras pesquisas na área.

Em relação ao papel do enfermeiro frente ao controle das IRAS, destaca-se que os mesmos estão cientes que o enfermeiro como líder, é um potencial educador, gerador e multiplicador de conhecimento, por isso tem como dever realizar treinamentos com sua equipe. Buscando corrigir, atualizar e orientar a mesma, utilizando dessa temática, por exemplo, para executar a educação continuada em saúde, assim utilizando dela como ferramenta de enfrentamento diante das IRAS, alcançando desta forma, uma assistência em saúde de maior qualidade.

Outro ponto a destacar, é a necessidade de incentivar a reflexão por parte dos profissionais prescritores sobre a importância do uso racional de ATBs disponíveis. Deste modo, evitando aparecimento de novos mecanismos de resistência bacteriana além dos quais já existem, reduzindo assim consequentemente os custos à instituição hospitalar, evitando impacto financeiro negativo.

A equipe de profissionais de saúde envolvida na assistência ao paciente deve cada vez mais refletir sobre o impacto que as IRAS causam no paciente, com o intuito de instigar os profissionais de saúde e instituições hospitalares a executarem de forma adequada o controle e prevenção das IRAS. Aperfeiçoando nesse âmbito a assistência prestada ao paciente, visando uma assistência livre de danos, sempre prezando pela sua vida, a partir da execução de ações com responsabilidade de toda equipe multiprofissional envolvida. Estabelecendo a responsabilização compartilhada das ações direcionadas à prevenção e controle das IRAS, evitando desta forma que essas ações fiquem restritas somente a determinada categoria profissional.

Referências

Albuquerque, A. M., Souza, A. P. M., Torquato, I. M. B., Trigueiro, J. V. S., Araújo Ferreira, J., & Ramalho, M. A. N. (2013). Infecção cruzada no Centro de Terapia Intensiva à luz da literatura. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 11(1): 78-87.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.

Barros, C. S. M. A. (2016). Custos atribuídos às infecções de sítio cirúrgico em um Hospital Universitário em Salvador-Bahia. 2016. 100 f. il. *Tese* (Doutorado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisas Gonçalo Moniz, Salvador.

Brasil. (1998). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998*. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção, pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares. Brasília: Diário Oficial da União [DOU]; 13 de maio 1998. Seção 1, nº 89, p. 133-5.

Brasil. (2007). Ministério do Trabalho. *NR-6: equipamento de proteção individual - EPI*. In: Segurança e Medicina do Trabalho. 61a. ed. São Paulo: Atlas. p.73-80.

Carrara, D., Strabelli, T. M. V. & Uip, D. E. (2016). *Controle de infecção: a prática do terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. E-BOOK.

Couto, R. C., Pedrosa, T. M. G., Cunha, A. F. A. & Amaral, D. B. (2009). *Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Fernandes, A. T., Fernandes, M. O. V. & Filho, N. R. (2000). *A Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. 2. ed. São Paulo: Athene.

Ferreira, A. M., Andrade, D., Almeida, M. T. G., Cunha, K. C., & Rigotti, M. A. (2011). Colchões do tipo caixa de ovo: um reservatório de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina?. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 161-166.

Haddad, V. C. N. & Santos, T. C. F. (2011). A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, 15(4): 755-761.

Locks, L., Lacerda, J. T., Gomes, E., & Serratine, A. C. P. (2011). Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 569.

Oliveira, A. C., Cardoso, C. S. & Mascarenhas, D. (2010). Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, 44(1): 161-165.

Oliveira, A. C., Paula, A. O. & Rocha, R. F. (2015). Custos com antimicrobianos no tratamento de pacientes com infecção. *av. enferm.*, Bogotá, 33(3): 352-361.

Oliveira, J. B., Francalino, T. R., Silva, M. L. F., Júnior, A. C. A. & Lima, L; R. (2017). Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*, Quixadá, 2(2).

Oliveira, R. & Maruyama, S. A. T. (2008). Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, 10(3): 785-83.

Paschoal, A. S., Mantovani, M. F. & Meier, M. J. (2007). Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, 41(3): 478-484.

Rodrigues, F. D. & Bertoldi, A. D. (2010). Perfil da utilização de antimicrobianos em um hospital privado. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 15(1): 1239-1247.

Santos, A. M. R., Cabral, L. D. A. F., Brito, D. S., Araújo Madeira, M. Z., Costa, M. E. D., & Carvalho, M. D. C. (2008). As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 441-446.

Silva, D. G. & Rau, C. (2012). A importância da higienização das mãos na redução de infecções em serviços de saúde. 2012. 14f. *Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação em Vigilância Sanitária*, PUC/Goiás, Goiânia.

Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2005). *Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médica cirúrgica*. 10 ed. V. 3. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan.

Souza, B. P. M., Nicoletti, C., Boszczowsk, I., Puccini, D. M. T., & Ramos, S. R. T. (2009). Infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: há influência do local de nascimento?. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(1), 6-14.

Teixeira, D. C., Pedro, F. L. & Carneiro, M. (2012). Infecção hospitalar na visão de enfermeiros da Santa Casa de Caridade de Bagé- RS. *Rev Epidemiol Control Infect*, 2(1): 14-16, jan.-mar.

Tipple, A. F. V., Mendonça, K. M., Melo, M. C., Silva, A. C., Pereira, M. S., & Santos, S. D. L. V. (2007). Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 29(2), 107-114.

Villas Boas, P. J. F. & Ruiz, T. (2004). Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 38(3): 372-378.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Marcelo Augusto Wachholtz – 34%

Arlete Eli Kunz da Costa – 33%

Luís Felipe Pissaia – 33%