

RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## ADESÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ÀS PRÁTICAS PREVENTIVAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

\*<sup>1</sup>Maria Gabrielle Fernandes Araújo and <sup>2</sup>Sueli Andrade Amaral

<sup>1</sup>Discente da Faculdade Independente do Nordeste

<sup>2</sup>Mestre da Faculdade Independente do Nordeste

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 27<sup>th</sup> March, 2019

Received in revised form

15<sup>th</sup> April, 2019

Accepted 20<sup>th</sup> May, 2019

Published online 30<sup>th</sup> June, 2019

#### Key Words:

Adesão. Controle.

Equipe Multiprofissional.

Infecção Hospitalar. Práticas.

### ABSTRACT

A Infecção Hospitalar é um problema recorrente que vem ganhando destaque. Conhecer como a equipe multiprofissional realiza o controle de infecções possibilitou a investigação da adesão a estas e o levantamento de falhas as quais poderiam ser evitadas contribuindo para uma possível redução significativa das infecções. De abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como amostra a equipe multiprofissional constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, realizado no mês de janeiro a fevereiro de 2019, em um hospital de grande porte localizado na Região do Sudoeste Baiano na Unidade de Terapia Intensiva. Aplicou-se um questionário e a observação não participante. Os dados foram analisados pela técnica de Bardin, um método qualitativo de análise de dados e para a quantitativa, os dados foram transferidos para o EXCEL 2013. Após organização dos resultados, emergiram seis categorias temáticas. Nesse sentido, grande parte dos profissionais não apresenta o conhecimento do real significado de prevenir infecções.

Copyright © 2019, Maria Gabrielle Fernandes Araújo and Sueli Andrade Amaral. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Maria Gabrielle Fernandes Araújo and Sueli Andrade Amaral. 2019. "Adesão da equipe multiprofissional às práticas preventivas de controle de infecção hospitalar", *International Journal of Development Research*, 09, (06), 28184-28190.

### INTRODUCTION

A datar da antiguidade a Infecção Hospitalar (IH) é uma enfermidade que suscitou grande preocupação. Desse modo, a IH é tida como qualquer infecção adquirida no ambiente hospitalar após a internação, podendo se manifestar durante a permanência e até o período de saída da unidade, ou seja, na alta, sendo relacionada à internação e aos procedimentos hospitalares (ANDRADE; CASTRO, 2016). O progressivo avanço científico e tecnológico na área da saúde ocorre de maneira vertiginosa, colaborando para um sistema qualificado. Contudo, apesar desses avanços, situações como as Infecções Hospitalares são uma realidade ainda presente nas unidades hospitalares, com ênfase nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde são alocados uma variedade ampla de pacientes e patologias indiscriminadas (CARVALHO *et al*, 2015). No Brasil, na década de 70, a IH começou a ganhar destaque, e, a transmissão de doenças infecciosas no ambiente hospitalar passou a ser objeto de estudo e preocupação dos profissionais que lidam diariamente com as adversidades de cada paciente (SILVA *et al*, 2018).

Desse modo, a grande maioria das IH são ocasionadas por uma diversidade de patógenos, se caracterizando por um desequilíbrio da relação existente entre o equilíbrio do corpo e os mecanismos de defesa envolvidos no processo. Evidencia-se que, para um controle fidedigno, é de significância que a equipe multiprofissional esteja inteirada, buscando o controle real das inconsistências (CARVALHO *et al*, 2015). O controle de infecções hospitalares é uma construção e para isso é fundamental entender os motivos que se relacionam ao seu aumento e como minimizá-la. A crescente complexidade no controle de infecções demanda profissionais capacitados para o desenvolvimento de todas as ações e normatizações essenciais e necessárias, capazes de criar maneiras inovadoras (MASSAROLI; MARTINI, 2016). Como inovação voltada à assistência de saúde, a *Institute for Healthcare Improvement* (2012) salienta que os *bundles*, nada mais são do que práticas que visam prevenir as infecções, as quais são estabelecidas cientificamente e relacionam-se a uma determinada patologia. Essas práticas são agrupadas, apresentadas para uma equipe de cuidado, a qual deve cumprir as premissas do *bundle*. Nesse contexto, é de suma importância a adesão dos profissionais de saúde às práticas preventivas, observando e praticando as orientações sobre o

\*Corresponding author: Maria Gabrielle Fernandes Araújo,  
Discente da Faculdade Independente do Nordeste

controle das IHS no ambiente hospitalar, com o intuito de reduzir a incidência dessas infecções promovendo, assim, uma assistência de qualidade aos pacientes assistidos (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Assim, questionou-se de que maneira a equipe multiprofissional tem realizado as práticas para controle de infecção hospitalar, onde se buscou nesse estudo o conhecimento da realidade envolvida na unidade de terapia intensiva investigada quanto à realização das práticas de controle hospitalar pela equipe, com a finalidade de erradicar de possíveis negligências envolvendo o processo saúde-controle. O objetivo geral é conhecer como a equipe multiprofissional realiza as práticas de controle de infecção hospitalar, já os objetivos específicos se qualificam em estimar o nível de conhecimento dos profissionais quanto às práticas para controlar infecções, conforme protocolos definidos pela literatura vigente, compreender os motivos que levam a equipe a aderir ou não, as práticas de controle de infecção hospitalar, bem como verificar se as práticas de controle de IH estão condizentes ao que a literatura preconiza. A morte de Tancredo Neves em decorrência da IH se tornou um objeto de estudo para os profissionais de saúde acerca do tema que até então não se tinha relevância e pouco se falava, uma vez que nesse momento não havia protocolos e manuais com recomendações para controle de doenças adquiridas no ambiente hospitalar, o que possibilitou, nesse sentido, a inserção de normas e rotinas para um controle fidedigno de infecções (SILVA, 2003). É de suma relevância analisar a adesão da equipe multiprofissional para qualificar e aprimorar as condutas diante do acompanhamento ao cliente e como forma de detectar falhas no processo. O estudo possibilitou o conhecimento das práticas de prevenção pela equipe.

## MATERIAIS E MÉTODOS

**Tipo do estudo:** O estudo realizado é de natureza básica, metodologia dedutiva, finalidade descritivo exploratória, de abordagem quantitativa e qualitativa, em que se buscou conhecer como a equipe multiprofissional realizava as práticas de controle de infecção hospitalar. Saunders *et al.* (2009) definem que a investigação exploratória visa descobrir o que está acontecendo, fazer questionamentos e analisar a situação de modo a identificar uma nova realidade. A investigação descritiva é indispensável para traçar o perfil das situações, explanando de modo criterioso o objeto a ser estudado. A pesquisa quantitativa é tida como aquela que avalia a frequência ou regularidade dos acontecimentos utilizando dados numéricos, e a qualitativa verifica de modo a analisar as situações de maneira a discorrer os fatos levantados (LIMA, 2014).

**Análise dos dados:** Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, que é constituído por um método de análise de dados de forma qualitativa, no qual se utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo a se analisar (BARDIN, 2016), identificando os participantes com a inicial da profissão: M1, E1, T1 e F1. A discussão dos achados foi realizada com base na literatura produzida sobre o tema e conforme a observação não participante. Para a análise quantitativa, primeiramente os dados foram transferidos para o EXCEL 2013, tabulados e analisados, com apresentação de frequência absoluta e porcentagem.

**População amostra:** A amostra participativa do estudo foi constituída pela equipe multiprofissional de saúde composta

por enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos, totalizando 30 participantes.

**Como critérios de inclusão elencaram-se:** Profissionais que prestem assistência direta ao paciente, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram: Aqueles profissionais que não foram citados no critério de inclusão e os que foram citados, mas que estavam de licença médica, férias, atestado médico, afastamento e folga nos respectivos dias da coleta de dados.

**Instrumentos de coleta de dados:** A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário com perguntas estruturadas e semiestruturadas, autoaplicável, composto por 12 questões abertas e 08 questões de múltipla escolha, abordando a temática da Infecção Hospitalar e suas práticas de controle de acordo com os *bundles* aplicados para cada contexto de prevenção da IH, além da observação direta não participante no período de janeiro a fevereiro de 2019.

**Local do estudo:** A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de grande porte da Região Sudoeste do Contorno Baiano, de assistência e ensino, que apresenta atendimento clínico e cirúrgico nas especialidades: neurologia, urologia, ortopedia, nefrologia, vascular, ginecologia, gastrointestinal, oftalmologia, proctologia, mastologia, pneumologia, plástica, entre outras. A unidade dispõe de atendimentos de média a alta complexidade, com ênfase na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinada ao adulto, composta de 09 leitos, local em que foi realizada a pesquisa de campo. A UTI atende a politraumas, grandes queimados, pacientes com diversas patologias e contam com um corpo multiprofissional, sendo constituído por um corpo médico de 40 profissionais, incluindo médicos, residentes e internos, 16 enfermeiros, 08 fisioterapeutas e 38 técnicos de enfermagem. Além disso, há equipes divididas nos turnos manhã, tarde e noite, turnos estes que em que foram coletados os dados para o estudo.

**Aspectos éticos:** O projeto de pesquisa, inicialmente, foi submetido à aprovação da Comissão Ética da Unidade Hospitalar ao qual se aplicou o estudo, em que se obteve a aprovação, logo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sendo aprovado pelo parecer Nº 3.101.431. Esteve garantida a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas, conforme os princípios norteadores dispostos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram o direito a recusar-se na participação da pesquisa a qualquer momento.

## RESULTADOS

Os participantes deste estudo foram 30 profissionais de saúde, dos demais, que atuam na Unidade de Terapia Intensiva, sendo 06 enfermeiros, 07 médicos, 15 técnicos de enfermagem e 02 fisioterapeutas, com a faixa etária entre 21 e 53 anos, de sexos feminino e masculino (Tabela 1). Em relação às práticas de controle de infecção hospitalar realizadas pela equipe multiprofissional, após organização dos resultados desta pesquisa, emergiram seis categorias temáticas que serão apresentadas a seguir.

**Tabela 1. Quantitativo da equipe multiprofissional que trabalha na UTI**

Profissionais	Amostra	Férias	Licença médica	Licença Premium
Médico	7	5	0	0
Enfermeiro	6	1	1	1
Técnico de enfermagem	15	4	1	3
Fisioterapeuta	2	2	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

Fonte: Pesquisa própria.

**Higienização das mãos (HM):** Sobre o ato de higienizar as mãos, os profissionais afirmaram que as mãos deveriam ser higienizadas *antes e após examinar o paciente*, outra parcela destaca que deveria ocorrer na *entrada e saída da unidade de terapia intensiva* e outros evidenciaram que deveria ocorrer tanto *antes e após examinar o paciente* e na *entrada e saída da unidade de terapia intensiva*. No tocante aos recursos que o profissional considerava fundamental para HM os profissionais destacaram com maior frequência, conforme recortes a seguir:

Água, álcool, sabão e clorexidine (M1);

Pia, água e sabão (E4);

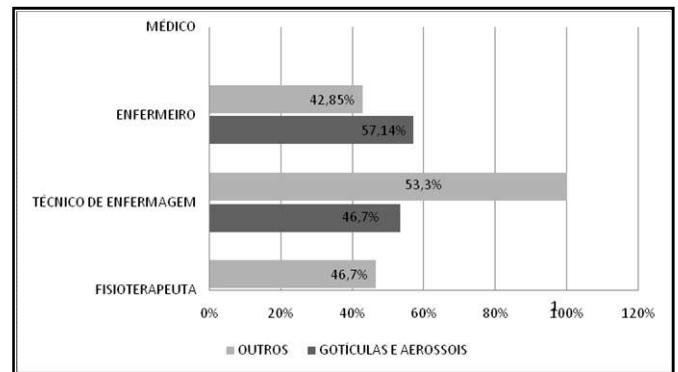
Água, sabão e álcool gel (T7);

Sabonete (preferencialmente líquido), papel toalha e antisséptico (F1).

Em relação a HM em que deve envolver as áreas da *palma, superfícies das unhas, dedos e punho*, 50% dos fisioterapeutas, 33,3% dos técnicos de enfermagem e 42,85% dos médicos mencionaram o procedimento de forma correta reconhecendo que estas deveriam ser as principais áreas para serem higienizadas, no entanto 50% dos enfermeiros acrescentaram em suas respostas a inervação das mãos e áreas de maior fluxo sanguíneo como áreas pertinentes para este procedimento. Ainda sobre a HM, 71% dos profissionais médicos, 66% dos enfermeiros, 50% dos fisioterapeutas e 46,6% dos técnicos de enfermagem referiram que na prática assistencial o *álcool substitui a água e o sabão para higienizar as mãos*. Mesmo assim, alguns enfermeiros e técnicos de enfermagem responderam que o uso de luvas substitui a higienização das mãos. Nesse aspecto, foi possível avaliar através da observação não participante que a equipe multiprofissional de uma forma geral não segue todos os passos para a HM de forma correta, entretanto, o álcool gel a 70% é utilizado, ainda que, não respeitando todos os momentos que deveria ser usado na substituição da higienização das mãos, evidenciando assim, que mesmo a unidade dispondo de um protocolo para essa prática, este não é seguido de modo eficaz.

Uso de equipamentos de proteção individual e quarto privativo: Em se tratando do uso dos equipamentos de proteção individual como aventais, máscaras e óculos, a grande maioria dos profissionais destacaram que eram destinados a pacientes em *isolamento de contato*, outros profissionais já acrescentaram que o uso destes também ocorre para *realização de procedimentos assépticos* e em pacientes que estejam em *isolamento por gotículas e aerossóis*. Referente ao quarto privativo, os profissionais frisaram de modo significativo que era destinado a *pacientes com patologias cuja disseminação ocorre por meio de contato com gotículas e aerossóis* (Gráfico 1). Apesar de ter sido identificado o maior número de profissionais que relatam o uso de quarto privativo para isolamento por gotículas e aerossóis, percebe-se também que os profissionais médicos, técnicos de

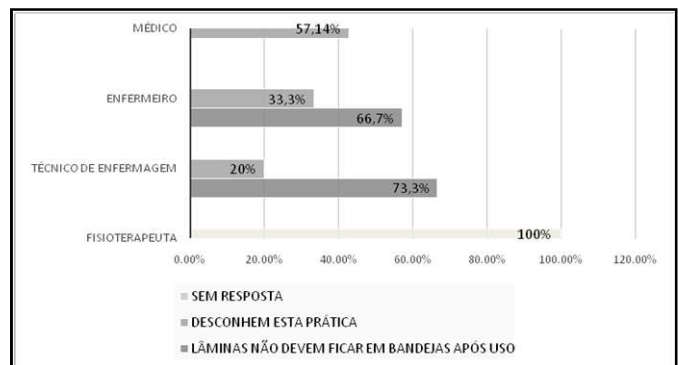
enfermagem e enfermeiros sinalizam que o quarto privativo também pode ser utilizado para pacientes em pós-operatório, com doenças comunitárias, acamados com nível de consciência abaixo dos padrões de normalidade e com imunossupressão. Em relação ao uso de equipamentos de proteção individual e quarto privativo, observou-se que os profissionais não seguem de modo efetivo como descreve a literatura. Em se tratando do quarto privativo, é relevante o uso desses equipamentos, contudo, foi verificado que, mesmo o paciente estando em isolamento seja por contato ou por gotículas e aerossóis, os profissionais não utilizam com frequência estes, o que contribui para a disseminação de patógenos pelo ambiente, possibilitando assim o aumento das IH.



Fonte: Pesquisa própria.

**Gráfico 1. Recomendação para o uso do quarto privativo**

**Perfuro cortantes:** Quanto ao manuseio de perfuro cortantes, 73,3% dos técnicos de enfermagem, 66,7% dos enfermeiros e 57,14% dos médicos, evidenciaram que os *artigos como lâminas e agulhas não devem ser deixados em bandejas após o uso*, ressaltando o desconhecimento por parte dos fisioterapeutas quanto ao manuseio destes, representado no gráfico 2.



Fonte: Pesquisa própria.

**Gráfico 2. Realização do descarte de materiais perfuro cortantes**

Segundo as normas da instituição para descarte de materiais perfuro cortantes, os profissionais apresentaram os relatos a seguir:

*No recipiente de papelão identificado preferencialmente (M 3).*

*Uma empresa terceirizada é responsável pela coleta e descarte deste tipo de material (E 4).*

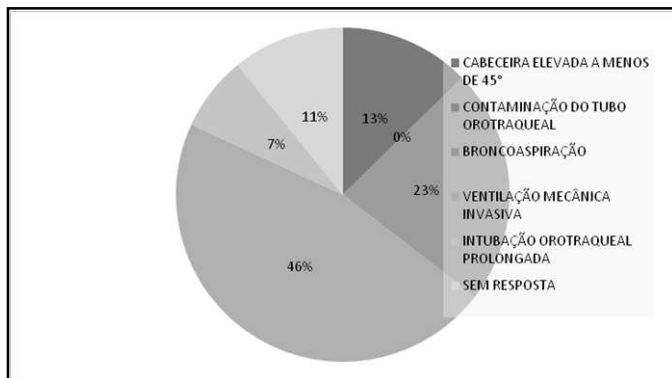
*Descartados na caixa de perfuros com o máximo de cuidado (T 2).*

Depositado na caixa padronizada (F 2).

É relevante mencionar que os profissionais nem sempre descartam os materiais perfuro cortantes na caixa apropriada para este fim. Nesse aspecto, foi visto, em observação realizada na unidade, que um técnico de enfermagem descartou a agulha que utilizou para verificação de glicemia em lixo infectante.

## DISPOSITIVOS INVASIVOS

**Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV):** Com base nas causas da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), os profissionais de modo geral salientaram que 46% estão relacionadas à *ventilação mecânica invasiva* sendo este o fator principal, 23% associam à broncoaspiração, 13% à cabeceira elevada a menos de 45°, 7% à intubação orotraqueal prolongada e 11% não responderam a este quesito (Gráfico 3).



Fonte: Pesquisa própria

**Gráfico 3. Causas da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV)**

Ainda sobre a PAV, segundo os protocolos implementados pela equipe multiprofissional quanto às práticas para controle da pneumonia associada à ventilação mecânica, a equipe salientou alguns procedimentos que são realizados para este controle:

*Tentativa de extubação precoce, higiene oral (M 6).*

*Aspiração de secreções (E 5).*

*Higiene/aspiração oral (T13).*

*Elevação da cabeceira a 45° (F1).*

No entanto, 50% de fisioterapeutas e 33,3% de técnicos de enfermagem não responderam a esta questão.

**Cateter vesical de demora (CVD):** Quanto à instalação e manutenção do cateter vesical de demora, 100% dos médicos, 66,7% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e 50% dos fisioterapeutas consideraram que a técnica asséptica é um cuidado imprescindível para a realização da instalação do CVD. Tendo em vista os cuidados para instalação e manutenção do cateter vesical, 33,3% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e 50% dos fisioterapeutas ainda salientaram como cuidados, manter o coletor sempre no nível inferior da bexiga podendo ter contato com o chão, que não há necessidade da fixação da sonda e que a higienização da região íntima pode ser realizada com álcool a 70%, não condizente com a realidade científica. Em relação ao tempo para se desprezar a diurese da bolsa coletora, 100% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e 50% dos fisioterapeutas

responderam que deve ocorrer o descarte *a cada 02 horas*, 57,15% da equipe médica destacou que deveria ser desprezada *a cada 04 ou 06 horas*, sendo que 42,85% destes manteve o campo de resposta em branco. Com base na manutenção do CVD, os fisioterapeutas apontaram *sempre que necessário* o cateter deveria ser trocado, grande parte dos técnicos de enfermagem responderam que a retirada do CVD deveria ser realizada *se os pacientes desenvolvessem a infecção*. Nessa perspectiva, todos os profissionais ainda abordaram que a troca deveria ocorrer no prazo de *07, 15, 21 e 30 dias* no decorrer do uso do dispositivo. Quanto aos cuidados com o cateter no sentido de prevenir infecção, dando relevância ao maior quantitativo por categoria, os técnicos de enfermagem descreveram que a *fixação da sonda é o cuidado mais importante para prevenir infecções*, outros técnicos objetivaram o ato de *desprezar a diurese*, 14,28% de médicos e 6,7% de técnicos de enfermagem não responderam.

**Cateter Venoso Central (CVC):** No que compete aos cuidados para a manutenção do Cateter Venoso Central (CVC), os profissionais responderam que a realização do curativo estéril, a troca do cateter conforme normas da instituição, a presença de sinais flogísticos e a desinfecção das conexões com álcool a 70% são as práticas mais eficientes para o controle das infecções, com relevância para a categoria de fisioterapeutas (100%). Ressalta-se que 6,7% dos técnicos de enfermagem indicam que o mesmo pode ser manipulado sem a *utilização de luvas*. Sobre o tempo para troca do CVC, os enfermeiros em sua maioria responderam que o cateter deveria ser trocado se apresentasse *sinais flogísticos*, os técnicos de enfermagem ressaltaram que a troca deveria ocorrer *a cada 10 ou 15 dias*, e como outras respostas *quando necessário se fazer a troca e se ocorrer obstrução do mesmo*. Quanto a realização do curativo de CVC, os enfermeiros descreveram da seguinte forma:

*Deve ser realizado com técnica asséptica utilizando Soro Fisiológico a 0,9% e Clorexidina Alcolica (E 1...4);*

Além disso, o restante da categoria destacou: *Quando este for necessário (E 5).*

Em relação ao período de troca do curativo, os profissionais responderam de modo distinto, sendo demonstrado abaixo:

*A cada 48h (F 2).*

*Diariamente (M 2).*

Sobretudo, 28,57% de médicos e 100% de fisioterapeutas não responderam ao questionamento.

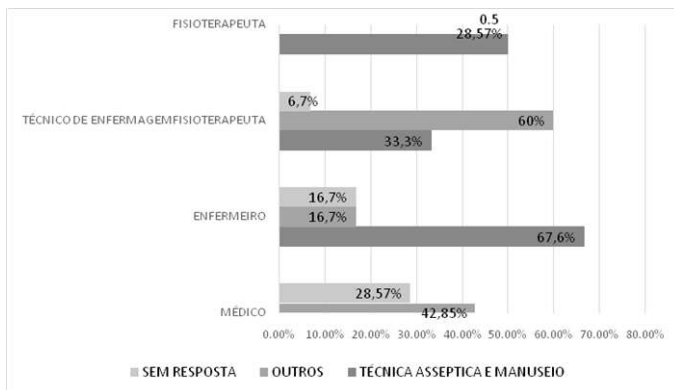
Nesse aspecto, como cuidados para manipulação do CVC, os profissionais utilizaram em resposta formas distintas, onde: *Deve ser realizada a técnica asséptica para manipular o CVC (T12).*

*Devem ser observados sinais sugestivos de infecção (E 2).*  
*Luvas de procedimentos (M 1).*

Ademais, 6,7% de técnicos de enfermagem e 100% dos fisioterapeutas não responderam a esta pergunta.

**Infecções da Corrente Sanguínea (ICS):** Para prevenir Infecções da Corrente Sanguínea (ICS), os profissionais sublinharam em suas anotações que os cateteres de longa

permanência devem ser manipulados com técnica asséptica adequada, verificando a qualidade do cateter (gráfico 4).



Fonte: Pesquisa própria.

**Gráfico 4. Cuidados para a permanência do Cateter de Longa Permanência**

Evidencia-se que além destas, os profissionais reforçam outras práticas como assegurar o conforto do paciente e o registro de como o procedimento foi realizado.

Para prevenir as ICS, os profissionais utilizaram as seguintes práticas:

*Realização da técnica asséptica (T7).*

*Lavagem das mãos (M3).*

*Observação de sinais sugestivos de infecção (E 3).*

No entanto, 50% de enfermeiros, 20% de técnicos de enfermagem e 50% de fisioterapeutas não responderam.

Ao observar diretamente os cuidados com os Cateteres Venosos Centrais (CVC) pelos profissionais, a avaliação diária da necessidade de manter o cateter não foi abordada de maneira significativa, uma vez que essa avaliação não é uma prática frequente nesta unidade de terapia intensiva.

**Bundles:** Tendo em vista que os *bundles* se referem a um pacote que inclui cuidados baseados em evidências científicas que devem ser realizados em conjunto, a fim de melhorar a condição de saúde do paciente, 57,14% dos médicos, 50% dos enfermeiros e fisioterapeutas e 20% dos técnicos de enfermagem responderam de modo adequado e conforme definição acima.

**Dimensionamento de pessoal:** Acerca do dimensionamento de pessoal da unidade de terapia, 33% dos profissionais de uma forma geral qualificaram que este é maior do que deveria para esta unidade, 24% consideraram como adequado, 19% como bom, 13% como ruim ou péssimo e 11% não responderam.

## DISCUSSÃO

Os procedimentos de controle de infecção, segundo Sax *et al* (2013), devem ser ofertados com base em evidências. Apesar de existir uma grande variação no grau de adesão das práticas preventivas de infecção, há modificações que ocorrem a partir destas práticas. O sucesso da implementação não depende apenas da qualidade dos métodos, mas se relacionam às peculiaridades presentes nos contextos de cada instituição. A

Higienização das Mãos (HM) é a principal medida para evitar que agentes infecciosos sejam perpassados de um paciente para outro. Recomenda-se que a assepsia seja realizada antes e após procedimentos em pacientes, bem como, ao posterior contato com secreções, equipamentos contaminados e retirada das luvas (CALIL R., 2015).

Os profissionais, ao responderem o questionário, consideraram que as mãos devem ser higienizadas antes e após o contato com o paciente, o que, mediante literatura, é uma prática eficaz para controle de infecções hospitalares. Santos *et al* (2014) em seu estudo científico já citam que somente a frequência de HM não é o ideal para reduzir a disseminação de patógenos, o que se faz necessário também a adequada realização da técnica de HM para garantia da segurança dos processos e adesão do procedimento. Evidencia-se que tanto em questionário como em observação não participante, foi possível analisar que a equipe não segue de modo eficiente todos os passos para a higienização das mãos, além de que o álcool a 70% é utilizado, porém não como recomenda a literatura. Os equipamentos de proteção individual como óculos, máscaras e aventais levam em consideração o risco de contato com fluidos corporais, para proteção dos olhos, boca, nariz, roupa e mucosas do profissional (ALVES *et al.*, 2016). O uso correto dessas medidas favorece a redução da incidência de infecções (OLIVEIRA *et al*, 2010). Calil R. (2015) justifica que as acomodações, como o quarto privativo são significantes para precaver a transmissão de agentes por meio de gotículas. Assim, a depender do quadro clínico do indivíduo e necessidades é preferível a escolha do quarto privativo para um controle efetivo de infecções. No que se refere às práticas de uso dos equipamentos de proteção individual, as respostas em questionário e com base na observação não participante, comprovam que estes não são utilizados conforme o preconizado pela literatura, o que pode ocasionar doenças ocupacionais para o próprio profissional e a ocorrência de infecções hospitalares.

Sarquis *et al* (2013) refere que a prevenção do contato com agentes biológicos pela equipe multiprofissional no ambiente de trabalho é de grande magnitude no processo de redução de IH. Desse modo, realizar o descarte correto, assim como a manipulação de materiais perfuro cortantes de maneira adequada são fundamentais para a prevenção de acidentes de trabalho. Em relação ao descarte de materiais perfuro ortantes, constatou-se que os profissionais, principalmente fisioterapeutas, detêm pouco conhecimento acerca deste, sendo verificado que esses profissionais não contemplaram de maneira adequada a interrogativa. Diante das inúmeras topografias de Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS) que ocorrem nos ambientes hospitalares, a literatura evidencia que as mais incidentes são as do sítio respiratório, urinário e sanguíneo, dentre outras. A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) apresenta taxas que variam de 9 a 40% das infecções adquiridas em UTI, sendo a PAV um dos efeitos adversos com maior incidência no ambiente de terapia intensiva (SANTOS *et al*, 2013). Devido a essas estatísticas, Costa *et al* (2016), identificam em seu estudo a importância da adoção de medidas de profilaxia dentro das UTI. Os fatores de riscos modificáveis que se enquadram nessas medidas de prevenção da PAV remetem a educação permanente dos profissionais e uma correta higienização das mãos, sendo possível preveni-la com algumas medidas simples adotadas pela equipe multidisciplinar. Os achados desta pesquisa através da observação não participante evidenciaram que em relação



às intervenções para a PAV os profissionais de saúde da unidade realizavam as trocas do vidro de aspiração, borracha, e umidificador a cada 48 horas, sendo o recomendado no protocolo da instituição que as mesmas devam ser realizadas a cada 24 horas. Chaves e Moraes (2015) citam que a Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionada ao cateterismo vesical é uma situação recorrente em unidades hospitalares, possuindo ligação direta com a assistência prestada. Grande parcela de ITU podem ser evitáveis, por meio de práticas comuns de higiene e eficiência durante o procedimento de sondagem vesical. Neste sentido, Souza *et al* (2007) em seu estudo concordam que para o controle de ITU referente aos procedimentos de cateterismo vesical devam estar embasados em técnicas assépticas adequadas, na higiene prévia das mãos antes do manuseio dos materiais e o uso de luva estéril. No tocante a Infecção do trato urinário, a manutenção do sistema, segundo as recomendações elencadas pelo protocolo da instituição estudada (realizar higiene perineal com água e sabão e do meato uretral pelo menos três vezes ao dia) e a avaliação diária da indicação da sonda vesical não são realizadas de modo eficaz e diário na instituição. O CVC é utilizado rotineiramente para monitorização, administração de medicamentos, hemocomponentes e a nutrição (FRAMPTON *et al*, 2014; TAO *et al*, 2015). Contudo, é incontestável que os riscos de possíveis infecções podem estar vinculados a utilização de CVC, propiciando a disseminação de patógenos na corrente sanguínea. A Infecção da Corrente Sanguínea relacionada ao CVC é uma implicação que pode ser prevenível, contribuindo para a redução de infecções. Desse modo, a implementação de boas práticas durante a inserção e manutenção de cateteres deve ser incluída na rotina diária dos centros de saúde (SALAMA *et al*, 2015). Os profissionais como um todo, ao elencarem em questionário os cuidados e práticas para manutenção do CVC, pouco destacaram medidas assépticas como forma de prevenir a disseminação de patógenos. Ressalta-se que intervenções aplicadas aos serviços de saúde constituem em uma maneira de elucidar o controle de infecções. Dentre essas intervenções, Fonseca e Pires (2014) tratam sobre *bundles*, que se constitui em um conjunto de medidas, levando em consideração as melhores evidências que quando aplicadas corretamente implicam em resultados positivos na prevenção de uma determinada infecção hospitalar.

Em relação aos *bundles*, quando foi solicitado aos profissionais de saúde que apresentassem sua definição evidenciou-se que os profissionais não souberam definir de forma adequada, o que possibilita analisar que muitos destes não utilizam em suas práticas diárias esse conjunto de medidas, favorecendo assim um aumento de infecções hospitalares. Outro resultado evidenciado neste estudo relaciona-se ao dimensionamento de pessoal e a assistência, que pode influenciar na qualidade do cuidado prestado, uma vez que ao se sobrecarregar no ambiente de trabalho, estes ficam propensos ao erro, que por ventura, se associa ao descuido na assistência, podendo, nessa condição, colaborar para o surgimento de infecções hospitalares (MERCENAS *et al*, 2017). De acordo com Gomes e Moraes (2017) torna-se necessário um ambiente adequado para a efetivação de atividades assistenciais e para isso, é de mera significância um local de trabalho livre de agentes que causam as infecções e aumento da incidência de doenças. O Cofen (2016), considerando em sua distribuição, para os cuidados intensivos determina 01 técnico de enfermagem para 03 pacientes e 01 enfermeiro para cada 5 leitos. Neste estudo, o

dimensionamento de pessoal apontado pelos profissionais é maior do que deveria, no entanto, conforme dimensionamento de pessoal pelo Cofen, o número de profissionais de enfermagem está compatível com o que rege a literatura, o que pode colaborar de forma positiva para controle dos índices de infecções hospitalares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontaram que o corpo multiprofissional da unidade de terapia intensiva é detentora da significância de se prevenir infecções hospitalares, porém, ao observar a assistência prestada e com base no que foi apreendido em questionário, revela-se que, grande parte deste não apresenta o conhecimento da real importância de prevenir as infecções, realizando, desse modo, práticas inadequadas. Além disso, nota-se que os profissionais, apesar de terem disponíveis um protocolo com as normas e rotinas que apresentam todas as condutas a serem seguidas, não prestam a assistência mediante o que é preconizado, acarretando, nesse sentido, um possível aumento do número de infecções que poderiam ser evitadas com práticas de fácil realização, como a higienização das mãos de maneira adequada. Foi possível verificar que a equipe multiprofissional, como um todo, acaba por se tornar vulnerável a disseminação de patógenos, uma vez que, em muitas situações, o que a literatura abarca não é realizado de modo eficiente, sendo assim de grande valia, uma educação em saúde acerca do que pode ser realizado para reduzir as práticas que corroboram com a probabilidade do alto índice de infecções. Nessa perspectiva, a IH é uma temática indispensável para ser investigada. Apesar dos avanços em saúde, torna-se necessário aprimorar os conhecimentos como forma de aperfeiçoamento de práticas de controle de infecção que, mesmo sendo aplicável em UTIs, se faz imprescindível para qualificação da equipe multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. Resolução COFEN nº 0527/2016, revogada pela Resolução Cofen nº 543/2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no05272016\\_46348.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no05272016_46348.html). Acesso em 31 de março de 2019.
- <[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_1\\_2\\_12\\_2012.html](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_1_2_12_2012.html)>. Acesso em 11 de outubro de 2018.
- ALVES, L. R. *et al*. Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar. *Journal Health NPEPS*. V - 1(2): 246-262, 2016.
- ANDRADE, S. E.; CASTRO, P. A. A. A Importância Da Educação Em Saúde Para O Controle Da Infecção Hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 3, p. 511, 2014.
- BARDIN, L. Análise e conteúdo/ Laurence Bardin; tradução por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. – São Paulo: 1ª edição, Edições 70, 2016.
- BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em:
- CALIL, R. *et al*. Manual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Universidade Estadual de Campinas, p. 0–64, 2015.
- CARVALHO, V. M. *et al*. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico. p. 1–11, 2015.

- CHAVES, N. M. DE O.; MORAES, C. L. K. Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva. *Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 5, n. 2, p. 1650–1657, 2015.
- COSTA, J. B. *et al.* Os Principais Fatores De Risco Da Pneumonia Associada À Ventilação Mecânica Em Utí Adulta. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 7, n. 1, p. 80–92, 2016.
- FIGUEIREDO, D. A.; VIANNA, R. P. DE T.; NASCIMENTO, J. A. Epidemiologia da Infecção Hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público Municipal de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 3, p. 233–240, 2013.
- FONSECA, A.; PIRES, R. A Eficácia da Utilização de Bundles na Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea associada ao Catéter Venoso Central. I Fórum Internacional de Violência e Maus-Tratos VII Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais. 2 a 5 setembro 2015.
- FRAMPTON, G. K. *et al.* Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: evidence map, systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, v. 18, n. 8, p. 1–365 365p, 2014.
- GOMES, M. F.; MORAES, V. L. O programa de controle de infecção relacionada à assistência à saúde em meio ambiente hospitalar e o dever de fiscalização da agência nacional de vigilância sanitária. *Revista de Direito Sanitário*, v. 18, n. 3, p. 43–61, 2018.
- How-to Guide: Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections (CLABSI). Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- LIMA, A. C. DA S. *et al.* O Desafio Do Conhecimento. *Revista Eletrônica Inter- Legere*, n. 14, p. 1–8, 2014.
- MASSAROLI, A.; MARTINI, J. G. Perfil dos profissionais do controle de infecções no ambiente hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 3, p. 511, 2014.
- MERCENAS *et al.*, Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem: impactos na prevenção das infecções cruzadas no âmbito hospitalar. UNIT- Universidade Tiradentes, Mai 9-12, 2017.
- OLIVEIRA, A. C.; CARDOSO, C. S.; Mascarenhas, D. Contact precautions in Intensive Care Units: facilitating and inhibiting factors for professionals' adherence. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 44, n. 1, p. 161–165, 2010.
- SALAMA, M. F. *et al.* Implementation of central venous catheter bundle in an intensive care unit in Kuwait: Effect on central line-associated bloodstream infections. *Journal of Infection and Public Health*, v. 9, n. 1, p. 34–41, 2015.
- SANTOS, A. S. E.; NOGUEIRA, L. A. DE A.; MAIA, A. B. DA F. Pneumonia associada à ventilação mecânica: Protocolo de prevenção. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 10, n. 20, p. 52–62, 2013.
- SANTOS, T. C. R. *et al.* Higienização Das Mãos Em Ambiente Hospitalar: Uso De Indicadores De Conformidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 1, p. 70–77, 2014.
- SARQUIS, L. M. M. *et al.* Exposição ao material biológico: consequências para os profissionais de enfermagem. *CiencCuidSaude*, v. 12, n. 4, p. 697–703, 2013.
- SAUNDERS, M.; LEWIS, P.; THORNHILL, A. *Research Methods for Business Students 5th Edition*. [s.l: s.n.], 2009.
- SAX, H. *et al.* Implementation of infection control best practice in intensive care units throughout Europe: A mixed-method evaluation study. *Implementation Science*, v. 8, n. 1, p. 1–11, 2013.
- SILVA, R. E. DA *et al.* Conhecimento de Estudantes da Área da Saúde Sobre o Controle e Prevenção de Infecções Hospitalares. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 2, p. 131–138, 2018
- SILVA, R. F. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarinal. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 108–114, 2003.
- SOUZA, A.C.S. *et al.* Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 03, p. 724 - 735 2007.

\*\*\*\*\*