

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina**

Elaine Silva de Freitas

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA SOBRE A OCORRÊNCIA DE INFECÇÕES
RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional-UNESP – para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Faculdade Medicina de Botucatu –UNESP
Orientadora : Prof^a Dr^a Heloisa Wey Berti

Botucatu

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Freitas, Elaine Silva de.

Percepções de profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência / Elaine Silva de Freitas. - Botucatu, 2010

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientadora: Heloisa Wey Berti

Capes: 40400000

1. Enfermagem. 2. Infecção hospitalar. 3. Pessoal da área médica.
4. Unidade de Tratamento Intensivo.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Profissional de Saúde; Unidade de Terapia Intensiva.

Dedicatória

*Aos meus pais José e Ana Maria
pelo apoio incondicional em todos os
momentos da minha vida.*

*Ao meu marido Carlos Clayton e
minha Filha Gabriela por todo
carinho e dedicação, amo vocês.*

*Aos meus irmãos Gustavo e Juliana
que mesmo de longe vibram com as
minhas vitórias.*

Vocês são essenciais nessa trajetória

Agradecimientos

A Deus que guia meus passos, iluminando sempre meu caminho.

A minha orientadora, Profa Dra Heloisa Wey Berti, pela experiência, paciência e sabedoria durante esse período de convivência.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu, pelo incentivo e apoio e às professoras Dra Magda Cristina Queiróz Dell'Acqua e Dra Janete Pessuto Simonetti pelas preciosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos profissionais das Unidades de Terapia Intensiva Coronariana e Central, por aceitarem participar do estudo.

Aos Membros da CEPID, em especial ao Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas, pelo incentivo na realização dessa dissertação.

À minha amiga Andresa de Andrade Alves pela carinho e paciência, sempre disposta à ajudar.

Aos membros da CCIRAS, em especial ao Prof. Dr Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza, pela colaboração na discussão científica dessa dissertação.

À bibliotecaria Luciana Pizzani pela revisão das referências bibliográficas.

Durante este caminhar inúmeras pessoas contribuíram direta e indiretamente para o meu crescimento profissional. À todos o meu muito obrigado!

Epígrafe

*Quando medito sobre uma doença, nunca penso em encontrar um
tratamento para esta e sim uma alternativa de como preveni-la.*

Louis Pasteur



Sumário

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	19
2. OBJETIVOS.....	32
2.1 OBJETIVO GERAL.....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
3. MÉTODO.....	34
3.1 TIPO DE ESTUDO, LOCAL E POPULAÇÃO.....	35
3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO E TEÓRICO.....	36
3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UTIS – CORONARIANA E ADULTO.....	40
4.1.1 UTI – Coronariana.....	40
4.1.2 UTI – Adulto.....	42
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS – UTI – CORONARIANA.....	45
4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS – UTI – ADULTO.....	45
4.4 ENTREVISTAS.....	46
5. CONCLUSÃO.....	122
6. REFERÊNCIAS.....	125
ANEXOS.....	138

Resumo

Freitas E. Percepções de profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2010.

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam importante problema de saúde pública com resultantes implicações aos pacientes hospitalizados. Os objetivos deste estudo foram os de apreender as percepções de profissionais envolvidos com o cuidado de doentes internados em Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde nessas unidades, e o de descrever e analisar percepções desses profissionais acerca do trabalho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. O método foi qualitativo, desenvolvido após levantamento de dados quantitativos sobre a ocorrência de IRAS no primeiro semestre de 2009, em duas Unidades de Terapia Intensiva – Adulto e Coronariana. O referencial metodológico foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram discutidos procedimentos de risco, topografia e germes envolvidos nas IRAS, além de medidas de prevenção. Verificou-se certa transferência de culpa, entre os profissionais, pela ocorrência de IRAS, mas reconhecem como grande problema a falta de adesão à higienização das mãos. O uso racional de antibióticos não foi citado como medida de prevenção e controle de infecções. Evidenciou-se bom relacionamento com a Comissão de Controle de IRAS, mas espera-se dela maior envolvimento com atividades de educação continuada. Conclui-se apontando para a necessidade de reunir esforços visando à efetiva redução das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Descritores: Infecção Hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva. Profissional de Saúde.



Abstract

Freitas E. Perceptions of professionals working at Intensive Care Units about the occurrence of healthcare-related infections [master's thesis]. Botucatu School of Medicine, São Paulo State University, 2010.

Healthcare-related infections (IRAS) represent an important public-health problem with resulting implications to hospitalized patients. This study aimed at apprehending perceptions of professionals involved with care provision to inpatients at the Intensive Care Unit of a University Hospital about the occurrence of healthcare-related infections in such units as well as at describing and analyzing those professionals' perceptions about the work by the Nosocomial Infection Control Committee. The method was qualitative, and it was developed after collection of quantitative data concerning the occurrence of IRAS in the first semester of 2009 in two Intensive Care Units – Adult and Coronary. The methodological framework was the Collective Subject Discourse (DSC). Risk procedures, topography and germs involved in IRAS were discussed in addition to prevention measures. To an extent, the professionals blamed one another for the occurrence of IRAS, but they acknowledged lack of hand hygienization as a serious problem. The rational use of antibiotics was not cited as an infection prevention and control measure. A good relationship with the Nosocomial Infection Control Committee was observed, but its greater involvement with continuing education activities was expected. The study is concluded by pointing out the need to gather efforts towards the effective reduction of healthcare-related infections.

Key words: Nosocomial Infection. Intensive Care Unit. Healthcare Professional.

1. Introdução

Infecção hospitalar atualmente denominada infecção relacionada à assistência à saúde - IRAS, para maior abrangência, é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares ⁽¹⁾.

Para a maioria da população e até mesmo para a equipe de saúde, infecção relacionada à assistência à saúde é vista como uma negligência, ou então algo que não se fez bem feito, porém vale salientar que existem infecções hospitalares evitáveis e outras inevitáveis ⁽²⁾.

Entretanto, a infecção relacionada à assistência à saúde representa um importante problema de saúde pública, uma preocupação aos órgãos de saúde e também um problema de ordem social, ética e jurídica com resultantes implicações aos usuários e riscos a que estes estão submetidos ⁽³⁾.

A infecção relacionada à assistência à saúde é um indicador de qualidade nos hospitais, e o processo de controle desta é, em si mesmo, melhoria da qualidade, apesar de ser tratado como atividade paralela a este processo, visto que ambos partem de uma mesma abordagem epidemiológica, coletando e interpretando dados, a fim de gerar informações que possam nortear e adequar em direção aos objetivos propostos ⁽⁴⁾.

Para que o controle de infecção relacionada à assistência à saúde seja realizado de forma sistemática, por todos que participam direta ou indiretamente do processo, e atenda às necessidades de cada serviço, políticas e normas devem estabelecer conceitos, organizar estrutura física e humana, e formas de trabalho.

Assim, um programa de controle de infecção tem o papel de organização dessa sistemática e pode funcionar como importante ferramenta de qualidade, pois permite tanto o planejamento e a execução das ações de controle de infecção relacionada à assistência à saúde, quanto à obtenção e avaliação dos resultados auxiliando nas ações de melhoria na área ⁽⁴⁾.

Dentro de um programa de controle de infecção, deve-se considerar a unidade de terapia intensiva como local prioritário de monitoramento e vigilância de IRAS, pois esta é uma manifestação frequente no paciente internado nessa unidade, representando grave risco de comprometimento.

Os quadros infecciosos em unidade de terapia intensiva estão associados ao maior tempo de internação, maiores morbidades e mortalidades, e o custo do tratamento com estes pacientes é três vezes maior comparado a pacientes sem infecção ^(5,6).

Os métodos invasivos, como a cateterização urinária, a intubação traqueal, a ventilação mecânica e cateteres intravasculares são fatores de risco responsáveis por um grande número das infecções ⁽⁷⁻⁹⁾.

Outro fator relevante em infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva é o uso indiscriminado de antibióticos, com a ocorrência de micro-organismos multirresistentes. Sobre o aparecimento desta multirresistência microbiana, os pesquisadores estão conscientes da problemática que ameaça a sociedade, sobretudo a possibilidade da ineficácia terapêutica ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A equipe que atua nessa área deve ser qualificada para o atendimento do

paciente crítico.

Esses profissionais trabalham constantemente com pacientes acometidos por infecções relacionadas à assistência à saúde, e, portanto, devem estar atentos às medidas de prevenção e controle.

Considerando todo esse contexto, este estudo se propõe a identificar percepções de profissionais de enfermagem e médicos que atuam em duas UTIs de um hospital universitário sobre a ocorrência de infecção relacionada à assistência à saúde.

1.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A história da infecção relacionada à assistência em saúde nos hospitais é de extrema relevância, sendo marcada por fatos que mudaram a sociedade. Os fatos que marcam o presente refletem o esforço e o conhecimento de profissionais da saúde que, através de observação, pesquisa e dedicação contribuem para a construção desta história ⁽¹³⁾.

Nesse cenário, torna-se importante ressaltarmos figuras heroicas, descobertas e inovações.

James Simpson, professor da Universidade de Edimburgo, Escócia, em meados do século XIX, observou que a taxa de letalidade após uma amputação ocorria com maior frequência em pacientes internados. Ele comparou a mortalidade

por supuração em 2000 amputados em casa com os amputados no hospital e constatou que as amputações feitas no hospital infectavam quatro vezes mais ^(14,15).

Oliver Wendel Holmes, médico americano, na Universidade de Harvard, descobriu em 1843, que a febre puerperal era contagiosa e transmitida de um médico para o outro por meio das mãos, afirmando que esta não era um infortúnio e sim um crime ⁽¹⁶⁾.

Ignaz Philipp Semmelweis, médico húngaro, foi quem obteve maior notabilidade por seus achados diagnósticos, instituindo no ato de lavar as mãos, a principal medida que até os dias de hoje resulta em conduta eficaz para a prevenção das IRAS. Em 1847, publicou trabalho que viria confirmar a transmissibilidade de doença intra-hospitalar, demonstrando que a taxa de febre puerperal era maior entre parturientes que eram assistidas por médicos, comparada com as assistidas pelas parteiras. Semmelweis defendia a lavagem das mãos e antissepsia, inferindo a infecção cruzada mesmo sem a descoberta dos micro-organismos. Suas medidas ficariam imortalizadas como a institucionalização da lavagem das mãos, com substância clorada, pelos médicos e pessoal de enfermagem, entre cada paciente a ser examinada. Realizou a primeira publicação de observação experimental sobre a febre puerperal, demonstrando em seus estudos relação entre a contaminação das mãos do médico com “partículas cadavéricas” e a transmissão da febre puerperal. Com seus estudos conseguiu reduzir a mortalidade materna de 12,24% em maio, para 2,38%, em junho e em julho do mesmo ano para 1,20% ^(2,16).

Ambos, Holmes e Semmelweis, em dois continentes diferentes, duas vozes

que ecoavam a importância de um mesmo gesto simples, como poderoso antídoto contra as infecções relacionadas à assistência à saúde ⁽¹³⁾.

Outra figura ilustre, a precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, implantou medidas de higiene e limpeza no hospital em que assistia os feridos na Guerra da Crimeia (1854). O hospital apresentava péssimas condições: não existiam sanitários, os leitos e roupas de camas eram insuficientes, não havia bacia, sabão ou toalhas, as pessoas comiam com as mãos, sendo a taxa de mortalidade de 42%. Florence, então, abriu cozinhas, lavanderias, melhorou as condições sanitárias, reduzindo a taxa de mortalidade para 2,2%. Podemos dizer que antes de Nightingale, os hospitais funcionavam como casas de repouso, onde a morte coexistia desveladamente com a vida, insetos e roedores disputavam alimentos com pacientes. Após a sua intervenção, passou a produzir-se saúde nos hospitais, tendo a melhoria da qualidade de vida como uma busca constante. Florence solicitava ainda, que as enfermeiras mantivessem um sistema de relato dos óbitos hospitalares com objetivo de avaliar o serviço. Essa atitude provavelmente constituiu-se na primeira referência à vigilância epidemiológica, tão usada nos Programas de Controle de Infecção Hospitalar ^(13,16,17). O fim do século XIX e o início do XX foram marcados pelo advento da microbiologia como ciência de apoio no combate das infecções relacionadas à assistência à saúde. O cirurgião inglês Lorde Joseph Lister publicou seu trabalho “The antiseptic principle in the practice of surgery”, sugerindo a utilização do fenol como primeiro agente químico desinfetante na antisepsia de feridas e na execução de procedimentos

cirúrgicos ^(14,15).

O cientista Louis Pasteur destacou-se por suas descobertas sobre fungos, bactérias e vírus; seus estudos constituíram um salto na compreensão da vida microbiológica pela ciência ⁽¹³⁾.

Outra importante contribuição para a prevenção das infecções foi a invenção da luva cirúrgica, criada a partir da constatação de que os desinfetantes eram irritantes para as mãos, pelo cirurgião americano Willian Stewart Hasteadt ⁽¹⁶⁾.

Os cirurgiões começam a evitar conversas desnecessárias nas salas cirúrgicas, sendo estas separadas fisicamente com vidros, antissépticos e rígidas rotinas e normas foram instituídas a fim de evitar infecções relacionadas à assistência em saúde ⁽¹⁶⁾.

Faz-se necessário citar a grande descoberta do século XX, a penicilina, em 1928, por Alexandre Fleming, seguida dos demais antibióticos, que desencadearam uma corrida tecnológica no desenvolvimento de uma potente indústria farmacêutica ⁽¹⁷⁾.

Entretanto, as bactérias também, paralelamente, vêm se desenvolvendo e trazendo para o século XXI um grave problema, a multirresistência bacteriana ⁽¹⁶⁾.

Dentro dos hospitais, historicamente, antes da existência de equipes próprias para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde, os profissionais que atendiam os pacientes faziam o diagnóstico desses episódios e tomavam condutas para cada caso. A detecção de problemas era rara, salvo quando assumia grandes

proporções, devido à inexistência de dados centralizados, sendo então criadas comissões provisórias para aquele surto em particular. A ocorrência cada vez mais frequente de infecções relacionadas à assistência à saúde causadas por micro-organismos resistentes aos antimicrobianos foi o principal fator que motivou a organização permanente do controle de infecção relacionada à assistência à saúde ⁽¹⁸⁾.

O ancestral do Centers for Disease Control (CDC) foi um órgão do governo americano criado em 1942 para controlar a malária no sul do país; logo a entidade passou a combater outras doenças infectocontagiosas, centralizando as notificações compulsórias de doenças, realizadas desde de 1925. Formada por um grupo de epidemiologistas, a equipe era responsável por identificar e controlar a cadeia epidemiológica de agravos que fossem notificados. Várias atividades foram desenvolvidas pelo grupo como: a investigação de epidemia de raiva transmitida por morcegos, a descoberta de vacina contra a poliomielite, participação no programa de erradicação da varíola, entre outros. A necessidade de uma subdivisão desta equipe para infecções relacionadas à assistência à saúde veio com a pandemia de estafilococos resistentes à penicilina ⁽¹⁸⁾. Duas conferências nacionais foram realizadas nos Estados Unidos, em 1958, recomendando que os hospitais realizassem desinfecção e monitoramento de contaminação ambiental, detecção e tratamento dos membros da equipe portadores nasais de estafilococos, adoção de rigorosa técnica asséptica, e notificação voluntária à comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) pela equipe de atendimento dos casos de infecção pelo

estafilococo^(14,15,18).

Durante os anos 60, uma minoria dos hospitais americanos tinha programas de controle de infecção relacionada à assistência à saúde, dependendo de esforços dos profissionais interessados⁽¹⁶⁾.

O CDC optou por implantar em 1968 um treinamento destinado a médicos e enfermeiros para que assumissem a atividade de busca ativa dos casos de infecção relacionada à assistência à saúde, recomendando a adoção de um enfermeiro para cada 250 leitos. O CDC tornou-se um centro de referência, organizando eventos científicos locais e regionais, manuais e cursos de treinamentos. Os hospitais foram progressivamente, adotando as recomendações e substituindo seus métodos passivos por busca ativa, criando seus próprios núcleos para o controle de infecção. Como reflexo desse movimento, foi fundada em 1972 a Association for Practitioners in Infection Control (APIC), e o CDC uniu, voluntariamente, 70 hospitais, fundando o National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) com o objetivo de criar um banco nacional de dados sobre vigilância das infecções hospitalares. Em 1976, a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) incorporou um detalhado sistema de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde para a acreditação dos hospitais americanos⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

No Brasil, o início das preocupações com as infecções relacionadas à assistência à saúde acompanhou o processo de industrialização acelerado, que iniciou com o governo de Juscelino Kubitschek e também a ocorrência de surtos por estafilococos resistentes à penicilina, segundo informações que vinham de países

com medicina tecnologicamente desenvolvida. Seguindo paralelamente a evolução tecnológica mundial, a abordagem principiou com medidas coletivas e ambientais, identificação dos fatores de risco, desenvolvimento dos procedimentos invasivos, e, finalmente, procurou aplicar medidas de controle em nível molecular e genético, absorvendo tecnologia de ponta. Entretanto, as primeiras referências sobre contaminação hospitalar surgiram na década de 50, sendo o termo infecção hospitalar pouco difundido em nosso meio, até então ⁽¹⁸⁾.

As primeiras comissões de controle de infecção relacionada à assistência à saúde surgiram durante os anos de 1970, porém foi a década de 80 a mais importante para o controle da infecção hospitalar no Brasil, pois começou a ocorrer uma conscientização sobre o tema sendo criadas várias comissões. Devemos destacar a criação do Núcleo Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar, fundado em 1982, como primeiro grupo multiprofissional e interinstitucional, que passou a se reunir periodicamente, desenvolvendo vários temas, em uma proveitosa troca de experiência, integrando posteriormente aos programas educativos do Ministério da Saúde. Em 1987, este grupo transformou-se em associação: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH), sendo pioneira na organização do primeiro congresso brasileiro sobre o tema, em São Paulo, no ano de 1989 ^(18,19).

No contexto social, essa década significava a abertura política, dando seus primeiros passos em direção à reabertura democrática e a conquista de vários direitos sociais, culminando na Constituição de 1988. O tema infecção hospitalar ou

infecção relacionada à assistência à saúde começava a ser divulgado na mídia, ora em tons catastróficos por denúncias de pacientes, ora por iniciativa dos profissionais, reivindicando a necessidade de os hospitais exercerem ações efetivas de controle. Com isso, houve uma constatação generalizada da gravidade do problema, com manifestações dos vários setores da sociedade: usuários, profissionais da saúde, donos de hospitais, etc. Justificativas apresentavam como defesa, reduzindo o problema a um fenômeno universal, uma vez que existia infecção hospitalar ou infecção relacionada à assistência à saúde em todos os hospitais do mundo, ou como consequência indesejável do avanço do modelo clínico. Entretanto, muitos relacionavam as IRAS com a péssima qualidade de assistência prestada pelos hospitais. Como resposta, o Ministério da Saúde criou, em 31 de janeiro de 1983, um grupo de trabalho que gerou a Portaria MS 196/83 de 24 de junho que recomendava aos hospitais a criação de CCIH e dava orientações práticas sobre suas atividades ^(21,22).

As demandas para providências tornaram-se ainda mais intensas após o episódio da morte do presidente Tancredo Neves, que foi operado às pressas por uma diverticulite intestinal e teve sua doença agravada por uma infecção relacionada à assistência à saúde, falecendo em 1985 ^(18, 21).

Novas portarias do MS foram instituídas, como a 930/92, sendo posteriormente revogada e assinada a atual, Portaria 2616, de 12 de maio de 1998. De acordo com a portaria 2616/98, as ações da CCIH estão fundamentadas na vigilância epidemiológica, possibilitando a definição de diretrizes de prevenção

e controle de infecções através de recomendações feitas aos profissionais de saúde ^(23, 24).

Dentro deste panorama, sem dúvida, o controle da infecção hospitalar ou infecção relacionada à assistência à saúde é um desafio, um tema de extrema importância, configurando um indicador de qualidade da assistência.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das Clínicas de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

A Comissão Permanente de Controle de Infecção Hospitalar (CPCIH) do Hospital das Clínicas de Botucatu teve seu início em 04/11/1975, porém sua constituição formal só ocorreu em 1983, obedecendo à Portaria n.196 do Ministério da Saúde.

Ela era formada por um núcleo executor composto de cinco profissionais para a realização da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, comunitárias, e do uso de antimicrobianos ⁽²⁵⁾.

A CPCIH priorizou, desde o início de seus trabalhos, o estudo, a implantação de sistema de registro de dados necessários ao estabelecimento dos indicadores importantes para o hospital e a divulgação de relatórios previstos na portaria ministerial ⁽²⁵⁾.

Os dados eram obtidos através do preenchimento de uma ficha codificada, com a participação dos enfermeiros responsáveis pelas unidades de internação,

unidades de terapia intensiva, pronto-socorro, desde o momento em que houvesse suspeita ou confirmação de infecção nos pacientes internados no HC ⁽²⁵⁾.

As unidades de internação recebiam a visita, duas vezes por semana, dos membros do núcleo de infecção, sendo que as UTIs eram monitoradas diariamente por meio do sistema NISS (National Nosocomial Infections Surveillance) do CDC (Center Diseases Control) ⁽¹⁸⁾.

Ao término de cada mês, as fichas eram processadas por um programa adequado, definido pela comissão, no Centro de Informática Médica, para que, desse modo, pudesse registrar os dados mais importantes do hospital e analisar sua evolução, gerando um relatório mensal com as taxas globais de infecções hospitalares e comunitárias, além dos fatores de riscos, germes e topografias prevalentes ⁽²⁵⁾.

Em fevereiro de 2010, houve a substituição da CPCIH pela atual comissão que passou a se chamar CCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde.

Com essas mudanças, alterações no sistema de controle de antimicrobianos e de vigilância epidemiológica das infecções no hospital foram adotadas, com busca ativa realizada, quinzenalmente, por meio de levantamento de prevalência de infecções nas Unidades de Internação e manutenção da busca diária, utilizando-se o sistema NISS, atualmente designado NHSN – National Health Safety Network, do CDC nas UTIs.

O grupo executor da CCIRAS passou a contar com sete membros, que

trabalham na continuidade do Programa de Controle de Infecção e implementação de novas medidas.

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Unidades de Terapia Intensiva

O universo que permeia todos os meandros do controle das IRAS pelos membros das CCIH deve ser embasado por um programa de controle de infecção relacionada à assistência à saúde, adequado às necessidades da instituição. Algumas áreas específicas, entretanto, requereram uma atenção especial devido a sua complexidade. Nas unidades de terapia intensiva, encontramos uma associação de fatores que propiciam a ocorrência de infecção relacionada à assistência à saúde e de surtos ⁽²⁶⁾.

A tecnologia aplicada à assistência hospitalar em unidade de terapia intensiva (UTI) torna possível o prolongamento da sobrevida do paciente em situações muito adversas. Este aspecto altamente positivo por um lado, por outro, é um dos fatores determinantes do aumento do risco de infecção relacionada à assistência à saúde em pacientes críticos ⁽¹²⁾. Um estudo da prevalência de infecção hospitalar realizado em 17 unidades de terapia intensiva da Europa encontrou sete fatores de risco para infecções adquiridas em UTI: tempo de permanência prolongado acima de 48 horas; paciente sob ventilação mecânica; diagnóstico associado a trauma; acesso venoso central; cateterização de artéria pulmonar; cateterização vesical e uso de profilaxia para úlcera de estresse ⁽²⁷⁾. Infelizmente, dados brasileiros confiáveis a respeito da

prevalência de infecção em UTI são escassos, como consequência a avaliação do seu impacto na morbidade, mortalidade e dos custos associados é limitada ⁽⁶⁾.

Alguns estudos no Brasil avaliaram o impacto das infecções em ambiente de terapia intensiva. Um estudo de prevalência de infecção realizado em UTI de um Hospital Universitário encontrou uma taxa alta de infecção com predomínio de bactérias resistentes ⁽²⁸⁾.

Estudos brasileiros recentes que enfocaram os aspectos epidemiológicos da síndrome séptica mostraram que o pulmão foi o foco de infecção mais importante, sendo que a taxa de mortalidade nestes estudos variou de 34,7% até 46,6%, atingindo 65% na presença de choque séptico ⁽²⁹⁾.

A taxa de mortalidade associada à infecção em UTI no Estado do Rio Grande do Sul em um estudo transversal de prevalência de um dia foi de 45% ⁽⁶⁾.

A infecção e suas consequências são as maiores causas de morte em UTIs gerais ^(6,30). Portanto, é muito importante a prevenção, exigindo dos profissionais conhecimento aprofundado das taxas, tipo e natureza da infecção, ambiente de aquisição e padrão dos organismos causadores, com reconhecimento dos fatores de risco para a infecção desenvolvida na UTI e sua relação com a mortalidade ^(6,31).

Justificativa do Estudo

Baseados na experiência, como enfermeira da Comissão Permanente de Controle de Infecção Hospitalar, e na literatura, entende-se a importância do controle rigoroso da infecção em UTI, sendo os profissionais de saúde figuras-chave neste processo.

Nossa inquietação tem a ver com o significado das ocorrências de IRAS nas Unidades de Terapia Intensiva de Adultos e Terapia Intensiva Coronariana para os profissionais que nelas atuam.

Com esta pesquisa, pretende-se buscar subsídios que possam contribuir com inovações nas práticas desenvolvidas pela CPCIH, junto aos profissionais das UTIs.

2. Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Apreender as percepções de profissionais envolvidos com o cuidado de doentes internados em Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde nessas unidades.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Identificar a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde no primeiro semestre de 2009, na UTI de Adulto e na UTI Coronariana quanto às respectivas taxas de IH, topografia, procedimentos de risco aos quais foram submetidos os doentes infectados e germes presentes nas infecções.
 - 2.2.2 Identificar número e qualificação dos profissionais envolvidos na assistência direta aos doentes internados na UTI de Adulto e na UTI Coronariana, lotados nessas unidades: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
 - 2.2.3 Analisar as percepções dos profissionais: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a ocorrência de IRAS no primeiro semestre de 2009.
 - 2.2.4 Descrever e analisar percepções dos profissionais acerca do trabalho da Comissão Permanente de Controle de Infecção Hospitalar.
-

3. Método

3.1 TIPO DE ESTUDO, LOCAL E POPULAÇÃO

Estudo de natureza qualitativa desenvolvido após levantamento de dados quantitativos sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde no primeiro semestre de 2009, nas Unidades de Terapia Intensiva – Adulto e Coronariana do HC – FMB - UNESP, mediante informações coletadas dos relatórios mensais elaborados pela CPCIH.

Dos relatórios da CPCIH foram coletados dados mensais relacionados à ocorrência de IRAS na UTI - Adulto e UTI Coronariana. Os dados de interesse foram: taxa de IRAS; topografia das IRAS; procedimentos de riscos aos quais foram submetidos os doentes que apresentaram IRAS; germes envolvidos nas IRAS.

Junto à UTI de Adulto e UTI Coronariana, foi feito levantamento do número de médicos contratados para a assistência nessas unidades, número de enfermeiros e de técnicos de enfermagem.

Todos os profissionais – médicos e enfermeiros envolvidos com a assistência aos doentes internados na UTI de Adultos e UTI Coronariana e 30% dos técnicos de enfermagem, escolhidos aleatoriamente, foram convidados a participar deste estudo. Os que aceitaram foram entrevistados, seguindo-se roteiro de questões (Anexo 1).

3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO E TEÓRICO

As entrevistas foram gravadas e a análise dos depoimentos foi feita utilizando-se, como referencial metodológico, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre⁽³²⁾. Neste método, são elencadas e articuladas operações sobre depoimentos coletados, por meio de perguntas abertas, sobre percepções. Tais operações, ao final do processo, ensejarão depoimentos coletivos confeccionados com extratos de depoimentos individuais. Cada depoimento coletivo veicula determinada e distinta percepção e é redigido na primeira pessoa do singular, com o propósito de produzir uma percepção coletiva, expressando-se, diretamente, pela fala de um único sujeito de discurso ⁽³²⁾.

Para obter o pensamento coletivo é preciso convocar os indivíduos, um a um, o universo (médicos e enfermeiros), ou uma amostra representativa de uma coletividade (técnicos de enfermagem), para que cada indivíduo possa expor seu pensamento, livre de pressões do grupo, e para que o conjunto dessas individualidades participantes possa representar, sociológica e estatisticamente, uma coletividade ⁽³²⁾.

Sinteticamente, o DSC consiste numa forma não matemática nem metalinguística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante ⁽³²⁾.

Para produção dos DSC são usadas três operações:

- Ideias-centrais: fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido (s) presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.
- Expressões-chave: trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo.
- Discursos do Sujeito Coletivo (DSC): reuniões das expressões-chave presentes nos depoimentos, que têm idéias-centrais de sentido semelhante ou complementar.

O DSC é uma soma qualitativa, na medida em que a agregação dos elementos que o compõe não é o produto de uma quantidade determinada de iguais, mas de semelhantes, que são reunidos para compor uma determinada qualidade - um discurso coletivo com sentido, que constitui uma qualidade, porque individualiza um determinado sentido (uma opinião coletiva) diferente de outro sentido (outra opinião coletiva), que conforma outro discurso e, conseqüentemente, outra qualidade. Pode ser visto como um “eu ampliado”, como uma tentativa de reconstituir um sujeito coletivo, que, como (primeira) pessoa coletiva, esteja veiculando uma representação ou um discurso com conteúdo ampliado ⁽³²⁾.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

“é composto por aquilo que um dado sujeito individual falou e também por aquilo que poderia ter falado e que seu companheiro de coletividade atualizou por ele já que o pressuposto sociológico de base é que o Discurso do Sujeito Coletivo é a expressão simbólica do campo a que ambos pertencem e da posição que ocupam dentro deste campo ou de uma cultura organizacional” ⁽³³⁾ p.30

“... O pensar das pessoas sobre o tema X não é o equivalente ao conteúdo que eventualmente verbalizam nas entrevistas, mas além e mais do que isso é aquilo que podem pensar, ou seja, o que está no horizonte de pensamento de uma dada cultura. Isto significa, por exemplo, que o pensamento de um dado indivíduo pode incluir também aquilo que outros indivíduos socialmente equivalentes verbalizaram por ele”⁽³³⁾ p.30.

Os instrumentos de análise contendo os discursos na íntegra, as ideias centrais extraídas de cada discurso e respectivas expressões-chave estão apresentados no CD-ROM anexado a esta dissertação.

A análise e discussão dos discursos se apoiaram em um quadro teórico sobre Infecções hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva.

3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Protocolo CEP 3310-2009. (Anexo 2).

Após esclarecimentos sobre a pesquisa, os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e destruídas após transcrição.

4. Resultados e Discussão

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UTIS – CORONARIANA E ADULTO

A seguir, serão apresentados os resultados referentes à caracterização das UTIs: Coronariana e Adulto, utilizados como referência na obtenção dos dados qualitativos, sem o propósito de articulá-los à literatura por não ser o objetivo deste estudo.

4.1.1 UTI – Coronariana

Equipe profissional atuante na UTI Coronariana no primeiro semestre de 2009, segundo informação das chefias médica e de enfermagem.

Quadro 1. Profissionais que atuam na UTI Coronariana, primeiro semestre de 2009.

Categoria profissional	Número
Médicos	3
Enfermeiros	4
Técnicos de Enfermagem	13

Dos relatórios da CPCIH no primeiro semestre de 2009, foram apuradas as internações e IRAS.

Quadro 2. Internações e IRAS na UTI Coronariana, no primeiro semestre de 2009.

Total de Internações	Total de IRAS	% de IRAS
158	20	12,7

Dos relatórios do primeiro semestre de 2009, foram apurados os procedimentos de risco mais frequentemente realizados na UTI Coronariana, conforme tabela 1.

Tabela 1. Procedimentos de risco mais frequentes nas IRAS (20 casos), UTI Coronariana, HC – FMB, primeiro semestre de 2009.

Procedimentos de risco*	N	% pacientes submetidos
Punção Venosa Periférica	11	55
SVD	11	55
Antibiótico	7	35
Punção Arterial	4	20
Total	33	*

*Procedimentos múltiplos

Os germes mais prevalentes nas infecções ocorridas na UTI Coronariana no primeiro semestre de 2009, conforme relatório da CPCIH, são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Germes mais prevalentes nas IRAS (20 casos), UTI Coronariana, HC – FMB, primeiro semestre de 2009.

Germes	N	%
E coli	5	25
K. pneumonie	2	10
S. aureus	2	10
S. coagulase negativa	2	10
Acinetobacter -outras	1	5
Outros	3	15
Sem informação sobre cultura	5	25
Total	20	100%

As topografias mais prevalentes nas taxas de infecção na UTI Coronariana, no primeiro semestre de 2009, conforme relatório da CPCIH, estão apresentadas na tabela 3.

Tabela 3. Topografias mais prevalentes nas IRAS (20 casos), UTI Coronariana, HC-FMB, primeiro semestre de 2009.

Topografia	% IRAS
Urinária	48,1
Respiratória	22,2
Cardiovascular	14,8
Sítio Cirúrgico	3,7
Outras	11,2
Total	100

4.1.2 UTI - Adulto

Equipe profissional atuante na UTI Adulto no primeiro semestre de 2009, segundo informação das chefias médica e de enfermagem.

Quadro 3. Profissionais que atuam na UTI Adulto, primeiro semestre de 2010.

Categoria profissional	Número
Médicos	5
Enfermeiros	14
Técnicos de Enfermagem	33

Dos relatórios da CPCIH no primeiro semestre de 2009, foram apuradas internações e IRAS.

Quadro 4. Internações e IRAS na UTI Adulto, no primeiro semestre de 2009.

Total de Internações	Total de IRAS	% de IRAS
329	129	39,2

Dos relatórios da CPCIH do primeiro semestre de 2009, foram apurados os procedimentos de risco mais frequentemente realizados na UTI-Adulto, conforme tabela 4.

Tabela 4. Procedimentos de risco mais frequentes nas IRAS (129 casos), UTI-Adulto, HC – FMB, primeiro semestre de 2009.

Procedimentos de risco*	N	% pacientes submetidos
Suporte Respiratório Mecânico	73	56,6
SVD	70	54,3
Antibiótico	64	49,6
Punção Venosa Central	58	45,0
Total	265	

* Procedimentos múltiplos

Os germes mais prevalentes nas infecções ocorridas na UTI Adulto no primeiro semestre de 2009, conforme relatório da CPCIH, são apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Germes mais prevalentes nas IRAS (129 casos), UTI- Adulto HC – FMB, primeiro semestre de 2009.

Germes	N	Porcentagem
Pseudomonas aeruginosa	27	12,7%
Acinetobacter -outras	25	11,8%
K. pneumoniae	22	10,4%
S. aureus	18	8,5%
A. baumannii	16	7,5%
Outros	104	49,1%
Total	212	100%

As topografias mais prevalentes, nas taxas de infecção na UTI Adulto, no primeiro semestre de 2009, conforme relatório da CPCIH, estão apresentadas na tabela 6.

Tabela 6. Topografias mais prevalentes nas IRAS (129 casos), UTI Adulto, HC – FMB, primeiro semestre de 2009.

Topografia	Taxa IRAS
Respiratória	35,0%
Cardiovascular	17,3%
Urinária	16,5%
Sepse	10,6%
Outras	20,6%
Total	100,0%

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS UTI CORONARIANA

Foram entrevistados 3 médicos (100%), 4 enfermeiros (100%) e 4 técnicos de enfermagem (30%). O quadro 5 mostra o tempo de atuação dos profissionais entrevistados, segundo a categoria profissional.

Quadro 5. Categorização dos entrevistados na UTI Coronariana e tempo de trabalho, primeiro semestre de 2009

Categoria profissional	Tempo de trabalho 1 a 3 anos	Tempo de trabalho 3 a 6 anos
Enfermeiros	1	3
Médicos	1	2
Técnicos de Enfermagem	1	3

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS UTI – ADULTO

Foram entrevistados 5 médicos (100%); 13 enfermeiros (93%), um dos enfermeiros recusou-se a participar da pesquisa; e 10 técnicos de enfermagem (30%). O quadro 6 mostra o tempo de atuação dos profissionais entrevistados, segundo a categoria profissional.

Quadro 6. Categorização dos entrevistados na UTI Adulto e tempo de trabalho, primeiro semestre de 2009.

Categoria Profissional	Tempo de trabalho 1 a 3 anos	Tempo de trabalho 3 a 6 anos	Tempo de trabalho > 6 anos
Enfermeiros	10	2	1
Médicos	1	2	2
Técnicos de Enfermagem	3	2	5

4.4 ENTREVISTAS

A seguir serão apresentados, conjuntamente, os resultados das entrevistas feitas na UTI Coronariana e UTI- Adulto, separados por categoria profissional dos entrevistados e organizados a partir das questões apresentadas, destacando-se, para cada questão, as ideias centrais presentes nas falas dos participantes desta pesquisa. Os discursos contendo ideias centrais semelhantes ou equivalentes foram reunidos, conformando-se como um único discurso, denominado Discurso do Sujeito Coletivo, conforme preconizado por Lefèvre ⁽³²⁾.

Apesar de atualmente utilizar-se o termo infecção relacionada à assistência à saúde, o termo mais conhecido no momento das entrevistas ainda era infecção hospitalar, razão pela qual foi adotada esta terminologia.

Questão analisada 1: Por que você acha que acontecem Infecções Hospitalares nesta Unidade?

ENFERMEIROS

Síntese das ideias centrais

- A) Temos feito mudanças técnicas na execução de procedimentos e conseguido diminuir a ocorrência de infecções (E1).
 - B) As Infecções hospitalares podem ser causadas por negligência dos profissionais ou por desconhecimento (E2, E3, E5, E9, E12, E13, E15, E16).
 - C) Os quartos são muito frios por conta do ar condicionado (E2)
 - D) O paciente pode vir de casa com uma infecção ou fator de risco de infecção (E2).
 - E) As infecções em UTI são reflexos do que acontece no hospital (E4).
 - F) A gravidade dos pacientes exige muitas intervenções e tratamentos invasivos (E5, E8, E11, E13, E14, E15, E16, E17).
 - G) São muitas as pessoas que circulam dentro da UTI, além de ser um Hospital Escola, a UTI tem problema de espaço físico (E5, E6, E7, E9, E10, E17).
-

Discurso do Sujeito Coletivo

A) Temos feito mudanças técnicas na execução de procedimentos e conseguimos diminuir a ocorrência de infecções (E1).

Nós vínhamos tendo alto índice de infecção em PPM, por conta de acesso venoso, aí observamos que eram mais os pacientes que vinham do PS para cá, aí agente passou a trocar todos os acessos que vinham de lá, e isso também quanto à infecção urinária. Começamos a trocar sondas e cateteres que vinham do PS, com isso a gente conseguiu dar uma diminuída, mas a gente ainda continuou a ter um alto índice de flebite. Aí a gente foi ver que a maioria eram pacientes que estavam recebendo amiodarona, fomos atrás de um monte de coisas de literatura sobre a amiodarona, e vimos que, se diluíssemos mais, mudássemos algumas práticas de diluição e de cuidados com a aplicação da amiodarona, isso melhoraria, e realmente melhorou. Ainda às vezes a gente tem uma ou outra, mas quando a gente percebe que passou um dia da troca da punção... mas a gente não teve as flebites graves que a gente estava tendo, com uso de antibióticos. Uma das coisas também foi fazer a antissepsia da pele com clorohex degermante, a gente faz a limpeza, enxágua, e depois faz a antissepsia com o álcool 70, a gente percebeu que houve uma melhora. Na questão das sondas, vesicais a gente procurou intensificar a higiene, mas a gente percebeu também que são muitos pacientes diabéticos. Outro componente que a gente conseguiu diminuir foi deixar o menor tempo possível o paciente com a sonda, procurando fazer mais higiene íntima.

B) As Infecções hospitalares podem ser causadas por negligência dos profissionais ou por desconhecimento (E2, E3, E5, E9, E12, E13, E15, E16).

Eu acho assim, que a IH pode ser advinda de vários fatores, desde da falta de precaução dos profissionais, falta dos EPIs, de lavagens das mãos, tudo isso pode estar contribuindo para as IHS nesta unidade. Eu acredito que muitas vezes é pelos próprios funcionários, os técnicos mesmos, eles tem o conhecimento de que é necessário utilizar os EPIs, e muitas vezes não utilizam, acabam negligenciando, e mesmo também pela falta de recursos humanos que nós temos. Assim,

os funcionários acabam ficando com pacientes contaminados e não contaminados, e acredito que por conta disso começam a cruzar as infecções. Também é importante ser mais consciente, saber prevenir, motivá-los regularmente para que eles façam cursos. Devido ao trabalho intenso acaba-se negligenciando a lavagem das mãos, não que não lavem as mãos, mas devido ao tempo curto acaba-se passando água praticamente, não realizando a técnica correta... Acho que também é uma coisa de consciência de cada um, a educação continuada ajuda muito, porém reforço a ideia de que é uma coisa de consciência. Acredito que falte educação no sentido de conhecimento sobre o assunto de toda a equipe tanto médica, quanto de enfermagem e dos outros profissionais que atuam nesta UTI... a desinfecção da torneirinha do cateter venoso central, que já foi orientada, muitas vezes não é feita, outro exemplo é a utilização de um jarro para cada bolsa de diurese e quando vamos ver estão misturados. ... os funcionários não dão a devida importância a precaução de contato, às vezes você observa eles andando para cá e para lá com o avental descartável, manipula o carrinho de medicação com este próprio avental que atendeu o paciente.

C) Os quartos são muito frios por conta do ar condicionado (E2).

Alguns pacientes reclamam muito que alguns quartos são muito frios por conta do ar condicionado. Por serem pacientes idosos, a gente precisa sempre estar fazendo remanejamento dos quartos, e às vezes a gente pede para desligar o ar , por achar que a tosse é do ar.

D) O paciente pode vir de casa com uma infecção ou fator de risco de infecção (E2).

Alguns pacientes que já vem de casa com outro fator de risco também pode ser que contribuam para a IH. Tem pacientes que chegam aqui com muita tosse, eles chegam com febre também, vem de casa com esses sinais e chegam aqui e adquirem uma pneumonia hospitalar, e aí, quando você percebe, entra como infecção hospitalar, porque as vezes ele veio com aquela tosse, que não foi percebida, passam dois dias ele evolui com a febre, ele veio de casa com a tosse, mas ele adquiriu a pneumonia aqui.

E) As infecções em UTI são reflexos do que acontece no hospital (E4).

Nada mais é do que um reflexo do que acontece de infecções hospitalares no hospital como um todo, o que nós temos aqui é que nós não recebemos o paciente imediatamente na sua internação no hospital, com certeza eles já passaram em enfermaria ou PS, já receberam uma série de intervenções, ou manipulações, já foram inseridos diversos cateteres, já passaram por muitas manipulações, portanto quando este chega aqui já é um paciente multimanipulado, já iniciou ou passou por uma terapia antimicrobiana, na maioria das vezes a terapia não foi instituída aqui.

F) A gravidade dos pacientes exige muitas intervenções e tratamentos invasivos (E5, E8, E11, E13, E14, E15, E16, E17).

A gravidade dos pacientes demanda tratamentos invasivos com muitas drogas, isso leva ao aumento das infecções, por exemplo, pacientes que precisam de cateter venoso central, cateter periférico, muitos procedimentos, sonda vesical de demora, intubação, aspiração de sondas e a manipulação. Esta UTI é referencia, atende a várias cidades, os médicos acabam selecionando os pacientes mais graves para vir e quando estes chegam já tem infecção, com sepse, já estavam internados em outras cidades, acredito que seja por isso. Acredito que seja pela gravidade e pelo tempo de permanência, em relação ao cuidado da equipe, eu sinto que eles tem bastante cuidado, porém ainda falta alguns cuidados em relação a infecção hospitalar. Também os pacientes são imunossuprimidos, o que facilita a aquisição de infecção hospitalar.

- G) São muitas as pessoas que circulam dentro da UTI, além de ser um Hospital Escola, a UTI tem problema de espaço físico (E5, E6, E7, E9, E10, E17).

Fluxo de pessoas, grande quantidade de residentes que nem sempre tomam as medidas necessárias de precaução e mesmo da equipe multiprofissional que atua que também não toma medidas necessárias. Por ser um hospital escola há um grande número de estudantes, residentes e profissionais voltados para um aprendizado nós temos que orientar bastante quanto a lavagens das mãos, precaução de contato, passagem de cateter invasivo, sonda vesical, acredito que o fato de entrar na UTI sem lavar as mãos, de examinar um paciente e outro sem lavagem das mãos, isto acontece muito com os residentes e interfere significativamente nas taxas de infecção hospitalar. Outro motivo acredito ser o espaço físico da UTI que não ajuda.

Médicos

Síntese das ideias centrais

- A) O grande problema é que os pacientes que chegam aqui já fizeram os procedimentos no PS (E1).
- B) Existem muitos cateteres, muitos pacientes estão intubados e em ventilação mecânica, já chegam com comorbidades, aumentando as infecções (E1, E2, E5, E6, E7, E8).
- C) Temos mais flebites devido ao uso de amiodarona que é uma droga vesicante (E2).
- D) Os pacientes idosos e imunodeprimidos estão mais suscetíveis às infecções (E3, E8).
-

- E) As infecções também estão relacionadas à falta de protocolos, aos cuidados e à utilização racional dos antibióticos (E4, E7).
- F) A UTI recebe várias equipes que assistem aos pacientes e há grande rotatividade (E5, E8).
- G) A questão da humanização estimula aumento da taxa de infecção (E8).

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) O grande problema é que os pacientes que chegam aqui já fizeram os procedimentos no PS (E1).

Acho que o grande problema nosso é que 90% dos pacientes vem do PS e eles fizeram os procedimentos no PS, punção de acesso e principalmente sondagem vesical, acredito que isso é uma coisa super importante.

- B) Existem muitos cateteres, muitos pacientes estão intubados e em ventilação mecânica, já chegam com comorbidades, aumentando as infecções (E1, E2, E5, E6, E7, E8).

Os pacientes que a gente tem aqui que são intubados acabam indo para a Ventilação Mecânica (VM) e então temos os problemas inerentes a VM. Acho que por ser uma UTI existem muitos cateteres, cateter central, cateter vesical, algumas intubações, então as VM acabam aumentando o índice de infecção hospitalar. A gravidade dos nossos pacientes que já chegam aqui com várias comorbidades ajudam também a adquirir infecções hospitalares. Eles são multi invadidos, o que predispõe a ter que utilizar mais antibiótico e com isso, mais infecção. Porque é uma UTI de alta complexidade que interna pacientes muito graves, com imunidade muitas vezes baixa e eles tem várias complicações.

- C) Temos mais flebites devido ao uso de amiodarona que é uma droga vesicante (E2).

No nosso caso específico, nós temos mais flebites que os outros locais, talvez pelo uso de amiodarona que é uma droga vesicante.

- D) Os pacientes idosos e imunodeprimidos estão mais suscetíveis às infecções (E3, E8).

Os pacientes que mais se infectam são os mais idosos, que acabam tendo uma permanência mais prolongada e acabam tendo mais complicações, eles necessitam de vários procedimentos de risco. Você tem infecção hospitalar que é de responsabilidade do paciente, pois ele está imunodeprimido, facilitando assim as infecções.

- E) As infecções também estão relacionadas à falta de protocolos, aos cuidados e à utilização racional dos antibióticos (E4, E7)

Há a falta de protocolos de atuação tanto da equipe médica quanto da enfermagem. Em relação à parte médica podemos citar protocolo quanto a passagem de cateter venoso central, principalmente a assepsia e cuidados na utilização dos EPIs para você não veicular infecção de um paciente para outro...talvez tenhamos falta de um cuidado maior da equipe técnica na manipulação de circuitos e aspiração dos pacientes. Também, em relação aos cuidados está a utilização racional dos antibióticos.

F) A UTI recebe varias equipes que assistem os pacientes e há grande rotatividade (E5, E8).

Nossa unidade recebe várias equipes que dão assistência aos pacientes e nem sempre tomam as devidas medidas que são necessárias na manipulação desse doente. Existe uma alta rotatividade, sendo que nos anos de 2007 para 2008 as taxas de pneumonia associadas à ventilação mecânica dobraram, juntamente com uma mudança de 56% dos profissionais de enfermagem. Percebemos, também, aumento quando da entrada dos fisioterapeutas que iniciam seus treinamentos na unidade. Imaginamos que nós temos 15 doentes e uma média de 4 a 5 profissionais de cada especialidade que examinam esse doente, então se você contar médicos, outros profissionais e visitantes dá mais de 1.000 pessoas por dia, sem dúvida é uma quantidade exorbitante.

G) A questão da humanização estimula aumento da taxa de infecção (E8).

Por outro lado, tem até a questão da humanização que estimula o aumento da taxa de infecção. Já cheguei a reclamar muito com as enfermeiras, tudo bem, tem o lado do paciente, o familiar lava as mãos, mas o ideal é que pudéssemos supervisionar essa visita, porque o familiar pega nas mãos do paciente, eu já cheguei a ver mexendo nos acessos venosos, desconectando o ventilador, não é sempre, mas acontece, e muito familiar fica debruçado chorando em cima do doente.

Técnicos de Enfermagem

Síntese das ideias centrais

- A) As infecções têm a ver com a falta de destreza e cuidado por parte da equipe médica e de enfermagem (E1, E3, E6, E7).
 - B) Acredito que é pelo ambiente hospitalar (E2).
 - C) Em situações de emergência, a gente atropela a técnica (E3, E13).
 - E) O paciente pode já pegar infecção em outras unidades antes de chegar aqui (E4, E5, E7, E11).
 - F) Ancorom desenvolve flebite (E4).
 - G) As infecções ocorrem devido à gravidade dos pacientes e muitos procedimentos invasivos (E6, E7, E9).
 - H) O elevado número de pessoas que circulam dentro da UTI e a falta de noção de alguns profissionais sobre infecção hospitalar aumentam as infecções (E8, E9, E12, E14).
 - I) O que influencia no aparecimento das infecções é o tempo que o paciente permanece na UTI (E10).
-

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) As infecções têm a ver com a falta de destreza e cuidado por parte da equipe médica e de enfermagem (E1, E3, E6, E7).

Por falta de técnica ou por falta de destreza médica mesmo, tem a ver mais com a equipe médica. A enfermagem também, mas mais o médico. Nos anos que eu estou aqui já vi bastante coisa que não foi adequada, isto ocorre mais com os estudantes, os residentes e os internos, não com os médicos daqui. Eu acho que por conta da rotina você deixa alguma coisa passar, não só o pessoal da enfermagem, por exemplo uma intubação, após várias tentativas com a mesma cânula a contamina na cama; no caso de um acesso venoso periférico, após a assepsia, não está conseguindo puncionar, coloca o dedo, e também contamina. Entra no quarto do paciente para atender rápido e não lava as mãos e faz outras ações, não que seja proposital, mas acontece. ...outro fator que aumenta a infecção hospitalar é porque falta um comprometimento de toda equipe, não adianta somente a enfermagem fazer a parte dela no que se refere à prevenção e os médicos irem lá com o mesmo avental e examinarem os 15 pacientes, os fisioterapeutas com o mesmo avental aspirarem os 15 pacientes. Isto acaba gerando um maior índice de infecção hospitalar.

- B) Acredito que é pelo ambiente hospitalar (E2).

É complicado falar porque eu vejo que é uma unidade que toma muito cuidado. O paciente interna, nós trocamos o acesso, a SVD, eu acredito que é pelo ambiente hospitalar, nós lavamos as mãos, todo procedimento que vamos realizar tomamos cuidado, por exemplo, eu entro num quarto, não consigo ficar sem lavar as mãos e minhas colegas também. O paciente chega aqui debilitado, entra no ambiente hospitalar, acho que agrava o caso.

C) Em situações de emergência a gente atropela a técnica (E3, E13).

Outro fator é que em situações de emergência a gente atropela a técnica, acredito que as intercorrências aumentam o risco de infecção hospitalar. Eu acho que uma das coisas que interfere é a lavagem do material, quando é a funcionária do encaminhamento que tem o tempo para isso, o material fica bom, mas quando é o pessoal do noturno, na maioria das vezes é lavado rapidamente, esses materiais são: umidificadores, inalação.

D) O paciente pode já pegar infecção em outras unidades antes de chegar aqui (E4, E5, E7, E11).

Geralmente quando os pacientes chegam do PS a gente troca a sonda, os acessos, então, por exemplo, como já passou a sonda no PS, se tinha que começar a pegar alguma infecção já começou. Aí vem para cá, tiramos a sonda, mas mesmo assim eles desenvolvem a infecção. A maioria dos pacientes já vem infectado de outra enfermaria. ... vem de outras unidades já com quadro de choque séptico e depois chegam aqui, são muito manipulados, mas como não foi feito um exame prévio você acaba não tendo a precaução com aquele que internou e acaba passando para outro, fazendo infecção cruzada.

E) Ancorom desenvolve flebite (E4).

Outra coisa é que o Ancorom desenvolve flebite, aí, pela falta de atenção, a gente não vê que extravasou. Os pacientes são conscientes, eles se mexem, às vezes, à noite, acaba escapando mesmo. Outra coisa ainda é que eles mesmos pegam o papagaio, mesmo estando com acesso.

- F) As infecções ocorrem devido à gravidade dos pacientes e muitos procedimentos invasivos (E6, E7, E9).

As infecções hospitalares acontecem na UTI por ser um setor complexo ... a gravidade dos pacientes, que demandam tratamentos invasivos com muitas drogas, leva ao aumento das infecções, por exemplo, pacientes que precisam de cateter venoso central, cateter periférico, sondagem vesical, manipulação, enfim, vários procedimentos invasivos.

- G) O elevado número de pessoas que circulam dentro da UTI e a falta de noção de alguns profissionais sobre infecção hospitalar aumentam as infecções (E8, E9, E12, E14).

Acredito que seja por conta da rotatividade de pessoas que circulam na unidade, como técnicos, enfermeiros, residentes. Por exemplo, os técnicos e os enfermeiros já tem uma certa noção até para nos prevenir mesmo, entramos para atender o paciente e já nos paramentamos. Os residentes percebo que não, eles entram examinam um paciente, às vezes passam de um paciente para outro e nem lavam as mãos, sem muita noção de infecção hospitalar. A nossa UTI tem esse problema grave, um fluxo de pessoal grande, tem muita gente circulando. É o pessoal do centro cirúrgico que entra manipula o paciente, abre, vê torneirinha do intracath; o pessoal que está atendendo no PS, apesar de nós pedirmos para usar os EPIs porque o paciente está em precaução de contato às vezes até riem de nós. Não adianta a gente usar e o pessoal que vem de fora não utilizar os protocolos da unidade. Principalmente devido ao fluxo de pessoas teria que ter mais vigilância nas lavagens das mãos que acho prioridade; a falta de material seria outro fator, além da consciência do pessoal sobre a importância da lavagem das mãos, que eu vejo que não acontece.

H) O que influencia no aparecimento das infecções é o tempo que o paciente permanece na UTI (E10).

Acho que o que influencia um pouco é o tempo que o paciente fica aqui, a imunidade fica baixa ficando mais fácil adquirir as infecções.

DISCUSSÃO

De acordo com a percepção dos entrevistados, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, as Unidades de Terapia Intensiva: Adulto e Coronariana recebem pacientes graves o que proporciona uma maior probabilidade de ocorrência de infecções hospitalares que, juntamente com a necessidade de intervenções invasivas, facilita a ocorrência desse evento adverso.

O que é relatado, de fato, é o que podemos encontrar rotineiramente nos pacientes internados em UTI, uma associação de fatores propícios ao surgimento de infecções hospitalares, indivíduos com risco de morte ou patologias de bases severas, necessitando de medidas adicionais de suporte, levando à quebra de barreiras com a utilização de sondas e cateteres⁽²⁶⁾. Os fatores de gravidade quando medidos pelo APACHE II e III, estão associados ao maior risco de infecção. No entanto, esses escores foram validados para prever mortalidade, não sendo seu desempenho um bom preditor de IRAS. Se por um lado existe controvérsia sobre a relação direta entre gravidade e risco de infecção, não resta dúvida de que os dispositivos invasivos são fatores primordiais para os principais sítios de infecção⁽³⁴⁾.

A população de pacientes idosos de uma maneira geral está mais suscetível às infecções devido às alterações fisiológicas do próprio processo de envelhecimento (integridade cutânea, déficit motor, alterações audiovisuais, diminuição da resposta reflexa), sendo que a hospitalização ocorre devido ao agravamento de doenças crônicas que se tornam comorbidades. A internação do idoso ocorre por um período de tempo mais prolongado, contribuindo para que este fique mais exposto aos fatores de risco para a IRAS tornando-o, assim, mais vulnerável, conforme DSC de médicos ^(35,36).

Em relação aos pacientes idosos, em um dos DSC de enfermeiros foi feita a correlação destes com o uso de ar condicionado, relatando que os quartos ficam frios, incomodando bastante esses pacientes.

O conhecimento da prevenção e controle das IRAS pelos profissionais que atuam na UTI é de extrema importância, sendo necessário o seu comprometimento. Fica claro, nas entrevistas, que muitos têm essa consciência, e fazem duras críticas aos colegas profissionais que não respeitam essas regras, causando prejuízos aos pacientes. Destacando-se aqui trecho de DSC de técnicos de enfermagem: *“Por falta de técnica ou por falta de destreza médica mesmo, (as infecções) têm a ver mais com a equipe médica. A enfermagem também, mas mais o médico.”*

Para alguns entrevistados foi importante explicitar que, para se compreender melhor o comportamento das IRAS e elaborar medidas de controle e prevenção pertinentes, é preciso conhecer os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento das IRAS ⁽³⁷⁾.

O tempo de permanência na UTI foi colocado por técnicos de enfermagem como fator que influencia no aparecimento das IRAS. Devemos lembrar que o tempo de permanência na UTI está ligado, também, em muitos casos, à manutenção dos fatores de risco como cateteres, sondas e entubação traqueal.

A falta de cuidado por parte da equipe nas realizações das técnicas assépticas, seja por desconhecimento dos protocolos estabelecidos, ou despreparo do profissional para realização do procedimento, contribui para a ocorrência das infecções.

Os protocolos relacionados com a prevenção das IRAS devem ser amplamente divulgados, de maneira a serem facilitadores do seu combate. Essa percepção foi constatada em DSC de médicos como uma crítica ao que está ocorrendo.

O tema da humanização apontado como estímulo ao aumento das taxas de IRAS também foi citado. Entretanto, muito se tem discutido sobre a implantação do atendimento humanizado nas UTIs, como forma de acolher a família e o paciente, deixando-os mais seguros para enfrentar de maneira mais positiva um momento muito difícil da vida, considerando os aspectos emocionais e psicológicos envolvidos ⁽³⁸⁾. Pode-se encontrar na literatura artigos altamente favoráveis às visitas de familiares aos pacientes de UTI, sendo que tais visitas não causam risco médico, pelo contrário, o familiar pode ajudar, e muito, o paciente a suportar esse período. O principal fator de IRAS nessas unidades são os micro-organismos que são transmitidos de um paciente para o outro, principalmente através da transmissão

cruzada sendo, portanto, a higienização das mãos a medida preventiva mais recomendada ⁽³⁹⁻⁴²⁾. O meio ambiente não está intrinsecamente envolvido na patogênese das infecções, mas pode ser um reservatório para elas.

A redução da ênfase no ambiente pode ser notada nas novas recomendações para infecções de sítio cirúrgico, que consideram desnecessárias medidas como uso de propés, separação de salas cirúrgicas limpas e contaminadas, limpeza de superfícies entre cirurgias sequenciais, dentre outras. As preocupações ambientais são hoje em dia mais direcionadas ao controle do ar e da água ^(43,44).

Um estudo que analisa o papel do ambiente hospitalar na ocorrência de pneumonias associadas a uso de ventiladores mecânicos, cita que o ambiente hospitalar apresenta vários micro-organismos, no entanto, nem sempre estes estão envolvidos diretamente nos eventos das infecções respiratórias ⁽⁴⁵⁾.

A vigilância das infecções em UTI se baseia principalmente no controle de pneumonias associadas aos ventiladores mecânicos, infecções de corrente sanguínea associadas ao uso de cateteres centrais e infecções urinárias associadas ao uso de sondas vesicais de demora. Todos estes procedimentos requerem técnicas assépticas de introdução e passagem das sondas e cateteres, além dos relacionados à sua manutenção. Portanto, durante procedimentos emergenciais é necessário que a técnica asséptica seja observada, o que nem sempre acontece. Em alguns dos DSC, são citadas ocorrências de quebra do rigor asséptico em situações de emergência, com ênfase nos procedimentos realizados no Pronto- Socorro.

É importante entender que as infecções nas UTIs não são reflexos do que

acontece no hospital, mas a literatura as aponta como epicentro para a incidência de IRAS e, portanto, as UTIs constituem unidades prioritárias para o controle de infecções⁽⁴⁶⁾.

A percepção dos entrevistados sobre a ocorrência de infecção ocasionada por um medicamento vesicante e a necessidade de medidas de prevenção para diminuir essas taxas de infecção é importante para a qualidade da assistência e segurança do paciente.

O espaço físico da UTI deve ser adequado, os quartos devem ter espaço suficiente, respeitando a regulamentação vigente que preconiza 10m² com distância de 1 metro entre paredes e leito, devendo permitir o movimento de profissionais e equipamentos. Outro fator estrutural a ser observado é o relacionado à facilidade para higienização das mãos dos profissionais e visitantes. Também as paredes e os pisos precisam ser de material que possibilite a limpeza adequada. Os leitos dos isolamentos para os pacientes que necessitam de precauções de contato, aerossóis e respiradores devem contar com antessala. É preciso que haja uma normatização relacionada ao fluxo de material sujo e limpo⁽²⁶⁾. A infraestrutura deve também contribuir para a manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir nos cuidados com sua monitorização^(47,48).

O uso indiscriminado de antibióticos, apontado em DSC dos médicos, contribui para a resistência bacteriana e o surgimento dos germes multirresistentes. A contínua emergência destes germes, principalmente em UTI, constitui um grande desafio, mobilizando órgãos nacionais e internacionais de vigilância e controle

epidemiológicos.

A grande preocupação com a resistência bacteriana inclui estratégias de combate mediante o uso racional de antibioticoterapia, educação continuada dos profissionais de saúde, implementação de isolamentos de contato para pacientes colonizados/infectados, detecção de pacientes sob risco, higienização das mãos, limpeza de superfícies, além de normatizações estabelecidas nas políticas públicas⁽⁴⁹⁾.

O grande número de pessoas circulando dentro da unidade, citado nos DSC de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, dificulta a supervisão adequada das medidas de controle de infecção hospitalar. *“Nossa unidade recebe varias equipes que dão assistência aos pacientes e nem sempre tomam as devidas medidas que são necessárias na manipulação desse doente...”*

Além da equipe da unidade, outras especialidades participam do processo de cuidado dos pacientes internados em UTI, aumentando, com isso, o número de profissionais que manipulam esses pacientes. Considerando-se, ainda, o fato de tratar-se de hospital-escola, em que muitos ainda estão em treinamento, o risco de infecções tende a aumentar, até pelas dificuldades de controle.

Os profissionais que atuam em UTI devem estar bem treinados nos procedimentos adotados na unidade e o seu número deve ser adequado ao número de leitos e características dos doentes, respeitando-se a legislação vigente ⁽⁴⁸⁾. A baixa proporção de profissionais de enfermagem por leito está relacionada com o aparecimento de pneumonia associada à ventilação mecânica⁽⁵⁰⁾.

Da análise dos DSC construídos a partir das respostas à questão sobre o porquê da ocorrência de infecções adquiridas dentro das Unidades de Terapia Intensiva, que foram objeto do presente estudo, verifica-se que os profissionais têm percepções diversas, mas que se complementam, e que se mostram preocupados com o problema.

Nota-se que, ao problematizarem sua prática, é possível perceber possibilidades de mudanças de certos comportamentos e atitudes visando à redução das taxas de IRAS.

Melhorias das condições estruturais e funcionais, bem como das condições de trabalho, certamente propiciarão melhorias na qualidade da assistência, com redução dos riscos de IRAS e maior satisfação dos trabalhadores das UTIs..

Questão analisada 2: Na sua opinião, a quais procedimentos de risco são submetidos os doentes internados nesta UTI que, com frequência, têm maior relação com as Infecções Hospitalares?

Enfermeiros

Síntese das ideias centrais

- A) Aparecem mais as infecções decorrentes de intubação, sondagem vesical, acesso venoso e uso de algumas medicações (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17).
- B) A ventilação mecânica é o primeiro vilão associado à infecção (E4).
- C) As infecções têm a ver com o despreparo dos profissionais (E7).

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) Aparecem mais as infecções decorrentes de intubação, sondagem vesical, acesso venoso e uso de algumas medicações (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17).

A questão que a gente mais tem seria: paciente intubado que tem infecção respiratória, o paciente com SVD, o paciente com acesso periférico e o uso de algumas medicações. São os cateteres, sondas e intubações os procedimentos mais invasivos, enfatizando que quase 100% dos pacientes têm esse “kit”. Provavelmente as técnicas incorretas na realização deste procedimento têm a ver com a ocorrência de infecções. A intubação que está associada à pneumonia sem dúvida

é importantíssima, os residentes intubam sem luvas estéreis e se você não ficar em cima, apoiam a cânula na cama, sem noção alguma. Outro exemplo é a técnica de aspiração endotraqueal; existe a necessidade da técnica asséptica e nós utilizamos luvas estéreis; em outros hospitais não utilizam, mas como nosso índice de infecção pulmonar já é alto, nós evitamos os fatores que possam aumentar o índice; a gente lava as mãos, usa luvas estéreis para garantia da técnica correta, mas há quebra na técnica correta de intubação, deveria ser um procedimento estéril e muitas vezes não é. Tem muitas pessoas que fazem o curativo com luva de procedimento. Acho que é importante colocar que não é só a enfermagem que aspira, o fisioterapeuta também, eles têm uma técnica e a gente tem outra. Na verdade, os fisioterapeutas são a favor de instilar soro fisiológico e nós não. Depois vem a infecção urinária devido ao uso de cateter urinário. Quando você despreza a diurese, abre-se o sistema, se você não tiver os cuidados necessários aumenta-se a possibilidade da entrada de micro-organismos. São os enfermeiros que passam a sonda vesical de demora e eu acredito que todos nós tomamos muito cuidado com esse procedimento, mas, provavelmente é o tempo prolongado e abrimos o sistema para mensurar no mínimo 3 vezes ao dia. Muitos técnicos esquecem de fazer desinfecção com álcool 70 na saída que é bastante importante. O cateter venoso periférico, na verdade, a gente troca a cada 72 horas, porque, para a gente monitorizar esse paciente, é preciso manipular para por a droga, para monitorar pressão venosa, se você não tem a técnica correta isso aumenta a facilidade de entrada de micro-organismos, A passagem de intracath realizada pelos residentes, que tentam várias vezes e permanece todo aquele material aberto, no final não podemos nem mesmo saber se a luva ainda permanece estéril. Às vezes, na correria, as técnicas não são realizadas corretamente; em relação ao intracath a manipulação inadequada colabora bastante para a infecção. Muitos pacientes também precisam receber drogas como o Ancorom, Nitroglicerina, que são procedimentos também invasivos, que acabam contribuindo com as infecções. Por utilizarmos essas medicações, acontece o extravasamento e acabam ocorrendo flebites em alguns pacientes. A administração de medicação também é um procedimento que muitos profissionais não valorizam, mas é extremamente importante.

B) A ventilação mecânica é o primeiro vilão associado à infecção (E4).

O que nós temos é existência de pneumonia associada à Ventilação Mecânica, com certeza o tubo endotraqueal é o primeiro vilão.

C) As infecções têm a ver com o despreparo dos profissionais (E7).

A passagem de intracath, que depende muito do treinamento, percebo muitas vezes que os residentes ficam muito “largados” e, como os pacientes são muito graves, os médicos atendem um e na correria atendem outro, por falta de experiência ficam inseguros por serem estudantes e também tem o outro lado, o da enfermagem; nesta instituição, a taxa de licença médica é muito alta. O que está acontecendo agora por falta de funcionários na UTI? Vêm outros do hospital que muitas vezes não têm preparo necessário para atender esse doente grave, ou então o funcionário é admitido e já entra para trabalhar sem um treinamento prévio, quando é possível isto é feito, mas nas situações emergenciais não.

Médicos

Síntese das ideias centrais

A) A sonda vesical de demora é um problema (E1, E2, E3, E7).

B) Na punção venosa, o problema é o uso da amiodarona (E1).

C) Cuidados no manuseio de cateter venoso central, intubação oro-traqueal e curativos diminuem risco de infecção (E3, E4, E5, E6, E7, E8).

D) Temos alta rotatividade de mão de obra despreparada (E8).

E) A falta de luvas de procedimento também contribui para aumentar as infecções (E8).

Discurso do Sujeito Coletivo

A) A sonda vesical de demora é um problema (E1, E2, E3, E7).

Primeiro, a sonda vesical de demora é o problema de técnica mesmo, tanto no PS quanto aqui. A gente até entende os problemas de material, de pessoal, de estrutura física, lógico, muito mais no PS do que aqui, mas é a técnica mesmo que não está adequada. Aqui, a técnica parece ser bem correta, dentro das normas, mas muito desses pacientes já vêm sondados, do PS e em outras enfermarias e não sabemos como é essa realização da técnica, isso também colabora. Isso leva a maior risco de infecção porque você acaba tendo um meio de comunicação externa, e acredito que mesmo tendo bastante cuidado na higiene do paciente e na execução da técnica, não conseguiremos zerar nossa taxa. A sondagem vesical de demora é um desafio, não é tão natural ainda deixar um doente dentro da UTI sem a sonda, existe uma cultura instituída, além do que o rigor para realização de balanço necessário, que este paciente permaneça com a sonda.

B) Na punção venosa o problema é o uso da amiodarona (E1).

Na punção venosa, nós temos um problema que é o uso da amiodarona, que independente da técnica, a medicação em si é uma droga vesicante, que causa muita flebite. Na medida do possível, nós tentamos passar um acesso central, porém a maioria dos nossos pacientes são anticoagulados, então não consigo passá-lo e eu preciso usar a arritmia, isso está relacionado.

C) Cuidados no manuseio de cateter venoso central, intubação oro-traqueal e curativos diminuem risco de infecção (E3, E4, E5, E6, E7, E8).

O acesso venoso central é o mesmo princípio, existe uma quebra de barreira e um meio de contaminação externa, assim os cuidados no manuseio e curativos diminuem o risco de infecção. Cuidado na passagem de um cateter venoso central, nas aspirações dos pacientes e também no uso de proteção individual, atenção na manipulação pela equipe técnica e de enfermagem das drogas ao paciente. Os grandes vilões da nossa unidade são o cateter venoso central e a intubação oro-traqueal. Principalmente intubação oro-traqueal, acesso venoso central e sondagem vesical de demora também. A indicação da ventilação mecânica definitiva não é muito discutível, porém a manutenção desta poderia ser melhor otimizada com os cuidados necessários para prevenção da pneumonia. Outro fator que está sendo bastante discutido é a manutenção de um horário para desligar a sedação. Mantendo um despertar diário que ajudaria para uma extubação mais precoce. O questionamento se há ou não necessidade do cateter e a retirada o quanto antes também ajudaria na diminuição, assim como o rigor da passagem deste. O profissional de enfermagem deve atuar no sentido de supervisionar o médico nos procedimentos de assepsia corretos para a passagem deste, um check list pode ajudar nisto, assim como o cuidado no manuseio após a passagem. As invasões que eles (os pacientes) recebem para viabilizar o tratamento necessário vão fragilizar as barreiras de proteção e vão permitir uma maior taxa de infecção. Outra coisa que eu vejo de errado é o manuseio inadequado destes dispositivos invasivos por toda a equipe. Como exemplo o cateter venoso central que, por o paciente receber inúmeras drogas, são necessários vários dispositivos nessa linha de recebimento venoso e não se toma o devido cuidado; muitas vezes, entre um soro e outro, essa torneirinha fica aberta sem proteção alguma, e por mais que se negue que isso acontece, muitas vezes ocorre. Outra situação é a intubação que você tem o residente que está em treinamento, ele não faz a báscula de maneira adequada e aquela cânula bate muito dentro da boca do paciente, depois vai para dentro das vias

aéreas levando as bactérias. O treinamento de aspiração de secreção traqueal é uma coisa importantíssima.

D) Temos alta rotatividade de mão de obra despreparada (E8).

Nós temos uma alta rotatividade de mão de obra, eu acredito que esta rotatividade se torna antieconômica do ponto de vista administrativo. Se você pagasse melhor, seguraria este profissional qualificado e treinado, com isso economizaria com assistência na UTI que é um setor que consome de 20 a 30% das verbas do hospital. Pagaria-se melhor para este funcionário. Não adianta tampar o ‘sol com a peneira’, você vê a técnica inadequada de aspiração, o profissional não sendo bem treinado, a reconexão da cânula de entubação com o ventilador e este indivíduo empurra esta cânula e acaba fazendo atelectasia no paciente, são todas coisas relacionadas a falhas de treinamento além do que os médicos residentes também estão em treinamento.

E) A falta de luvas de procedimento também contribui para aumentar as infecções (E8).

Outras coisas também contribuem como, não raro, a falta de luva de procedimento suficiente para atender os pacientes, você fala com a comissão de infecção, briga com o almoxarifado e este problema volta a acontecer.

Técnicos de Enfermagem

Síntese das ideias centrais

- A) Execução inadequada de procedimentos, principalmente o acesso venoso central e sua manipulação causam risco ao paciente (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E11, E12, E13).
- B) A intubação e a sondagem vesical são os principais (E1, E5, E6, E7, E8, E9, E14).

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) Execução inadequada de procedimentos, principalmente o acesso venoso central e sua manipulação causam risco ao paciente (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E11, E12, E13).

Acesso venoso central tem bastante, pois os médicos ficam sempre trocando esses acessos, e o índice que tem a ver com a enfermagem são as flebites. Nós questionávamos a utilização do soro fisiológico, e não o glicosado, isso foi aumentando, até que diminuiu com acerto dos protocolos. Basicamente os cateteres, porque para a gente monitorizar esse paciente é preciso manipular, o cateter venoso central para por a droga, se você não tem a técnica correta isso aumenta a facilidade de entrada de micro-organismos. Acredito que o cateter permanece no paciente e, devido ao tempo, leva à infecção. Não é só a equipe de enfermagem que instala o medicamento, quando o paciente vai para o Centro Cirúrgico não sabemos se lá foi realizada a técnica correta, aqui nós temos o controle, mas fora não. A nossa aspiração é realizada com a técnica correta, mas a quantidade de vezes realizadas que nós temos que fazer e os outros

profissionais que realizam, às vezes não procede. Um procedimento é a PAM, eu não aceito ficar abrindo e fechando torneirinha para colher exames, por exemplo colher gasometria e a seguir fica tudo com o sangue parado que pode contaminar. O intracath, por exemplo, o paciente já está há uma semana aqui, vai para hemodiálise, e eles usam o mesmo orifício para passar shiley, eles passam com guia, acredito que eles deveriam passar do outro lado. Acredito que em algumas vezes acontece em emergência que descuida da técnica, é diferente você estar mais tranquilo e fazer as coisas com mais calma. Também acho que a técnica incorreta do curativo no acesso central tem a ver com a infecção.

B) A intubação e a sondagem vesical são os principais (E1, E5, E6, E7, E8, E9, E14).

As IHS pulmonares têm relação com a intubação, quando ocorre muita contaminação. Às vezes os médicos ficam nervosos durante o procedimento, outro fator é a técnica de aspiração, realizada pela equipe de enfermagem, inadequada. A intubação é um procedimento invasivo e o paciente, na maioria das vezes, já está debilitado, ou ele já vem intubado. Para a aspiração endotraqueal, existe a necessidade de técnica asséptica, nós utilizamos luvas estéreis, em outros hospitais não utilizam, mas como nosso índice de infecção pulmonar já é alto, nós evitamos os fatores que possam aumentar o índice, a gente lava as mãos, usa luvas estéreis para garantia da técnica correta. Mas, o intracath, a traqueostomia e a intubação o que a gente acaba vendo é a realização disso sem a técnica asséptica adequada, deveria se ter protocolo não só para a enfermagem mas também para os médicos. Em segundo lugar, outro procedimento de risco ao paciente é a sondagem vesical. Quanto à sonda vesical, quando você despreza a diurese abre-se o sistema, se você não tiver os cuidados necessários aumenta a possibilidade da entrada de micro-organismos. A maioria dos pacientes já vem sondados, porém por conta da internação ser longa acaba-se trocando e manipulando mais o sistema. Às vezes o paciente é sondado no P.S., na

emergência, depois aqui trocamos a sonda, não sei se isso é válido, nunca ninguém me explicou, porque já contaminou, o germe já entrou.

DISCUSSÃO

Em relação ao DSC dos enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, os procedimentos de risco citados por estes, que com frequência têm maior relação com a ocorrência das infecções hospitalares são: intubação, ventilação mecânica, acesso venoso central e sondagem vesical. Sendo que a maioria dos pacientes internados em UTI recebe algum destes dispositivos, conforme trecho dos enfermeiros: *“São os cateteres, sondas, intubações os procedimentos mais invasivos”*, enfatizando que quase 100% dos pacientes recebem esse “kit.

Esta percepção é constatada quando se utiliza a metodologia NHSN (National Health Safety Network) do CDC (Center for Disease Control), para a vigilância das IRAS em UTIs, a qual se baseia no controle de três dispositivos: ventilação mecânica, acesso venoso central e sondagem vesical ⁽⁴⁶⁾.

Em decorrência da utilização da sonda vesical, o risco de infecção do trato urinário é proporcional ao seu tempo de permanência. Em um estudo, foi verificada a associação entre o tempo de permanência da sonda vesical de demora e o desenvolvimento de infecção, sendo este um importante fator de risco ⁽⁵¹⁾. Outro dado importante é que 1/3 dos dias de sondagem são desnecessários, e a retirada precoce das sondas preveniria até 40% dessas infecções. Esse risco depende tanto de fatores predisponentes relacionados ao próprio paciente como: idade avançada, sexo

feminino, imunocomprometimento, diabetes, e fatores relacionados, principalmente, às iatrogenias no manuseio, com inobservância da técnica asséptica e longo tempo de permanência dessa sonda ⁽⁵²⁾.

Embora vários procedimentos de risco fossem pontuados para a ocorrência de infecções, em um dos DSC dos enfermeiros a ventilação mecânica foi considerada a principal. A pneumonia associada à ventilação mecânica é a infecção que mais comumente acomete pacientes internados em unidades de terapia intensiva, sendo que o risco de ocorrência é de 1% a 3% para cada dia de permanência em ventilação mecânica ⁽⁵³⁾.

A utilização de cateteres venosos centrais é indispensável na terapia do paciente crítico. No entanto, o uso destes dispositivos predispõe a ocorrência de infecções locais ou sistêmicas, cuja incidência varia de acordo com a localização do cateter, frequência da manipulação e fatores relacionados às características do paciente ⁽⁵⁴⁾.

A ocorrência de flebite que decorre da punção venosa associada ao uso de amiodarona é citada em DSC de enfermeiros e de médicos. Convém comentar que essa preocupação é própria dos profissionais da UTI Coronariana devido às características dessa unidade, na qual são internados pacientes com doenças cardíacas, diferentemente da UTI Adulto, que presta atendimento às diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

A alta rotatividade de pessoal e a falta de luvas foram citadas em um dos DSC de médicos, como procedimentos de risco, relacionados à ocorrência de

infecções hospitalares. Nesta instituição, a ficha de controle de infecções, elaborada nos anos 80 e em vigor até 2010, listava, como procedimentos de risco, aqueles considerados invasivos e a antibioticoterapia. Com isso, ficou implícito, e até então vigente entre os profissionais, o entendimento de procedimento de risco como sendo todos os que são invasivos e a antibioticoterapia. Por esta razão, causa estranheza o apontar, como procedimentos de risco, a alta rotatividade de pessoal e a falta de luvas. Porém, convém ressaltar que estes também são fatores ligados à ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Os riscos de infecção relacionados aos procedimentos terapêuticos podem ser minimizados, uma vez que dependem da capacitação de recursos humanos, necessitando, assim, de profissionais treinados para o atendimento ao paciente crítico ⁽⁵¹⁾. Portanto, a percepção de ocorrência de IRAS relacionada ao despreparo dos profissionais e à execução inadequada de procedimentos invasivos é uma preocupação que deve ser considerada no contexto das infecções relacionadas à assistência à saúde.

À partir da análise dos DSC sobre procedimentos de risco relacionados à IRAS, verifica-se que os entrevistados apontaram os que comumente se encontram citados na literatura. Entretanto, como este tema é amplo, muitas vezes, os discursos mesclaram medidas de prevenção com controle de infecção e procedimentos de risco.

Questão analisada 3: Com base no seu conhecimento, experiência e/ou percepção, quais explicações você pode dar para os agentes microbianos mais frequentemente envolvidos nas Infecções Hospitalares nesta UTI?

Enfermeiros

Síntese das ideias centrais

- A) A antissepsia da pele com clorohex ajudou a diminuir as infecções urinárias (E1).
 - B) A E. Coli tem aparecido nas IHS Urinárias, mas a sondagem correta poderá diminuir (E2, E3).
 - C) O uso excessivo de antibióticos tem a ver com a resistência dos germes (E4, E7, E8, E11).
 - D) Tem um fator ligado ao comportamento da equipe na transmissão de germes multirresistentes (E4, E5, E12, E15, E16. E17).
 - E) O sistema de ar condicionado na UTI não é limpo (E6).
 - F) O número insuficiente de funcionários acaba ocasionando falhas (E6).
 - G) A gravidade dos pacientes e a circulação de pessoas em processo de formação aumentam as infecções (E9, E16).
 - H) O acinobacter está relacionado à ventilação mecânica (E10, E13).
-

- I) Os funcionários já apresentaram esses mesmos germes, estão no ambiente (E16).
- J) Não sei responder (E14).

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) A antissepsia da pele com clorohex ajudou a diminuir as infecções urinárias (E1).

A questão das lavagens das mãos mesmo, pois são bactérias, micro-organismos presentes na flora normal de pele, por isso que falei que a antissepsia da pele com clorohex ajudou a melhorar bastante, e a própria questão da higiene íntima, a limpeza na hora que evacua quando o paciente está com sonda; toda essa questão da higiene íntima ajudou a melhorar a infecção urinária.

- B) A E. Coli tem aparecido nas IHS Urinárias, mas a sondagem correta poderá diminuir (E2, E3).

No caso da E. Coli, quando os pacientes chegam no PS, eles são sondados, mas ao chegar aqui na unidade é feita a troca de todo o sistema, repetindo o procedimento. Por mais que a gente tome as precauções para evitar as infecções elas acontecem, eu acredito também que seja pelo procedimento invasivo. A E. Coli nós temos notado que tem aparecido nas IHS urinárias e alguns S. aureus também. Acredito também que a maneira como você vai manusear, vai sondar o paciente, utilizando paramentação adequada, sistema fechado de diurese e a técnica correta poderá diminuir.

-
- C) O uso excessivo de antibióticos tem a ver com a resistência dos germes (E4, E7, E8, E11).

Nós temos a predominância de Acinetobacter, Pseudomonas e Klebsiella, e algumas cepas já são multirresistentes, decorrentes da antibioticoterapia. A maioria é doente grave em uso de antibioticoterapia, tem uma seleção, são germes resistentes e têm a ver com uso indiscriminado de antibióticos. Esse uso excessivo de antibióticos é o principal fator que leva a multirresistência.

- D) Tem um fator ligado ao comportamento da equipe na transmissão de germes multirresistentes (E4, E5, E12, E15, E16, E17).

O Staphylococcus que aparece, eu acredito que tem a ver com o comportamento da equipe, veiculado pelas mãos desta equipe, tanto na transmissão dos germes multirresistentes quanto do Staphylococcus. Eu acho que por eles serem mais resistentes aos antimicrobianos, a maioria ocorre por contato, muitas vezes você vê equipes passando de um paciente para outro, não colocando um avental quando este paciente está em precaução de contato; não ocorre uma lavagem das mãos adequada, então acaba estimulando o aparecimento deste tipo de germe. Acredito que seja a utilização inadequada de técnica, a falta de higienização correta das mãos, essa manipulação cruzada entre pacientes em precaução de contato.

- E) O sistema de ar condicionado na UTI não é limpo (E6).

Uma coisa que sempre eu falo é que o sistema de ar condicionado na UTI não é limpo, e eu acredito que isto é importante, pois pode depositar germes neste, ou principalmente nos isolamentos.

F) O número insuficiente de funcionários acaba ocasionando falhas (E6).

Outro fator que influencia na transmissão dos germes é o número insuficiente de funcionários trabalhando diariamente, uma quantidade excessiva de pacientes para cada funcionário, o que acaba ocasionando falhas de lavagem das mãos por exemplo, de trocar de avental, levando em alguns casos à infecção cruzada.

G) A gravidade dos pacientes e a circulação de pessoas em processo de formação aumentam as infecções (E9, E16).

Acredito que estes germes são bem incidentes devido à gravidade, maior número de procedimentos, maior número de circulação de pessoas que estão em processo de formação, como também a falta de prevenção, hoje se fala muito em prevenção e acredito que este seja o caminho. Outra coisa é nossos pacientes são imunossuprimidos, facilitando a infecção por germes multirresistentes.

H) *Acinetobacter* está relacionado à ventilação mecânica (E10, E13).

O Acinetobacter eu sei que engloba a ventilação mecânica, a parte do ventilador, não consigo te explicar como, mas está mais presente em infecção respiratória. O Acinetobacter é uma bactéria muito resistente, ela coloniza a pele do paciente e em um procedimento invasivo ela passa para a corrente sanguínea. Quando esse paciente vai embora e não é feita uma desinfecção adequada, ela permanece.

- I) Os funcionários já apresentaram esses mesmos germes, estão no ambiente (E16).

Já se chegou a fazer uma vez pesquisa entre funcionários e os próprios apresentavam estes germes, então eles estão no ambiente, querendo ou não.

Médicos

Síntese das ideias centrais

- A) A E. Coli é mais frequente por conta da infecção urinária (E1).
- B) São agentes esperados para esses tipos de infecção (E2, E3).
- C) Os antibióticos fazem a seleção dos germes resistentes (E4, E7).
- D) Ventilação mecânica, suporte parenteral, gravidade do doente, tempo de permanência na UTI, e outros procedimentos de risco propiciam a translocação bacteriana (E5, E6, E8).
- E) Existem dificuldades operacionais (E7).

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) A E. Coli é mais frequente por conta da infecção (E1).

A E. Coli é mais frequente por conta da infecção urinária, o que estoura nosso nível de infecção, você vê S. aureus e S. coagulase – é pouquinho que cai naqueles pacientes mais complicados.

B) São agentes esperados para esses tipos de infecção (E2, E3).

São agentes comuns para o tipo de infecção que a unidade apresenta, eles são compatíveis com os tipos de infecção hospitalar apresentados nos índices.

C) Os antibióticos fazem a seleção dos germes resistentes (E4, E7).

A seleção que os próprios antibióticos acabam fazendo, acabam eliminando os germes mais sensíveis e ficam os mais resistentes. Não sei se é um fenômeno isolado da nossa UTI, mas a presença do germe multirresistente é uma coisa que vai acontecer nas unidades de terapia intensiva. O que deve ser analisada é a pressão dessa colonização, você tem dentro da UTI um uso importante de antimicrobiano de amplo espectro que é um fator para seleção destes germes, o uso racional ajudará no controle disso. Agora, os isolamentos devem ser realizados com extremo rigor, o que eu acredito ser tão importante quanto o uso racional de antibióticos, para evitar as infecções cruzadas.

D) Ventilação mecânica, suporte parenteral, gravidade do doente, tempo de permanência na UTI, e outros procedimentos de risco propiciam a translocação bacteriana (E5, E6, E8).

O Acinetobacter aparece muito quando o paciente já usou vários tipos de antibióticos, de ventilação mecânica, de suporte parenteral e muitos de nossos pacientes já chegam para nós vindos de outro local, já com infecção, ou então, a gravidade da infecção faz com que eles fiquem muito mais tempo na nossa unidade. A Pseudomonas é um germe que gosta muito de colonizar, você coloca uma sonda e em pouco tempo ela já está lá colonizando e também é um germe da ventilação mecânica, a Klebsiella algumas vezes e a ESBL estão associadas aos germes da colonização de via aérea, que podem ser encontrados no trato gastrointestinal e muitos pacientes fazem translocação bacteriana, seriam esses os motivos para estes germes serem os mais

prevalentes na nossa unidade, pela gravidade do doente, pelo risco da invasão com os acessos, sondagens, cateteres e também pelo uso de antimicrobianos.

E) Existem dificuldades operacionais (E7).

Apesar das medidas não serem complexas, na prática apresentam dificuldades operacionais. Se você pensar em um plantão de 6 horas, a quantidade de vezes que um técnico entra em um isolamento que requer a paramentação, existe uma certa dificuldade pois, teoricamente, em qualquer contato você tem que estar paramentado. Hoje eu percebo que em relação a paramentação adequada tanto em relação à equipe médica quanto à da enfermagem existe uma melhoria da aceitação uma melhor conscientização, sem dúvida é uma mudança cultural.

Técnicos de Enfermagem

Ideias Centrais

- A) E. Coli tem a ver com infecção urinária (E3).
 - B) Esses germes vêm da manipulação, falta de precaução, ocorrendo infecção cruzada (E4,E5, E11, E12, E13).
 - C) Esses germes são incidentes devido à gravidade, ao número de procedimentos e de pessoas em processo de formação na UTI (E6, E7).
 - D) Os pacientes já chegam à UTI com esse germe (E14).
 - E) Não sei responder (E1, E2, E8, E9, E10).
-

Discurso do Sujeito Coletivo

A) E. Coli tem a ver com infecção urinária (E3).

A E. Coli tem a ver com a infecção urinária.

B) Esses germes vêm da manipulação, falta de precaução, ocorrendo infecção cruzada (E5, E11, E12, E13).

Estamos tomando algumas medidas para dividir os doentes infectados, sendo que agora temos 3 células, acredito que tem dado certo, pois vem da manipulação a infecção cruzada. É a equipe que acaba passando, através das mãos. A enfermeira responsável já fez uma separação das células para que os funcionários não cuidem de pacientes contaminados e em seguida dos pós-operatórios por exemplo, porém com a falta de funcionários, o colega sai lá do isolamento e vai ajudar em um banho na outra célula. Isso é real, durante o dia a coisa é mais séria, de noite a coisa é mais solta. Os residentes que vêm de fora, de outra unidade, não têm a noção da precaução que nós utilizamos aqui. Acredito que os profissionais não lavam a mão direito e acabam aparecendo alguns germes.

C) Esses germes são incidentes devido à gravidade, o número de procedimentos e de pessoas em processo de formação na UTI (E6, E7).

Acredito que estes germes são bem incidentes devido à gravidade, ao tipo de paciente, maior número de procedimentos, maior número de circulação, de pessoas que estão em processo de formação, como também a falta de prevenção.

D) Os pacientes já chegam à UTI com esse germe (E14).

Eu acho que muitos pacientes já vêm com esse germe, parece que no ano passado o Acinetobacter veio do PS, aí quase metade dos pacientes tiveram, através da disseminação levada pela equipe.

E) Não sei responder (E1, E2, E4, E8, E9, E10).

Tem a ver com as lavagens das mãos? Assepsia? Cuidados iniciais? Realmente não sei, Staphylococcus é o que mais conheço, mas não saberei relacionar, infelizmente não sei te responder, não sei explicar.

DISCUSSÃO

Para auxiliar a resposta a esta pergunta, foram mostradas aos entrevistados as taxas de prevalência dos germes das duas UTIs – Adulto e Coronariana.

Como as UTIs atendem a perfis distintos de pacientes, existe, por conseguinte, uma diferença nos germes encontrados nas infecções em pacientes internados em cada uma delas.

De acordo com o DSC dos médicos e enfermeiros, a utilização da antibioticoterapia contribui para a seleção dos germes resistentes. Na literatura, encontramos que desde a introdução do mais antigo ao mais recente antibiótico, vem se percebendo uma pressão seletiva dos germes, principalmente devido ao uso indiscriminado de antibióticos e quimioterápicos, resultando em espécimes resistentes. Os antibióticos salvam vidas, porém existe um número considerável de

germes que desenvolvem resistência aos antibióticos convencionais, como também alguns que são impenetráveis às novas drogas ⁽⁵⁵⁾.

Do ponto de vista epidemiológico, segundo o CDC, micro-organismos resistentes são aqueles resistentes a uma ou mais classes de antimicrobianos. Na perspectiva laboratorial, entende-se como o crescimento de uma bactéria *in vitro* na presença de concentrações séricas de antibióticos ou quando se mostram resistentes a duas ou mais classes de drogas que interfeririam em suas funções de crescimento e às quais seriam habitualmente sensíveis ⁽⁴⁹⁾.

Os pacientes que estão em UTIs são comumente invadidos por múltiplos procedimentos invasivos e têm o sistema imunológico comprometido, necessitando de antibióticos de última geração, ocasionando, de maneira geral, fatores determinantes de infecções por cepas multirresistentes ⁽⁵⁵⁾. A correta utilização das normas de precaução e isolamento torna-se uma medida de prevenção importante para evitar a transmissão cruzada destes germes, como citado no DSC de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

As normas de precaução e isolamento dividem-se em dois níveis: as denominadas padrão e as baseadas nas vias de transmissão por gotículas, aerossóis e contato, ambas requerendo atenção especial da equipe. É necessário difundir o conhecimento dos mecanismos de transmissão e incentivar o comportamento positivo relacionado às estas diretrizes propostas pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Estas diretrizes têm como finalidade minimizar o

risco de transmissão de micro-organismos de pacientes infectados ou colonizados para outro paciente ou profissional de saúde ^(56,57).

Acinetobacter baumannii, no passado, foi considerado um micro-organismo de baixa virulência, mas agora é reconhecido como um importante patógeno hospitalar, afetando pacientes criticamente enfermos. Ele é capaz de sobreviver por longos períodos em superfícies secas e sua habilidade para sobreviver à dissecação bem como para desenvolver resistência a diversas drogas contribuem para sua permanência no cenário hospitalar. É considerado multirresistente quando apresenta resistência às cefalosporinas de 3ª. geração e carbapenêmicos, estando associados principalmente às sepses, pneumonia e infecção do trato urinário ^(58,59)

Podemos perceber que existe a preocupação com esse germe, destacando aqui o trecho de DSC de enfermeiros: *“O Acinetobacter é uma bactéria muito resistente, ela coloniza a pele do paciente e em procedimento invasivo passa para a corrente sanguínea”*.

O germe *E. coli* é o principal agente causador de infecções urinárias na UTI coronariana e objeto de preocupação dessa equipe, sendo encontrada tal percepção nas ideias centrais do DSC de enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. A literatura discorre também sobre esse germe como prevalente nas IRAS urinárias. Em estudo realizado em um hospital de porte médio do município de São Paulo, foram avaliados 114 prontuários de pacientes que apresentaram esta infecção sendo que 24% delas eram por *E. Coli* ⁽⁶⁰⁾. Um estudo de revisão da literatura verificou que o principal agente, envolvido nas infecções urinarias, é a *E. Coli* ⁽⁴⁹⁾.

Da análise dos DSC, verifica-se que os profissionais têm opiniões diversas sobre a ocorrência dos germes prevalentes. Algumas percepções são mais embasadas cientificamente, como a relação entre antibióticos e germes multirresistentes. Entretanto, vários fatores que foram mencionados sobre prevalência dos germes são mais apropriadamente entendidos como ações de prevenção global de infecção hospitalar.

Percebe-se que muitos entrevistados não conseguiram responder a esta questão apresentada em entrevista. Este fato aponta para a necessidade de informação adequada de toda a equipe, principalmente sobre desenvolvimento de resistência bacteriana, seus mecanismos de ocorrência e estratégias de prevenção e controle.

Questão analisada 4: Com base no seu conhecimento, experiência e/ou percepção, quais explicações você pode dar para a topografia (região do corpo, órgãos, tecidos, etc) mais frequentemente afetada por IH nesta Unidade?

Enfermeiros

Síntese das ideias centrais

- A) Ocorrem mais infecções respiratórias porque temos muitos pacientes intubados (E1, E3, E13, E14, E15, E16).
 - B) Por ser unidade coronariana, a topografia das infecções deveria ser cardiovascular, mas acaba sendo urinária (E2).
 - C) As topografias têm a ver com falhas na execução das técnicas (E3, E5, E6, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E17).
 - D) O tubo endotraqueal é meio de entrada para infecções respiratórias, o cateter vesical para as urinárias e o acesso venoso para as cardiovasculares (E4, E16).
 - E) A falta de treinamento técnico tem influência na topografia (E7).
 - F) Não sei relacionar (E10).
-

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) Ocorrem mais infecções respiratórias porque temos muitos pacientes intubados (E1, E3, E13, E14, E15, E16).

Na verdade, esse semestre, por conta que nós tivemos mais pacientes intubados, foram mais infecções respiratórias. A respiratória ocorre nos pacientes que permanecem um longo tempo em ventilação mecânica, quase que na maioria das vezes eles vêm a apresentar IH. Às vezes os pacientes ficam edemaciados, os funcionários não conseguem fazer regularmente a mudança de decúbito, algumas coisas acabam complicando. Todos os nossos pacientes são intubados e usam ventilação mecânica, ficam bastante tempo internados sendo quase impossível evitar as pneumonias. Até porque tem uma frequência alta de aspirações, a própria manipulação da intubação leva à ocorrência de infecção.

- B) Por ser unidade coronariana, a topografia das infecções deveria ser cardiovascular, mas acaba sendo urinária (E2).

Aqui, por ser unidade coronariana, a topografia das infecções deveria ser cardiovascular, mas acaba sendo urinária mesmo. Os pacientes que têm problema cardiovascular tem IH durante a internação e quando a gente consegue identificar essa infecção aqui na unidade, melhor. Mas, quando a gente não consegue, o paciente acaba adquirindo em casa essa infecção. Eu acredito que além do paciente ser um paciente coronariano pode ter uma disfunção renal, pode ser também pelo procedimento invasivo, também pela SVD, que ele é submetido duas vezes, tem a passagem da sonda na unidade de origem onde ele foi atendido, e quando ele chega aqui, mesmo a gente fazendo a troca tem a possibilidade de infecção e também a gente sabe que é feita a higienização diariamente. A higiene íntima a gente faz e mesmo assim existe a infecção.

- C) As topografias têm a ver com falhas na execução das técnicas (E3, E5, E6, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E17).

A infecção urinária é por conta da técnica que os funcionários realizam. Acredito que essas topografias têm a ver principalmente com falhas na execução das técnicas como: falta de uma assepsia correta, lavagem das mãos incorreta, paramentação inadequada, procedimentos realizados em situações emergenciais, principalmente intubação, que acaba sendo feita com luvas de procedimentos. Acredito que esses fatores influenciam a incidência das topografias mais prevalentes. E, muitas vezes, nós mesmos, profissionais de enfermagem, cometemos falhas nas técnicas, como por exemplo, estar realizando o banho, vai e aspira o paciente sem trocar as luvas. Em relação à respiratória acho que também tem a ver com técnicas inadequadas na aspiração, fluxo de pessoal, a troca de cateter que também apresenta, às vezes, problema na técnica, assim como na sondagem vesical. Outra coisa é a falta de material, agora melhorou, mas no ano passado, principalmente no final de semana, faltava sonda de aspiração, nós precisávamos emprestar de outras unidades e às vezes pedir para o funcionário reutilizar a sonda em mais de uma aspiração pelo déficit de material. Na cardiovascular, tem a ver com a passagem do acesso central, agora os médicos começaram a escovar as mãos, acredito que isto é importante, outro fator é o manuseio deste acesso, a limpeza das entradas. Quanto à infecção urinária são os enfermeiros que sondam os pacientes, não era para ter tanta, acredito que é técnica incorreta também, com certeza um fator importante é a retirada da diurese da bolsa sem realizar desinfecção no “biquinho” e o uso do jarro misturado que deve ser individual.

- D) O tubo endotraqueal é meio de entrada para infecções respiratórias, o cateter vesical para as urinárias e o acesso venoso para as cardiovasculares (E4, E16).

Na verdade, o grande vilão das pneumonias acredito que seja o tubo endotraqueal que fornece um meio de entrada para as infecções e os outros dispositivos que seriam o cateter vesical

para infecções urinárias e acesso venoso para a infecção de corrente sanguínea. O cateter venoso central nós estamos tentando retirar precocemente.

E) A falta de treinamento técnico tem influência na topografia (E7).

A falta de treinamento acho que influencia, pois no caso da respiratória ha falta de assepsia na hora da intubação, É nítido aqui que os residentes estão muito despreparados, a enfermagem também tem a sua culpa na hora de realizar a técnica de aspiração, volto a citar estes profissionais que são colocados aqui num sábado e num domingo sem preparo, muitas vezes nem sabem aspirar direito, dentro de um contexto com dois ou três enfermeiros que acabam supervisionando um procedimento mais complexo e não veem essas técnicas de aspiração. A cardiovascular também que é relacionado com o intracath, problemas na passagem e manipulação.

F) Não sei relacionar (E10).

Não sei se pela demanda dos pacientes que internam, não sei relacionar.

Médicos

Síntese das ideias centrais

A) A urinária devido à sondagem vesical (E1, E2, E3, E5).

B) A respiratória é prevalente aqui em razão da maior manipulação e ventilação mecânica (E2, E4, E5).

C) A cardiovascular pelo uso manipulação de cateter venoso central (E2, E4, E5).

- D) As topografias mais manipuladas contribuem para as infecções (E6, E7, E8).

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) A urinária devido à sondagem vesical (E1, E2, E3, E5).

Eu acredito que tem a ver com as sondagens realizadas principalmente no PS, a gente tentou trocar essa sonda aqui na UTI e acho que melhorou, mas acho que isso não acontece em 100% dos pacientes, melhorou com esse protocolo, porém pode melhorar mais. Está dentro do que a unidade mais faz, a sondagem vesical é muito necessária aqui, pois precisamos quantificar o débito urinário, mas a infecção está relacionada com o dispositivo de sonda vesical.

- B) A respiratória é prevalente aqui em razão da maior manipulação e ventilação mecânica (E2, E4, E5).

A respiratória é prevalente aqui em função da maior manipulação, o fato de a maior parte dos nossos pacientes já virem intubados é importante, pois existem serviços que até trocam a cânula quando recebem o paciente, mas não é a nossa rotina, outro fator é que o paciente intubado acaba perdendo todo o mecanismo de proteção respiratória que ele possui. A maioria dos nossos doentes estão em ventilação mecânica, e quanto maior o tempo, maior o risco de uma pneumonia associada à ventilação mecânica.

C) A cardiovascular pelo uso manipulação de cateter venoso central (E2, E4, E5).

A cardiovascular pelo uso de cateter central. O cateter venoso central também é outra região bastante manipulada em termos médicos e técnicos, na administração de drogas e também, às vezes, na passagem do cateter não é tomado o devido cuidado. A maioria dos pacientes precisa de droga vasoativa, usa antibióticos por mais tempo e tem flebite se utilizar em acesso periférico.

D) As topografias mais manipuladas contribuem para as infecções (E6, E7, E8).

São exatamente as topografias mais manipuladas que contribuem para o aumento das taxas de infecção. Muitas vezes é preciso mexer, trocar dispositivo, muito procedimento de urgência, acho que é por isso. Todas essas topografias a gente os invade, quebra o mecanismo de defesa dos pacientes.

Técnicos de Enfermagem

Síntese das ideias centrais

A) A infecção urinária tem a ver com pacientes sondados em outras Unidades (E1, E3).

B) Aspirações e manipulações propiciam infecções (E1, E2, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14).

C) Infecções em cateter venoso central, não sei explicar (E1).

D) Pacientes acamados e mulheres que têm corrimento precisam de sondagem vesical (E2, E4).

E) Infecção cardiovascular é porque tem pacientes com pericardite (E2).

F) Aqui os pacientes não usam acesso central e usam muito ancoron (E3).

G) Pacientes reclamam do ar condicionado (E4).

H) As infecções estão relacionadas com a debilidade do paciente, seu estado nutricional e os procedimentos invasivos (E5).

Discurso do Sujeito Coletivo

A) A infecção urinária tem a ver com pacientes sondados em outras Unidades (E1, E3).

A urinária que é a maior, acredito que tem a ver com o paciente sondado de outras unidades que trocamos aqui, seguindo o protocolo. Não sei como são os estudos de troca de sonda, se este procedimento aumenta ou diminui as infecções, acho que fica uma interrogação. Tem muitos pacientes que já chegam com a sonda, estávamos adotando a troca, porém há alguns pacientes que vêm com o introdutor e a sonda é retirada no outro dia.

B) Aspirações e manipulações propiciam infecções (E1, E2, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14).

As respiratórias estariam relacionadas com a intubação, desconexão do ventilador e a aspiração, toda hora. As cardiovasculares e urinárias ocorrem por conta da manipulação de cateter. Então, você manipula muito. Outra coisa é a grande quantidade de exames sanguíneos solicitados, eles não organizam para coletar tudo de uma só vez, você acaba de coletar gasometria e já precisa coletar coagulograma e aí você fica manipulando, pois a cada exame é uma punção que você faz. Acho que a aspiração é um fator no caso das pneumonias, a gente por exemplo aspira de duas em duas horas, o enfermeiro cobra para você checar as bolinhas e você acaba aspirando mesmo que não seja necessário. Às vezes a extubação é prematura, aí intuba de novo.

C) Infecções em cateter venoso central, não sei explicar (E1).

As infecções em CVC sinceramente não sei te explicar.

D) Pacientes acamados e mulheres que têm corrimento precisam de sondagem vesical (E2, E4).

Quando o paciente interna, ele fica acamado, aí, para controlar os débitos, precisa passar uma SVD. Talvez, uma coisa é que grande parte das mulheres que internam já apresentam alguma infecção, “um corrimento”. Como elas não podem levantar, muitas não conseguem fazer xixi deitadas, sendo necessário sondá-las. Isto é invasivo, acho isso um fator, outra coisa são os pacientes que ficam acamados.

E) Infecção cardiovascular é porque tem pacientes com pericardite (E2).

A topografia cardiovascular é porque pacientes aqui têm pericardite.

F) Aqui os pacientes não usam acesso central e usam muito ancoron (E3).

Aqui nós temos um grande problema com as drogas, os nossos pacientes não usam acesso central e eles usam muito ancoron, que é uma droga vesicante, isto é imediato, em apenas 12 h já faz a primeira irritação, às vezes trocamos de 6/6 h até passar um acesso central.

G) Pacientes reclamam do ar condicionado (E4).

“Em relação à infecção respiratória, os pacientes reclamam do ar condicionado, principalmente os idosos.”

H) As infecções estão relacionadas com a debilidade do paciente, seu estado nutricional e os procedimentos invasivos (E5).

Sinceramente não sei por que que acontece, não consigo explicar, mas a sequência é essa, 1º respiratória, 2º urinária, são procedimentos invasivos, acredito que isto acontece pela debilidade do paciente, são procedimentos agressivos, estes estão com a parte nutricional comprometida, muito jejum. Mesmo a gente ficando em cima, o fator nutricional afeta a imunidade do paciente. Por exemplo, os pacientes politraumatizados precisam muito do suporte nutricional, os antibióticos agredem a mucosa e acabam causando diarreia, entra-se com tratamento para diarreia, ele perde massa muscular e aí pega mesmo infecção.

DISCUSSÃO

Para auxiliar a resposta a esta pergunta, foram mostradas aos entrevistados as taxas das topografias prevalentes das duas UTIs - Adulto e Coronariana.

Algumas ideias centrais, portanto, são focadas nestas taxas que demonstram as preocupações pertinentes a essas duas realidades diferentes.

A ideia do DSC de enfermeiros encontrada nesta percepção: “Aqui, por ser unidade coronariana, a topografia das infecções deveria ser cardiovascular, mas acaba sendo urinária mesmo” indica o entendimento de que a topografia prevalente referente ao período do estudo escolhido para discorrer na entrevista, na UTI Coronariana era a urinária, e levanta um questionamento sobre o porquê da não ocorrência da taxa de prevalência maior de topografia cardiovascular. De fato, essa nomenclatura cardiovascular, para o preenchimento das fichas que eram utilizadas, seguia a orientação do manual elaborado pela CPCIH, que contemplava como

cardiovasculares as infecções associadas a cateteres. Atualmente isto foi modificado, conforme normatização do NHSH do CDC de 2008 ⁽⁴⁶⁾.

O uso de drogas vesicantes em acessos periféricos também é uma preocupação importante na UTI Coronariana.

A complicação infecciosa em pacientes com patologias cardíacas sugere um aumento do tempo de internação e da mortalidade, segundo estudo realizado em um Hospital de São Paulo, que avaliou o impacto deste tipo de complicação em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio ⁽⁶¹⁾.

Os dados do Centro de Vigilância do Estado São Paulo referentes às medianas da densidade por incidência por 1000 dispositivos invasivos/dia dispõem como percentil 50 as seguintes taxas para UTI Coronariana e UTI Adulto respectivamente: pneumonia relacionada à ventilação mecânica 21,1% e 16,3%, infecção relacionada a cateter central 3,8% e 4,9%, e Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionada à SVD 5,7% e 6,7% ⁽⁶²⁾. Portanto, a relação de infecções associadas aos dispositivos como relatada no DSC de enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, sem dúvida, têm a ver com as topografias mais prevalentes.

Estudo na UTI de um hospital de emergência apontou que dos 68 pacientes com IRAS, portadores de germes multirresistentes, 31,9% tiveram pneumonia, 29,3% septicemia e 24,2% infecção urinária ⁽⁵⁵⁾. Outro estudo de prevalência de um dia realizado em 16 UTIs do Estado do Rio Grande do Sul, analisou 174 pacientes sendo que 71% estavam infectados, 29% haviam adquirido esta infecção na UTI. A

pneumonia era a topografia mais prevalente (58,2%), seguida de infecção do trato urinário (18%). Seis fatores de risco foram identificados para a infecção na UTI: cateter urinário, acesso vascular central, intubação traqueal por tempo prolongado(> 4dias), doença crônica, trauma, internação prolongada na UTI (>30 dias)⁽⁷⁾.

As falhas em técnicas assépticas executadas por profissionais implicam maior predisposição para a ocorrência de infecções hospitalares, sendo necessário identificar todos os fatores de risco predisponentes envolvidos.

Portanto, a equipe precisa saber quais são os fatores de risco envolvidos na ocorrência de topografias mais prevalentes para poder planejar as medidas de intervenção.

Questão analisada 5: - Na sua opinião, como se pode prevenir de modo mais eficiente e eficaz as Infecções Hospitalares nesta UTI?

Enfermeiros

Síntese das ideias centrais

- A) É preciso execução de técnicas corretas, respeito às padronizações, diminuição do fluxo de pessoas dentro da UTI e, principalmente, lavarem as mãos (E1, E5, E6, E8, E9, E12, E13, E15, E17).
 - B) Deveríamos nos colocar no lugar do paciente (E2).
 - C) É preciso trabalhar em condições mais seguras (E2).
 - D) É necessário adequar o número de funcionários da UTI, fazer o treinamento destes e educação continuada de toda a equipe (E3, E6, E7, E9, E10, E11).
 - E) Os profissionais precisam se conscientizar de que infecção hospitalar não é ficção científica (E4, E14, E16).
-

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) É preciso execução de técnicas corretas, respeito às padronizações, diminuição do fluxo de pessoas dentro da UTI e, principalmente, lavagem das mãos (E1, E5, E6, E8, E9, E12, E13, E15, E17).

Bom aqui seria intensificar a lavagens das mãos e revisão de técnicas, como a gente fez no caso das flebites, batemos bastante nessa tecla e melhorou bem. Técnica adequada; assepsia adequada; respeito às padronizações de precaução; evitar excessivo fluxo de pessoas na UTI; a lavagem de mãos adequada seria o top, o carro chefe na prevenção de infecções. Também não deveria ocorrer quebra de técnica de isolamento, o que acontece bastante; intensificar o uso das plaquinhas de precaução de contato; não reutilizar materiais descartáveis, como por exemplo seringas, com medo de faltar, pois o profissional antigo, que já sofreu muito com isso, acaba guardando para fazer a medicação mais tarde. Outra coisa é que as traqueostomias ficam com muitas crostas que contribuem para uma sujidade no orifício da traqueostomia, possibilitando a infecção hospitalar. Em relação à infecção cardiovascular, nós devemos ficar mais atentos na hora de realizar desinfecção nas torneiras. Utilização dos EPIs nos isolamentos de contato para evitar a propagação das infecções.

- B) Deveríamos nos colocar no lugar do paciente (E2).

Eu acho que nós, profissionais da saúde, devemos sempre nos colocar no lugar do paciente. Menor contaminação, melhor. Para estar protegendo o cliente, a enfermagem precisa ter toda essa percepção dos sinais e sintomas que o paciente apresenta e a comunicar, avisando a equipe médica para poder estar verificando a possibilidade de coleta de alguma mostra de cultura e para agilizar o processo e, assim, poder evitar e prevenir as infecções.

C) É preciso trabalhar em condições mais seguras (E2).

Precisamos trabalhar em condições mais seguras, ter o material de forma adequada, ter os EPIs, os óculos, as máscaras...

D) É necessário adequar o número de funcionários da UTI, fazer o treinamento destes e educação continuada de toda a equipe (E3, E6, E7, E9, E10, E11).

Primeira coisa para a prevenção é a adequação correta do número de funcionários, pois quando você chega ao plantão e encontra um déficit grande, isso gera alto índice de stress. Então, você dá preferência à medicação, sinais vitais, aspiração, porém não tanto quanto o necessário. Depois, acredito que é necessário o treinamento desse profissional quando ele entra em uma UTI, o respeito às regras estabelecidas da unidade. O residente acha que ele pode tudo. O docente deve ficar mais em cima, supervisionando esse residente, que é o seu papel. Também, em cima das taxas de IH, fazer treinamento, tentando achar as causas para encontrar as soluções. Nas reuniões, informar as taxas de infecções do setor, as prevalências, para o pessoal tomar ciência do que está se passando, acredito que eles não devem ter esse conhecimento. A conscientização das pessoas, a realização de treinamentos, este é o ponto, isso é o que muda. A reeducação não só da equipe de enfermagem, mas também da equipe médica, que seria a educação continuada, a correta informação de como fazer a precaução padrão, e, principalmente, supervisão das normas de precaução e isolamento, como, por exemplo, o uso de aventais, máscaras, etc, além de acompanhamento e orientação aos familiares.

E) Os profissionais precisam se conscientizar de que infecção hospitalar não é ficção científica (E4, E14, E16)

Para mim, o maior desafio é fazer com que os profissionais de saúde acreditem que infecção hospitalar não é ficção científica, que este profissional não pode achar que infecção

hospitalar é uma evolução rotineira, ou normal do quadro do paciente. Ele tem que ser considerado de que é um evento adverso, e tem que ser tratado dessa forma. Então, há necessidade de uma política de conscientização dos profissionais de saúde, pois estamos num hospital escola, numa universidade, e esse conceito deve estar sedimentado, eu não vejo isso com clareza nos profissionais. Todo mundo tem que entender a importância da prevenção, pois o tratamento dessa consequência é muito sério. Parece que todos sabem o risco de infecção, mas não levam a sério. Isolar cada vez mais, como está acontecendo, não sei até que ponto, pois na hora do trabalho e da correria fica muito difícil.

Médicos

Ideias Centrais

- A) Protocolar os procedimentos e ter maior controle sobre eles (E1, E4, E6, E7).
 - B) Não passar cateteres de modo indiscriminado e retirá-los o quanto antes (E2, E3, E5).
 - C) Cada unidade tem que melhorar sua técnica (E2).
 - D) Verificar sempre as taxas de IH da unidade (E6).
 - E) Treinamento dos profissionais e permanências destes na unidade (E8).
-

Discurso do Sujeito Coletivo

A) Protocolar os procedimentos e ter maior controle sobre eles (E1, E4, E6, E7).

Justamente protocolar os procedimentos, ter e seguir uma fiscalização e ter maior controle disso, sendo que o papel da comissão de infecção é muito importante. É necessário haver protocolos bem instituídos na manipulação de circuitos, na passagem de acessos, sondas, no cuidado entre a assistência de um paciente para outro, com isso haverá um acordo entre a equipe médica e de enfermagem e haverá mais cobrança daquilo que foi protocolado: se a técnica está correta, se a assepsia está correta, na hora da manipulação dos dispositivos, tipo cânula orotraqueal, sempre ter atenção nos cuidados realizados pela enfermagem, fisioterapia, por toda a equipe. Para a prevenção, hoje existe uma ideia de instalar estes pacotes de medidas para que se possa diminuir as taxas. O primeiro que foi escolhido foi o da pneumonia associada à ventilação mecânica, que, com certeza, é o nosso maior problema. Acho isso interessante, pois você simplifica o procedimento e o torna mais efetivo, focando sua atenção em 4 ou 5 ações prioritárias que a literatura já traz como efetivas na prevenção de infecções, que são, para pneumonias, a higienização com cloroexidina, retirada do condensado dos ventiladores, elevação do decúbito e o despertar rotineiro por pelo menos 1 hora do paciente com sedação. Tendo, a seguir, uma comissão que irá checar se essas medidas estão sendo realizadas.

B) Não passar cateteres de modo indiscriminado e retirá-los o quanto antes (E2, E3, E5).

Primeiro não passar cateteres de modo indiscriminado, aqueles pacientes que puderem quantificar a diurese sem a sonda, não passá-la. Acredito principalmente que seja o cuidado na higiene e manuseio do paciente para evitar ou pelo menos diminuir a incidência e depois o cuidado com os cateteres. Primeiro lugar acesso central, controle rigoroso de assepsia na hora da passagem deste cateter, cuidado com os campos estéreis e, depois, cuidado com a manipulação,

mas a passagem é fundamental. E, o mais rápido possível a retirada quando não houver mais a necessidade. Em relação ao tubo endotraqueal, o ideal é não colocar, mas quando for necessário, manter os cuidados rigorosos na passagem e manutenção em relação à técnica de aspiração e decúbito elevado, Os trabalhos têm mostrado que este cuidado é um fator poderoso na prevenção de infecção hospitalar, com diminuição da aspiração. Infecção urinária é relacionada com o dispositivo, quanto antes tirar o dispositivo, menor o risco de infecção.

C) Cada unidade tem que melhorar sua técnica (E2).

Primeira coisa é a indicação; a segunda, a técnica, aqui dentro a gente consegue seguir o protocolo, agora os pacientes que já vêm sondados... cada unidade tem que melhorar a sua técnica de passagem.

D) Verificar sempre as taxas de IH da unidade (E6).

Primeiramente ficar atento para ver se a taxa de infecção é compatível com as outras unidades, as unidades ideais.

E) Treinamento dos profissionais e permanências destes na unidade (E8).

Na minha opinião, é o treinamento dos profissionais e a permanência destes na unidade para que ele possa colher os frutos deste treinamento. Hoje a minha rotatividade está sendo tão grande que não dá tempo para ocorrer este treinamento, então nunca você terá uma equipe para dizer que a intervenção sobre esta mudou. Existe as intervenções sobre outras variáveis que predispoem a infecção, mas eu acredito que este valor é extremamente menor do que as intervenções no recurso humano, e como estes recursos humanos não se consegue manter fixados, eu vejo um viés, uma distorção institucional, tentando canalizar nessas outras variáveis, como se fossem as principais para justificar a ocorrência de infecção hospitalar.

Técnicos de Enfermagem

Síntese das ideias centrais

- A) O primordial é a lavagem das mãos e treinamentos frequentes de funcionários e médicos (E1, E3, E4, E6, E10, E12, E14).
- B) É preciso seguir rigorosamente o que já está estabelecido (E2, E4, E5).
- C) Deve-se evitar o uso de sondas (E3).
- D) Para melhorar a taxas de infecção, todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar precisam se envolver (E7, E8, E13, E14).
- E) As falhas poderiam ser evitadas se houvesse mais organização no trabalho (E9, E11).

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) O primordial é a lavagem das mãos e treinamentos frequentes de funcionários e médicos (E1, E3, E4, E6, E10, E12, E14).

Acredito que o inicial, o primordial é a lavagem das mãos, estar sempre treinando os funcionários em relação aos curativos, e os médicos também. É básico, eu acho, lavagem das mãos, curativo de cateter central, principalmente. O curativo que estamos utilizando agora que permite um maior tempo ocluído, sem manipulação para curativo diário, chegou um pouco tarde, na minha opinião. O enfermeiro tem que orientar a equipe, este é o ponto, isso é o que muda. A lavagem das mãos, a orientação da equipe que é multidisciplinar, acredito que os cartazes de orientação são muito importantes, parece que não, mas funciona.

B) É preciso seguir rigorosamente o que já está estabelecido (E2, E4, E5).

Seguir rigorosamente o que já é estabelecido em relação à manipulação do material na hora que você está passando a sonda, respeitar as técnicas, manter uma boa higiene do paciente, na hora de manipular os cateteres nos acessos vasculares é sempre importante lembrar que aquilo está direto na corrente sanguínea do paciente, realizar a assepsia das torneirinhas quando formos abri-las, utilizar as luvas e as mãos limpas. Muitas vezes eu vejo também que a lavagem das mãos dos pacientes não é feita na hora da alimentação dos pacientes acamados, tem que levar uma bacia e realizar uma boa higiene. Nos pacientes que permanecem bastante tempo na unidade, sempre trocar os papagaios e as comadres, manter sempre o leito limpo, usar os EPIs adequados.

C) Deve-se evitar o uso de sondas (E3).

Tentar evitar o uso de sondas ou deixá-las o menor tempo, na medida do possível.

D) Para melhorar a taxas de infecção, todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar precisam se envolver (E7, E8, E13, E14).

O que observamos na UTI, e é sempre falado em reunião, é que nós fazemos o nosso papel, porém a UTI é uma equipe multidisciplinar. Os outros profissionais, eu percebo que não são muito envolvidos nesta questão de infecção hospitalar. Por exemplo, o médico, ele nem põe o avental para examinar o paciente, às vezes, nem a mão ele lava, são poucos que lavam rigorosamente as mãos e trocam os aventais entre um paciente e outro. Fora isso, tem os fisioterapeutas que colocam o avental às 13h e tiram às 19h, atendem todos os pacientes. Então, acredito que para melhorar a infecção hospitalar todos têm que se conscientizar e tratar o paciente na sua individualidade. O pessoal que vem de fora deveria seguir rigorosamente a padronização das técnicas, o uso de EPIs. Os familiares não, porque ficamos vigilantes durante a visita, os técnicos também não, pois têm medo de se contaminar, os enfermeiros porque têm noção. A grande maioria

mesmo seria a equipe que vem de fora, eles não têm a preocupação e não sabem como funciona a precaução de contato. Geralmente, os médicos têm menos noção de precaução de contato, falta conscientização, mas está escrito no leito “precaução de contato”. É muito difícil chegar para um médico e pedir para ele lavar as mãos, muitas vezes eles nem dão “bola”, dão risada. No geral, deveriam respeitar os protocolos estabelecidos, não quebrando a técnica. O principal é a consciência de cada um, saber que você pode evitar a transmissão entre os pacientes.

E) As falhas poderiam ser evitadas se houvesse mais organização no trabalho (E9, E11).

Outra coisa que atrapalha é que nós fazemos as coisas muito na correria. Por exemplo, precisamos encaminhar um paciente para um exame, daí 20 minutos outro para tomografia. Se nós tivéssemos hora de levar para a tomo, hora de internação, faríamos as coisas de modo mais organizado e seriam evitadas falhas que podem aumentar o risco de infecção hospitalar. Sobre a aspiração, o material deveria ser melhor, ajudaria muito se a qualidade fosse melhor. Também não sabemos se quem lavou os materiais em outros plantões, lavou adequadamente. Outra coisa é aquela borracha que fica pendurada nos frascos de aspiração, alguns funcionários lavam com 10ml, outros com 100ml.

DISCUSSÃO

Higienização das mãos. Um ato simples, que, sem dúvida, reflete a mais importante medida profilática contra as IRAS, que conjugada com outras estratégias representa medidas imprescindíveis no controle dessas infecções. A sua importância na prevenção de infecções é baseada na transmissão de germes que permanecem nas mãos, através do contato direto da pele, ou indireto, através de superfícies

inanimadas. As mãos dos profissionais de saúde transportam a maior quantidade de micro-organismos de paciente para paciente, para equipamentos ou ainda para alimentos, propiciando condições favoráveis à infecção hospitalar e tornam-se, assim, responsáveis pela maioria das infecções cruzadas ⁽⁶³⁾.

Essa percepção foi encontrada no DSC de enfermeiros e técnicos de enfermagem, o que demonstra importante preocupação, que inclusive tem embasamento científico. Esse assunto parece um pouco elementar e, de maneira geral, deveria já estar sobejamente compreendido entre os profissionais de saúde. Porém, na literatura encontramos este tema ainda sendo alvo de discussões, observando-se que ainda existem falhas na adesão desta prevenção essencial ⁽⁶⁴⁾.

Outro fator de relevância é que nos últimos anos a incidência de IRAS associada a micro-organismos resistentes tem aumentado em todo o mundo. Dados da literatura mostram que nos Estados Unidos mais de 70% de bactérias isoladas nos hospitais são resistentes a pelo menos um antibiótico utilizado no tratamento da infecção, sendo que a aquisição desse micro-organismo ocorre, na maioria das vezes, pelo contato das mãos dos profissionais com os pacientes e pelo contato direto do paciente com material ou ambiente contaminado ^(56,65,66). A utilização de protocolos bem estabelecidos, o respeito às técnicas assépticas e a educação continuada dos profissionais de saúde, sem dúvida, podem contribuir com a adoção de medidas eficazes de prevenção de infecção.

A redução de fluxo de pessoal, citada no DSC de enfermeiros : “*reduzir o fluxo de pessoas na UTI* ”, se aplica à melhor supervisão das medidas de controle e prevenção das infecções no local.

A retirada precoce dos dispositivos invasivos, como sondas vesicais, cateteres venosos centrais e tubos orotraqueais, faz parte do pacote de medidas de prevenção ou “bundles” de infecções associadas a esses dispositivos ⁽⁶⁷⁾. Essa percepção foi encontrada no DSC de médicos e reflete uma preocupação pertinente, relacionada com a prática e a realidade do paciente internado em UTI.

A correta adequação do número de pessoal de enfermagem citada no DSC de enfermeiros é um fator que contribui com a prevenção de infecção. Trabalho realizado em UTI de hospital de Genebra, na Suíça, mostrou que uma menor relação de enfermeiro por paciente contribuiu para o aumento do risco para aquisição de pneumonia associada à ventilação mecânica ⁽⁵⁰⁾.

Existem inúmeras medidas que os profissionais de saúde podem tomar para ajudar a evitar que os pacientes sejam acometidos por IRAS. O CDC sugere algumas baseadas, principalmente, nos sítios de infecção ⁽⁴⁶⁾.

Portanto, o que percebemos é que muitos dos princípios básicos de prevenção foram citados pelos profissionais, entretanto é necessário que todos tenham conhecimento destes, sempre com o foco na prevenção, aumentando a aderência às práticas de controle e prevenção das infecções relacionadas à assistência.

Destaca-se ainda que em nenhum momento, nas respostas a esta questão, foi mencionado o controle do uso de antimicrobianos como fator de risco para a ocorrência de IRAS, o que causa surpresa, pois a antibioticoterapia é um fator importante dentro do contexto de prevenção e controle de IRAS.

Questão analisada 6: Que críticas e sugestões você teria a fazer sobre a atuação da Comissão Permanente de Controle de Infecção Hospitalar nesta instituição?

Enfermeiros

Síntese das ideias centrais

- A) A CCIH é para ajudar e ter um comportamento de busca ativa nas unidades (E1, E4).
 - B) Quando ocorre um problema, a CCIH deveria atuar um pouco mais aqui (E1, E2).
 - C) Os relatórios deveriam ser colocados em lugar mais visível (E1).
 - D) A CCIH é presente e muito atuante (E1).
 - E) A CCIH deveria realizar treinamentos, cursos de atualização, educação continuada (E3, E4, E10, E13, E14, E15, E17).
 - F) Os índices de infecção melhoraram e está bom do jeito que está (E5, E6, E7).
 - G) É importante que a comissão mantenha uma boa comunicação com as equipe das unidades (E8, E9, E11, E13, E16).
-

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) A CCIH é para ajudar e ter um comportamento de busca ativa nas unidades (E1, E4).

Eu acho que a CCIH é para estar ajudando a gente nesta questão, descobrindo os porquês. Nas áreas críticas, quando aparecer um furo de um índice maior de infecção, é preciso estar acompanhando mais junto com enfermeira e a equipe a questão das técnicas, do que está sendo feito realmente. Ela tem que ter um comportamento de busca ativa nas unidades, e fazer o levantamento do que pode ser prevenível dentro de uma UTI, então tem que ter um comportamento de estar presente, de acompanhar os pacientes, os serviços de enfermagem...

- B) Quando ocorre um problema, a CCIH deveria atuar um pouco mais aqui (E1, E2).

Quando tem um problema, a CCIH deveria atuar um pouco mais por aqui. Nós tivemos uma vez em que veio toda a Comissão de IH, sentou com a gente, com toda a equipe médica, e chegamos à conclusão de que deveríamos trocar a sonda que estava vindo do PS; deu uma melhorada. Acho que isso é que ajuda a gente estar ouvindo outras opiniões e estar discutindo. Como sugestão, a comissão poderia apontar as infecções para toda a equipe, não só para os enfermeiros, uma vez por semana, na forma de gráfico, ou na forma de educação permanente em serviço, continuada. Poderia estar mostrando a taxa de infecção e o que poderia ser feito para melhorar, na forma de tabela, ou até mesmo pessoalmente em forma de palestra para toda equipe de enfermagem, pois o pessoal quando se envolve também se sente importante. Para esse controle, esse trabalho em equipe, acho que seria uma sugestão boa.

C) Os relatórios deveriam ser colocados em lugar mais visível (E1).

Uma sugestão para a gente que recebe esses relatórios é estar colocando em um lugar mais visível, não este papel que está tudo pequenininho e que a gente nem vai ver, mas transcrever esses índices, esses relatórios, e estar mais visível para todo mundo ver. De repente, a própria equipe não toma conhecimento da necessidade de ter mais cuidados, de tomar as providências... é como você me perguntou, você tem conhecimento? Eu tenho, mas não é uma coisa que eu estou olhando sempre, deixar, por exemplo, um semestre inteiro pendurado ali, você acaba gravando mais do que você olhar apenas uma vez.....

D) A CCIH é presente e muito atuante (E2, E9, E12).

Eu acho que a comissão que faz o controle da infecção hospitalar está presente, sempre estão passando a visita, diariamente, e a gente também tem o nosso controle semanal. Eu acredito que eles são muito atuantes nessa área, e na presença de dúvida e de alguma patologia que a gente não saiba intervir a gente solicita ajuda. A gente sempre foi atendida, seria mais como um elogio, porque eles sempre são atuantes aqui. Quando a gente teve os casos da influenza, eles vieram, orientaram a equipe em relação ao uso adequado dos EPIs, foi um momento bem importante. Sou totalmente a favor da atuação da comissão, a posição de fiscalização da comissão é necessária, porém eu sei que tem muita gente que não é a favor.

E) A CCIH deveria realizar treinamentos, cursos de atualização, educação continuada (E3, E4, E10, E13, E14, E15, E17).

Como sugestões, colocaria a realização de cursos, passando coisas novas, antibióticos novos, as atualizações. Ela deveria auxiliar nas questões educacionais, ser um agente facilitador de aquisição de recurso, de treinamento de pessoal, na verdade um papel de parceria com as unidades e com a UTI especialmente. Seria uma maneira dos profissionais que trabalham à noite

manterem o contato com a comissão. Que invista em educação continuada dos médicos, principalmente dos residentes que estão entrando. Também voltar a realizar a campanha de lavagem das mãos que eu não vejo mais e acho super importante, pois aqui passam muitos residentes e estagiários que precisam ser orientados. Enfim, intensificar os treinamentos, pois o pessoal esquece muito o que é correto, e envolver mais os técnicos e os auxiliares, pois o que eu percebo é que tudo fica muito em cima do enfermeiro.

- F) O índice de infecção melhorou e está bom do jeito que está agora (E5, E6, E7).

O índice de infecção melhorou muito com acompanhamento direto do médico, deixando de tratar as infecções de modo empírico em relação aos antimicrobianos, algumas das precauções com placas definidas melhorou a visualização. Sinceramente acho que melhorou bastante agora, porque de manhã o enfermeiro da infecção hospitalar chama a atenção dos residentes em relação à precaução de contato, checando também a antibioticoterapia, sem entrar de forma empírica, acho que está bom do jeito que está. Eu percebia que eram pouquíssimos profissionais na CCIH para a quantidade de serviço do hospital, porque geralmente era uma visita rápida sem muito envolvimento, poderia ter mais envolvimento, porque as pessoas não estão preparadas para discutir infecção, para observar, acho que era falta de pessoal, pois eu aprendo muita coisa com o pessoal da Comissão, acho que nós devemos sempre trabalhar em parceria.

- G) É importante que a comissão mantenha uma boa comunicação com as equipes das unidades (E8, E9, E11, E13, E16).

Eu acho que é importante que a comissão de infecção mantenha uma boa comunicação conosco, porque é importante que ela cumpra o seu papel, pois não é que você não tem tempo de checar os exames, mas você precisa ver tantas coisas, então a comissão deve assumir este papel de

avisar os isolamentos de contato, orientar a equipe como deve agir, dando suporte para nós, trabalhar em parceria. Eu estou aqui, mas posso ligar para a infecção para ajudar, este meio de comunicação é muito importante e isto ainda está faltando, mais respaldo... é importante que eles orientem no que é preciso. Oriente ainda o que precisa de precaução de contato e o que não precisa. A comissão fazendo o controle de antimicrobianos, nos orientando sobre como realizar a prevenção adequada, informando as taxas de infecção da UTI ajudaria bastante. Eu acredito que a comissão de infecção deve ficar em cima das taxas de infecção do local e atuar para diminuí-las.

Médicos

Síntese das ideias centrais

- A) Aumentar a integração entre a CCIH, equipes de UTI e instituição (E1, E3, E5, E6).
 - B) A CCIH está sempre presente (E2, E4).
 - C) Reciclagem do pessoal (E2).
 - D) A comissão deve conhecer a realidade e comparar com a realidade de outros serviços (E7).
 - E) A comissão precisa atacar o problema em sua essência (E8).
-

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) Aumentar a integração entre a CCIH, equipes de UTI e instituição. (E1, E3, E5, E6).

A comissão poderia sentar uma vez por mês ou a cada dois meses com os médicos e a enfermagem para discutir. A gente sabe o que acontece, mas formalizar, pois acaba se discutindo mais quando a coisa estoura. A divulgação dos dados acontece, mas a discussão menos. Recebem-se os relatórios e a seguir arquivam-se os papéis. Como sugestão, aumentar a integração entre a comissão e a equipe, por exemplo, passar todos os dias discutindo antibioticoterapia, culturas... Mais uma coisa que acredito ser bem importante é a orientação do pessoal, de cobrança, mais atuante mesmo, explicando que a precaução de contato é assim, precisa realizar desta maneira. Ajudar na informação e na conscientização da equipe fora e dentro da UTI, pois pequenos detalhes fazem uma grande diferença. Muitas vezes recebemos o paciente com antibioticoterapia inadequada, ter atuação neste controle, melhorar não somente nas UTIs, mas na instituição como um todo. Acredito que a comissão de infecção tem que vir batalhar junto com a gente, não só criticar, mas participar, ver quais são os problemas da unidade, as dificuldades e trazer para nós o que tem de melhor para fazer, e a gente aos poucos, não pode querer que isso aconteça de imediato, nós podemos melhorar, pois tudo é muito fácil no papel, mas quando você coloca na prática existem muitos desafios a serem vencidos.

- B) A CCIH está sempre presente (E2, E4).

Acho que crítica não, a CCIH está sempre presente, sempre que a gente precisa nós temos o apoio dela. O envolvimento da equipe médica e de enfermagem está sendo mais completo do que era antes, bastante em cima do que eu já havia dito dos protocolos que já existiam, porque a equipe da infecção sugere mudanças em cima daquilo que foi diagnosticado. Está havendo uma troca, a gente passa as informações, eles passam condutas e trazem também soluções.

C) Reciclagem do pessoal (E2).

Talvez reciclagem do pessoal em termo de técnicas, de conduta, a enfermagem sabe como passar uma sonda, os médicos sabem como passar um cateter, mas coisas novas a gente nem sempre está atualizada.

D) A comissão deve conhecer a realidade e comparar com a realidade de outros serviços (E7).

O trabalho primeiro da comissão começa em conhecer o seu público, a sua realidade, a obtenção de dados realmente representativos do teu problema, as taxas são 'essas', e através disso realizar a comparação com outros serviços ou até comparar com você em outros momentos históricos. Esse diagnóstico é importante para nós e para a comissão ter dados confiáveis, para que a partir deles possamos traçar as estratégias e o caminho a seguir.

E) A comissão precisa atacar o problema em sua essência (E8).

A comissão faz sempre o seu papel, houve no passado uma comissão que trabalhou muito bem e essa atualmente está tentando também fazer algumas mudanças, mas acredito que a comissão tem que atacar o problema na essência dele e não querendo interferir em outras medidas, pois existem medidas que eles podem mudar e outras não. Eles têm que assumir um papel crítico para a direção, apontando os verdadeiros motivos do processo de infecção, mesmo que isso possa não ser do inteiro agrado do administrador.

Técnicos de Enfermagem

Síntese das ideias centrais

- A) Os técnicos ficam um pouco longe da CCIH (E1, E2, E3, E5, E8, E13).
- B) As placas de identificação de precaução de contato são confusas (E3).
- C) A Comissão deveria promover reuniões sobre temas de infecção, orientação e treinamentos (E4, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E14).

Discurso do Sujeito Coletivo

- A) Os técnicos ficam um pouco longe da CCIH (E1, E2, E3, E5, E8, E13).

Acho que os técnicos ficam um pouco longe desta parte de controle de infecção, pois são os enfermeiros que ficam mais próximos da comissão, aí as informações são passadas a cada dois meses nas reuniões, ficando, assim, uma distância muito grande. A gente não tem muito contato, acredito que está bom, são dados importantes, vocês passam, pegam o “papel”, conversam mais com o enfermeiro, tanto é que às vezes a gente nem vê a ficha. O enfermeiro passa a visita, porém não passa as informações para o técnico. Essa conversa direta com o técnico com certeza motivaria muito mais na questão da infecção,. Eu não tenho noção e nem contato de como funciona a comissão de infecção, então não posso opinar.

B) As placas de identificação de precaução de contato são confusas (E3).

Acho aquelas placas de identificação de precaução de contato um pouco confusas, outra coisa é que como temos poucas doenças contagiosas, as doenças geram um pouco de confusão sobre qual precaução utilizar, sugiro a elaboração de um manual com as doenças.

C) A CCIH deveria promover reuniões sobre temas de infecção, orientação e treinamentos (E4, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E14).

Acho interessante a atuação da comissão, acredito que ela faz bem, como sugestão seria promover reuniões e debates sobre os temas de infecção na unidade. É importante que orientem no que é preciso e contribuam nos treinamentos. Às vezes, é muito difícil para quem vai se pôr de frente com os médicos, obrigá-los a lavar as mãos e pôr avental, ninguém consegue isso não, acho que a comissão podia estar orientando um pouco mais, ficar mais atenta, pegar mais no 'pé'. A sugestão seria melhorar a conscientização da lavagem das mãos. O que eu percebo é que muitas pessoas que passam por aqui não sei se não são orientados ou se não fazem porque não querem, hoje em dia aumentou o número de pessoas, acho assim que tem a precaução, tem o material, os EPIs, mas o principal que o pessoal esquece é as lavagens das mãos. Também sugiro que a comissão cobre mais da equipe a realização dos protocolos instituídos e, usando da influência que tem, converse com o médico residente para que atente aos cuidados que nós temos que ter com os pacientes aqui dentro da UTI, muitas vezes ouvimos até deboche.

DISCUSSÃO

Para discussão desta questão, é importante ressaltar que durante o processo de entrevistas houve a substituição da antiga CPCIH – Comissão Permanente de

Controle de Infecção Hospitalar – pela atual comissão que passou a se chamar CCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência de Saúde.

De acordo com a portaria do MS N. 2618 de 1998 que regulamenta as competências da CCIH, estas deverão compreender a elaboração, implementação, manutenção e avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, contemplando ações relativas à implementação de um sistema de vigilância epidemiológica, bem como avaliação periódica destas informações, elaborando e divulgando, regularmente, relatórios da situação das infecções hospitalares à autoridade máxima da instituição e a toda comunidade ⁽²⁴⁾.

Essa diretriz é percebida no DSC de enfermeiros e médicos que enfatizam a necessidade de busca ativa das infecções na unidade e de boa integração e comunicação entre equipe e comissão. Destaca-se um trecho da fala dos enfermeiros: *“é importante que a comissão mantenha uma boa comunicação conosco... dando suporte para trabalharmos em parceria”*.

O treinamento da equipe foi citado em todos os DSC das categorias profissionais. Entendemos que este deve ser um fator primordial na atuação da Comissão para os entrevistados. O apoio às atividades educativas realizadas na instituição é fundamental para a difusão de informações para toda a equipe multiprofissional. É recomendável que as estratégias desenvolvidas sejam particularizadas para o público alvo, levando-se em consideração a disponibilidade de tempo e de recursos durante a jornada de trabalho, para que se consiga garantir a participação do maior número de profissionais, sem prejudicar o atendimento aos

pacientes⁽²³⁾. Estudo realizado em um hospital de ensino apontou que intervenções multidisciplinares, incluindo treinamentos específicos e implementação de diretrizes no processo de trabalho, poderão ser medidas eficientes para a mudança desejável de comportamento dos profissionais⁽⁶⁸⁾.

Devem-se considerar algumas sugestões que foram relatadas, como a de se afixar relatórios em lugares mais visíveis nas unidades, citada no DSC de enfermeiros, ou a de que a comissão deve assumir um papel crítico junto à direção do hospital, citada no DSC de médicos, além da percepção importante de técnicos de enfermagem de que a comissão tem pouca interação com eles – *“acho que os técnicos ficam um pouco longe desta parte de controle de infecção, pois são os enfermeiros que ficam mais próximos”*.

Nota-se que as opiniões se diferenciam um pouco em relação à atuação da comissão de infecção hospitalar nas unidades. Alguns acreditam que ela deva interagir mais, outros consideram satisfatória a sua atuação. Entretanto, percebe-se que, de maneira geral, existe por parte dos profissionais que atuam nas UTIs, Coronariana e Central, o reconhecimento de que a equipe da comissão de controle de infecção hospitalar atua, colaborativamente, para a melhoria da qualidade da assistência.

Fazem-se necessários alguns ajustes na atuação da equipe da comissão, no sentido de buscar maior interação com todas as categorias profissionais que compõem a equipe de cuidados em UTI e maior envolvimento nas atividades de educação continuada desenvolvida nessas unidades.

5. Conclusão

A metodologia adotada permitiu atingir os objetivos propostos por este estudo, através da análise dos discursos dos profissionais que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu, evidenciando fatos importantes nesse processo de apreensão.

Foram identificadas, no primeiro semestre de 2009, as taxas de IRAS, bem como as topografias, procedimentos de risco e germes prevalentes nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana. Esses dados nortearam as entrevistas possibilitando melhor compreensão do contexto das IRAS dentro das UTIs.

As percepções apreendidas nos DSC dos profissionais revelaram, nas três categorias profissionais, o reconhecimento das IRAS como evento adverso grave, que compromete a segurança do doente internado em Unidade de Terapia Intensiva.

Sobre a ocorrência de IRAS em doentes internados na Unidade de Terapia Intensiva, foram identificados, nos DSC, os fatores de risco primordiais responsáveis pelas infecções, associando dispositivos invasivos a sítios de infecção.

Em relação aos germes prevalentes, para os entrevistados, os multirresistentes são de grande importância na ocorrência das IRAS.

Verificou-se certa transferência de culpa pela ocorrência de IRAS entre os profissionais, porém evidenciando-se nos DSC que estes reconhecem como grande problema a falta de adesão à higienização das mãos.

Os discursos pontuaram princípios básicos de prevenção de IRAS, porém, o uso racional de antibióticos não foi citado como medida de prevenção e controle de infecções.

Em relação à comissão de infecção hospitalar, a percepção apreendida nos DSC dos profissionais revela que a equipe da UTI espera por uma parceria importante no combate às IRAS, mediante informações sobre as taxas encontradas pela vigilância epidemiológica realizada nas unidades, possibilitando delineamento de indicadores de qualidade dentro das UTIs.

Esperam ainda que essa parceria, firmada por bom relacionamento entre comissão e equipe de cuidados da UTI promova, também, atividades de educação continuada na unidade.

Essa integração é importante, pois somente com a somatória dos esforços e conscientização dos profissionais é possível atuar de forma efetiva na redução das infecções relacionadas à assistência à saúde.

6. Referências

-
1. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da Nomenclatura no Censo Hospitalar. Portaria n.312 de maio de 2002.
 2. Hossne WS. Infecção hospitalar – aspectos éticos. *Rev Ass Méd Brasil* 1995; 41(1): 23-33.
 3. Sousa CMM, Feitosa MS, Moura MEB, Silva AO. Representações sociais das implicações legais da infecção hospitalar e de seu controle. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 jul-ago; 60(4): 428-33.
 4. Silva CPR, Lacerda RA. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília 2007 jun; 16 (2): 128-131.
 5. Moura MEB, Campelo SMA, Brito FCP, Batista OMA, Araújo TME, Oliveira ADS. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 jul-ago;60(4):416-21.
 6. Lisboa T, Faria M, Hoher JA, Borges LAA, Gómez J, Schifelhain L, et al. Prevalência de Infecção Nosocomial em Unidades de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul. *RBTI* 2007 out- dez; 19(4): 414-420.
 7. David CMN. Simpósio: Medicina Intensiva: infecção e choque. *Medicina*, Ribeirão Preto.1998 jul-set; (31): 337-48.
-

8. Mesiano ERAB, Hamann EM. Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto 2007; 15(3): 453-459.
 9. Moreira M, Medeiros EAS, Pignatari ACC, Wey SB, Cardo DM. Efeito da infecção hospitalar da corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina sobre a letalidade e o tempo de hospitalização. *Rev. Ass Méd Brasil* 1998; 44(4): 263-8.
 10. Lima EL, Andrade D, Haas JV. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. *RBTI* 2007; 19(3):342-47.
 11. Oliveira AC, Horta B, Martinho GH, Dantas LV, Ribeiro MM. Infecção hospitalar e resistência bacteriana em pacientes de um centro de terapia intensiva de um hospital universitário. *Online Brazilian Journal of nursing [internet]* 2007;6(2).[acesso em 2009 mar 17].Disponível em <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.837/208>.
-

-
12. Pereira MS, Prado MA, Sousa JT, Tipple AFV, Sousa ACS. Controle de infecção hospitalar em unidade terapia intensiva: desafios e perspectivas. Revista eletrônica de Enfermagem [internet], 2000 out-dez [acesso em 2009 abr 16] ; 2(1). <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
 13. Andrade GM. Infecção hospitalar: mitos e verdades, velhos hábitos, novas atitudes. Brasília Méd 2002; 39(1/4):57-59.
 14. Rodrigues EAC. Histórico das infecções hospitalares. In: Rodrigues EAC et al. Infecções hospitalares prevenção e controle. São Paulo (SP): Savier; 1997. p. 3-27.
 15. Machado RM. Prevalências das infecções hospitalares no centro de terapia intensiva do hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. [dissertação]. Minas Gerais (MG): Escola de Enfermagem/ UFMG; 2006.
 16. Fontana RT. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. Rev Bras Enferm 2006; set-out; 59(5): 703-6.
 17. Fernandes AT. As bases do hospital contemporâneo: a enfermagem, os caçadores de micróbios e o controle de infecção. In: Fernandes AT. Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 91- 128.
-

-
18. Fernandes AT. O desafio da infecção hospitalar: a tecnologia invade um sistema em desequilíbrio. In: Fernandes AT. Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2000 p. 129-159.
 19. El Far F, Marino CGJ, Medeiros EAS. The organization of hospital infection control committees and their importance in Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2001; 5(6): 290-293.
 20. Prévention des infections nosocomiales en reanimation [editorial]. *Swiss-Noso* 1999; 6(2):1-6.
 21. Lacerda RA. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. *Rev Latino Am Enfermagem* 2002 janeiro-fevereiro; 10(1): 55-63.
 22. Ruaro AF, Nascimento CCR, Kayamori CHG. Comissão de controle de infecção hospitalar: direitos e deveres. *Rev Bras Ort* 1995 abril; 30(4): 237-240.
 23. Oliveira AC, Evangelista S, Lucas TC, Mourão PHO, Clemente WT. A percepção da equipe multiprofissional sobre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2007 apr 30];5(2)Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/310/66>.
-

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria número 2616, de 12 de maio de 1998. Resolve expedir na forma de anexos I,II,III,IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle de infecções hospitalares, ficando revogada a Portaria 930. Diário Oficial da União, Brasília (DF).

 25. Montelli AC, Serafim NMB, Gut AL, Villas Boas PJF. Considerações sobre infecção hospitalar e seu controle no hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Prática Hospitalar* 2002 set-out 155: 9-14.

 26. Cavalcante NJF, Factore LAP, Fernandes AT, Barros ER. Unidade de Terapia Intensiva In: Fernandes AT. *Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo (SP): Atheneu: 2000. p.749-770.

 27. Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas- Chanoin ML, et al. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee. *JAMA* 1995 Aug 23-30;274 (8):639-44.

 28. Toufen CJ, Hovnanian AL, Franca AS, Carvalho CRR. Prevalence rates of infection in intensive care units of a tertiary teaching hospital. *Rev Hosp Clin Fac Med SP* 2003; 58(5): 254-259.
-

-
29. Andrade JL, Sales J, David CM, Hatum R, Souza PCSP, Japiassú A, Pinheiro CTS, et al. Sepsis no Brasil: estudo epidemiológico da sepsis em unidades de terapia intensiva brasileiras. *RBTI* 2006 janeiro-março; 18(1):9-17.
30. Russell JA. Management of sepsis. *N Engl J Med* 2006; 355:1699-1713.
31. Turrini RNT, Santo AH. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. *J Pediatr (Rio J)* 2002; 78(6): 485-90.
32. Lefevre F; Lefevre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora; 2005.
33. Lefevre F; Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface - Comunicação, Saúde e Educ.* 2006; 10(20):517-24.
34. Eggimann P, Pittet D. Infection control in the ICU*. *CHEST* [internet] 2001 [cited 2010 ago 22]; 120: 2059-2093. <http://chestjournal.chestpubs.org/content/120/6/2059.full.html>
35. Silva, KLS. Ações de enfermagem na prevenção de infecção hospitalar junto a população idosa internada. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
-

36. Villas Boas PJF. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em Hospital Universitário. São Paulo. Rev. Saúde Pública 2004; 38 (3): 372-8.
 37. Turrini RNT. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. Rev.Esc.Enf.USP, 2000 junho; 34 (2): 174-84.
 38. Caetano JA, Soares E, Andrade LM, Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. Esc. Anna Nery Rev. de Enfermagem 2007 junho; 11(2): 325-330.
 39. Buchardi H. Let's open the door. Intensive Care Med 2002; 28:1371–1372
 40. Berwick DM, Kotagal M. Restricted Visiting Hours in ICUs: Time to Change. JAMA. 2004; 292(6):736-737.
 41. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. Minerva Anesthesiol. 2007; 73: 299-306.
 42. Fungali S, Boncinelli L, Nostro AL, Valoti P, Baldereschi G, Mauro MD, et al. Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit: Results From a Pilot, Randomized Trial . Circulation 2006; 113: 946-952.
-

-
43. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities
Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices
Advisory Committee (HICPAC) 2003 [cited 2010 ago 23]. Available from:
<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/enviro/guide.htm>

 44. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious
agents in healthcare settings [internet]. 2007 [cited 2010 ago 23]. Available
from: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

 45. Christopher JC, Safdar N, Maki DG. The Role of the Intensive Care Unit
Environment in the Pathogenesis and Prevention of Ventilator-Associated
Pneumonia. *Respir Care* 2005; 50(6): 813– 836.

 46. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of
health care–associated infection and criteria for specific types of infections in
the acute care setting. *Am. J. Infect. Control.* 2008; 36: 309-32.

 47. Brasil, Ministério da Saúde, ANVISA. Resolução- RDC número 50, de 21 de
fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento,
programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos
assistenciais de saúde. Publicada no DO de 21/07/2003.
-

-
48. Brasil, Ministério da Saúde, ANVISA. Resolução-RDC número 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.
49. Oliveira AC, Silva RS. Desafios do cuidar em saúde frente à resistência bacteriana: uma revisão. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2008 [acesso em 2010 ago 24]; 10(1):189-197. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a17.htm>
50. Hugonnet S, Uçkay I, Pittet D. Staffing level: a determinant of late-onset ventilator-associated pneumonia. *Critical Care* [internet] 2007 [cited 2010 ago 24]; 11(80). Available online <http://ccforum.com/content/11/4/R80>.
51. Souza ACS, Tipple AFV, Barbosa JM, Pereira MS, Barreto RASS. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007 [acesso em 2010 set 12]; 9(3):724-35. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a12htm>
52. Gagliardi EDB, Fernandes AT, Cavalcante NJF. Infecção do Trato Urinário. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho, N. *Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área de Saúde*. São Paulo (SP): Sarvier; 2000. p.459-475.
-

-
53. Teixeira PJZ, Hertz FT, Cruz DB, Caraver F, Hallal RC, Moreira JS. Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade. *J Bras Pneumol* 2004; 30(6) 540-48.
54. Neto JAD, Silva LDM, Martins ACP, Tiraboschi RB André Luis Alonso Domingos ALA, et al. Prevalence and bacterial susceptibility of hospital acquired urinary tract infection. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2003; 18 (5):36-38.
55. Andrade D, Leopoldo VC, Haas VJ. Ocorrência de bactérias multirresistentes em um centro de terapia intensiva de hospital brasileiro de emergências. *RBTI* 2006 janeiro/março; 18(1): 27-33.
56. Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(1): 161-165.
57. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [text on the Internet]. Jun 2007 [cited 2010 Ago 8]. Available from: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_isolation.html.
-

58. Romanelli RMC, Jesus LA, Clemente WT, Lima SSS, Rezende EM, Coutinho RL, et al. Outbreak of Resistant *Acinetobacter baumannii* – Measures and Proposal for Prevention and Control. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2009; 13(5): 341-347.
59. Pontes VMO, Menezes EA, Cunha FA, Ângelo MRF, Salviano MNC, Oliveira IRN. Perfil de resistência de *Acinetobacter baumannii* a antimicrobianos nas unidades de terapia intensiva e semi-intensiva do hospital geral de Fortaleza. *RBAC* 2006; 38(2): 123-126.
60. Silva PR, Mendonça CF, Aquino SHR, Silva SAF, Malacchia, JL, Canesin, AC, et al. Principais fatores de risco para infecção do trato urinário (ITU) em pacientes hospitalizados: proposta de melhorias. *Enfermería Global* 2009 fevereiro; 15: 1-6.
61. Grandini LCJ, Caramelli B. Complicação Infecçiosa Indica Mau Prognóstico no Infarto Agudo do Miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2006; 87(3): 267-274.
62. Assis DB, Madalosso G, Ferreira SA, Yassuda YY. Análise dos dados de infecção hospitalar do Estado de São Paulo, 2008. *Bepa* 2009; 6 (65):16-29.
-

63. Mendonça AP, Fernandes MSC, Azevedo JMR, Silveira WCR, Souza ACS. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Scientiarum. Health Sciences* Maringá 2003; 25, (2): 147-153.
64. Tschudin- Sutter S, Pargger H, Widmer AF. Hand hygiene in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010 aug; 38(8 Suppl): 299-305.
65. Ward MM, Diekema DJ, Yankey JW. Implementation of strategies to prevent and control the emergence and spread of antimicrobial-resistant microorganisms in U.S. Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26(1):21-30.
66. Khan FA, Khakoo RA, Hobbs GR. Impact of contact isolation on health care workers at a Tertiary Care Center. *Am J Infect Control.* 2006; 34(7): 409-13.
67. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar/ Ministério da Saúde, ANVISA. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
68. Sax H, Perneger T, Hugonnet S, Herrault P, Chraiti MN, Pittet D. Knowledge of standard and isolation precautions in a large teaching hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005 mar; 26(3): 298-304.
-

Anexos

Anexo 1 - Roteiro de Entrevista

UTI Coronariana ()

UTI Adultos ()

Função: Médico ()

Enfermeiro ()

Técnico de Enfermagem ()

Há quanto tempo você atua nesta Unidade: _____anos e _____meses.

Parte gravada

1. Por que você acha que acontecem Infecções Hospitalares nesta Unidade?
 2. Na sua opinião, quais procedimentos de risco são submetidos os doentes internados nesta UTI que, com frequência, tem maior relação com as Infecções Hospitalares e por quê?
 3. Com base no seu conhecimento, experiência e/ou percepção, quais explicações você pode dar para os agentes microbianos mais frequentemente envolvidos nas Infecções Hospitalares nesta UTI?
 4. Com base no seu conhecimento, experiência e/ou percepção, quais explicações você pode dar para a topografia (região do corpo, órgãos, tecidos, etc) mais frequentemente afetada por IH nesta UTI?
 5. Na sua opinião, como se pode prevenir de modo mais eficiente e eficaz as Infecções Hospitalares nesta UTI?
 6. Que críticas e sugestões você teria a fazer sobre a atuação da Comissão Permanente de Controle de Infecção Hospitalar desta Instituição?
-

Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 14 de Setembro de 2.009

OF. 340/2009-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Heloisa Wey Berti
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Profª Heloisa,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa, (**Protocolo CEP 3310-2009**) "**Percepções de profissionais que atuam em UTI de Hopsital Universitário sobre a ocorrência de Infecções Hospitalares**", que será conduzido por Elaine Silva de Freitas, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião de 14/09/09.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em Trabalho científico

Pesquisa: “Percepções de profissionais que atuam em UTI de Hospital Universitário sobre a ocorrência de Infecções Hospitalares”

O objetivo da presente pesquisa é apreender as percepções dos profissionais que atuam em UTI sobre a ocorrência de Infecções hospitalares nessas unidades.

A pesquisa não trará benefícios diretos aos sujeitos participantes, mas contribuirá para o aprimoramento do trabalho da CPCIH.

Solicito seu consentimento para participar desta pesquisa, por meio de entrevista gravada em fita cassete, abordando questões sobre a ocorrência de Infecções hospitalares na UTI onde você atua. Após a transcrição das suas falas as fitas serão destruídas.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa **“Percepções de profissionais que atuam em UTI de Hospital Universitário sobre a ocorrência de Infecções Hospitalares”**, sob responsabilidade da pesquisadora Enfermeira Elaine Silva de Freitas, aluna do Curso de Pós-Graduação, nível mestrado, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, orientada pela Professora Doutora Heloisa Wey Berti, declaro que concordo participar da mesma, respondendo perguntas apresentadas em entrevista.

Estou ciente de que as informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, que a mesma está disponível para responder a quaisquer perguntas e que poderei retirar esse consentimento a qualquer tempo. Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Entrevistado

Enfª Elaine Silva de Freitas Pesquisadora: Elaine
Silva de Freitas Endereço: Rua Francisco Lira
Brandão, 214. Vila Sônia –Botucatu. Fone: (14)
3815 2062 E-mail: elafreitas@fmb.unesp.br

Profª Drª Heloísa Wey Berti
Orientadora: Profª Drª Heloísa Wey Berti. Rua
Magnólia, 420. Botucatu. Fone: (14) 3882 1812.
Email: weybe@fmb.unesp.br
