

PERFIL DE INFECÇÃO EM SÍTIO CIRÚRGICO EM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DO SUL DA BAHIA, BRASIL

Tatiana Silva Santos Figueiredo

Especialista em Saúde Coletiva, Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães. E-mail: tatyfigueiredo@yahoo.com.br

Myria Ribeiro da Silva

Doutora em Ciências da Saúde, Enfermeira docente da Universidade Estadual de Santa Cruz. E-mail: myriarib@uol.com.br

Resumo

A Infecção Relacionada à Assistência em saúde é caracterizada como um problema de saúde pública. As complicações pós-operatórias são responsáveis pelas elevadas taxas de morbimortalidade e elevados custos hospitalares. O objetivo desse trabalho se pauta em calcular a incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico em pacientes submetidos à cirurgia geral em um Hospital público de Ensino no Sul da Bahia, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo exploratório de corte transversal e caráter quantitativo e qualitativo. Utilizou-se fonte secundária de dados: prontuários e fichas de vigilância em saúde da Comissão e Controle de Infecção Hospitalar. O estudo foi composto de uma população de 8.384 pacientes dia no ano de 2014. O índice de Infecção de Sítio Cirúrgico foi de 4,78% (53) de 1108 procedimentos cirúrgicos, com predominância de indivíduos do sexo masculino acima de 60 anos. Os resultados da pesquisa apontam a importância da implementação de atividades educativas de prevenção e controle de infecção para manter os índices de infecção dentro dos parâmetros estipulados.

Palavras chave: Infecção Hospitalar, Infecção em Sítio Cirúrgico

Abstract

Infection related to health care is characterized as a public health problem. Postoperative complications are responsible for high morbidity and mortality rates and high hospital costs. The objective of this study is to calculate the incidence of Infection in Surgical Site in patients submitted to general surgery in a public Hospital of Education in the South of Bahia, Brazil. It is a cross-sectional exploratory descriptive retrospective study with quantitative and qualitative character. A secondary source of data was used: medical records and records of health surveillance of the Commission and Hospital Infection Control. The study consisted of a population of 8,384 patients per day in 2014. The Surgical Site Infection Index was 4.78% (53) of 1108 surgical procedures, with predominance of males older than 60 years. The results of the research point to the importance of implementing infection prevention and control activities to maintain infection rates within the stipulated parameters.

Key words: Hospital Infection, Infection in Surgical Site.

Introdução

A Infecção Hospitalar (IH) constitui um grande problema de saúde pública no mundo em decorrência ao alto índice de morbidade e mortalidade isso porque aumentam a permanência do paciente no hospital, gera multirresistência bacteriana causando onerações ao orçamento do sistema de saúde (ANVISA, 2017, CDC, 2017).

[Digite texto]

A IH é definida como toda infecção de que manifesta após 72 horas de internação hospitalar quando associada a procedimentos e ou diagnósticos realizados no período de internação podendo manifestar-se também após a alta quando puder ser relacionada a procedimentos hospitalares (ANVISA, 2017).

Os dados epidemiológicos sobre procedimentos cirúrgicos tem preocupado a Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo levantamento realizado no ano de 2008 foi realizado 234 milhões de cirurgias no mundo dos quais a mortalidade atingiu dois milhões de pessoas e sete milhões adquiriram complicações pós-operatórias. No entanto, o fato mais importante é que a OMS aponta que 50% dos casos poderiam ser evitados. Além disso, de 300 pacientes internados em hospitais, um morre e mais de 50% destes óbitos são de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Fundamentado nos elevados índices apontados acima e com o objetivo de melhorar a assistência cirúrgica a OMS e a Universidade de Harvard criou uma campanha mundial intitulada Cirurgia Segura a fim de reduzir a mortalidade e complicações causadas por tal procedimento (FERRAZ, 2009).

O paciente que desenvolve Infecção no Sítio Cirúrgico (ISC), tem em média 7-10 dias acrescido em seu internamento e 2 a 11 vezes mais risco de morte comparada a outros pacientes que foram submetidos a cirurgias e que não evoluíram com ISC sendo que 77% dessas mortes estão diretamente associada a ISC. Segundo a National Nosocomial Surveillance System (NNISS- Estados Unidos), desses óbitos 93% eram de infecção de órgão/cavidade (APECIH, 2009; SHEA, 2008; BISCIONE, 2009).

Nos Estados Unidos cerca de 2% a 5% dos pacientes submetidos a cirurgia desenvolvem ISC o que chega uma taxa de aproximadamente 5.000 casos de ISC a cada ano (SHEA, 2008). No Brasil a ISC encontra-se em terceiro lugar dentre todas as IHS notificadas nos serviços de saúde atingindo 14 a 16% das IRAS encontradas nos indivíduos internados em nosocômios. Estudos do Ministério da Saúde mostrou em 1999 evidências de 11% de ISC na totalidade dos procedimentos realizados (ANVISA, 2014).

Em outubro de 2008 o Centro de Controle de Doenças (CDC- EUA) e o National Health care Safety Network (NHSN) divulgam novo documento onde ampliam o olhar sobre este evento adverso e adota o termo Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (IRAS) em substituição ao termo IH uma vez que, inclui os procedimentos terapêuticos realizados em estabelecimentos que prestam assistência aguda à saúde como foco também das ações de vigilância. Desta forma, a IRAS é definida como eventos adversos resultantes de reações locais ou sistêmicas causadas por microrganismos adquiridos durante o processo de assistência que não possa ser relacionados com sua admissão sendo observado seu período de incubação (COUTO, et al 2009).

A Society for Health Care Epidemiology of America (SHEA) em compêndio publicado em 2008, destaca quatro categorias de IRAS que estão relacionadas a dispositivos e procedimentos invasivos como foco das ações de vigilância, a saber: Infecções da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Vascular (ICS-RC), Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), Infecções do Trato Urinário Associado à Sondagem Vesical de Demora (ITU-SVD) e ISC.

Os fatores de riscos são conceituados como variáveis que podem condicionar resultados negativos para saúde e bem estar do indivíduo, uma vez que, podem aumentar significativamente a probabilidade de adquirir infecção. Dentre esses fatores destacam-se: a condição fisiológica e clínica que se encontra o indivíduo, ao microrganismo e virulência do mesmo ao ato operatório e tipo de cirurgia bem como a técnica asséptica empregada nos procedimentos como curativos (MARTINS et al, 2017).

Grande parte das infecções hospitalares é originária da flora do paciente, no entanto, no período de internação hospitalar o mesmo entra em contato com a microbiota

do ambiente assistencial ficando difícil de definir sua origem. E para este caso, foi criado o conceito de infecção autógena que é a infecção relacionada a microbiota do paciente independente do indivíduo ter sido infectado em ambiente hospitalar ou na comunidade (FERNANDES, 2000).

O autor supracitado ainda caracteriza as infecções hospitalares em preveníveis e não preveníveis. A primeira soma cerca de 30% do total das infecções hospitalares e estão relacionadas a flora exógena do paciente. Podem ser prevenidas mediante adoção de medidas de controle e métodos adequados. A segunda ocorre mesmo adotando condutas adequadas e estar comumente relacionada a uma falha no sistema imunológico do paciente, geralmente por sua flora endógena.

Para Martins (2017), grande parte das IH manifesta-se como complicação em doentes graves por conta do seu processo de hospitalização no qual foi submetido a técnicas invasivas e procedimentos imunossupressores realizados de maneira correta ou não.

Segundo pesquisas do *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC), 5% a 10% dos doentes submetidos a hospitalizações desenvolvem algum tipo de Infecção Relacionada à Assistência (IRAS) o que revela cerca de 2 milhões de casos que estão associados a uma média de 100.000 morte por ano em hospitais dos EUA. Afirma ainda que os pacientes que precisam de cuidados intensivos tem risco mais elevado de desenvolver IRAS. Outros fatores que devem ser levados em consideração são a resistência microbiana, os avanços científicos tecnológicos, procedimentos complexos, técnicas invasivas que expõe cada vez mais o indivíduo doente além do grande número de pacientes idosos e imunodeprimidos (SHEA, 2008).

As ISC, objeto deste estudo, estão entre as complicações mais frequentes nos pacientes submetidos à cirurgia e apresentam grau de gravidade que varia conforme os planos acometidos manifestando-se desde o local da incisão, podendo também ocasionar abscessos de parede ou coleções intracavitárias além das infecções associadas ao uso de próteses o que eleva o risco de sepse e reabordagens cirúrgicas. (APECIH, 2009; MARTINS, 2017). Desta forma, a ISC pode causar sérios danos ao paciente e família causando prejuízos de ordem pessoal, emocional e financeiro além de contribuir para o aumento da morbimortalidade e aumentar tempo de permanência e custo hospitalar (SANTANA et al, 2012).

Por ser classificada como uma Infecção Relacionada à Assistência a ISC é uma condição prevenível, índices elevados pode ser resultado de condutas inadequadas que envolvem técnicas assépticas de curativos e da própria incisão cirúrgica no ato operatório e precaução padrão adotada pelos profissionais (ANVISA, 2017). Diante disso, adotar medidas educativas é de grande relevância para prevenir e controlar índices elevados de infecções atreladas às práticas inadequadas. A Educação permanente em saúde (EPS) é caracterizada como um conjunto de ações e práticas que visa à capacitação profissional e atualização dos mesmos sobre as tecnologias em saúde com objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada. Ou seja, mudança nos modelos de formação e atenção à saúde (DE SOUZA et al., 2016).

A relevância desse estudo se pauta em evidenciar a importância que o conhecimento do perfil de IH em sítio cirúrgico tem para o planejamento e implementação de condutas de prevenção e controle.

Diante do exposto o objetivo dessa pesquisa foi Descrever a situação da ISC em pacientes submetidos à cirurgia geral em um hospital público no Sul da Bahia.

Material e métodos

[Digite texto]

Trata-se um estudo descritivo, exploratório com delineamento transversal de cunho qualiquantitativo desenvolvido na Unidade de Internação de cirurgias gerais em hospital público no sul da Bahia.

A instituição é classificada como de grande porte, referência para vários municípios da região sul da Bahia. Conforme consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o hospital possui 171 leitos, sendo 09 em UTI adulto. Realiza procedimentos de média e alta complexidade em neurocirurgia, traumatologia e cirurgia geral. Funciona como unidade auxiliar de ensino, recebendo estudantes de graduação em enfermagem e medicina. É credenciado ao Sistema Único de Saúde.

A enfermaria do hospital em estudo é um setor com 40 leitos. A estrutura física da unidade, o número de funcionários da equipe de enfermagem não atendem a legislação em vigor, existindo muitas dificuldades para o funcionamento adequado do setor.

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes, internados na enfermaria de cirurgia geral, que adquiriram IH durante a internação e todos os casos de IH foram notificados pela CCIH, no período de janeiro a dezembro de 2014. Como critério de inclusão destaca-se os indivíduos acima de 18 anos internados na Unidade de cirurgia geral com diagnóstico confirmado de Infecção de Sítio Operatório.

A coleta de dados foi documental, constituída pela análise de fichas de vigilância de IH obtidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e através de dados secundários de prontuários dos quais foram observados exames laboratoriais de culturas. Para consolidação e tratamento dos dados utilizou-se o programa Microsoft Excel (2010) for Windows, e os dados apresentados em tabelas, números absolutos e percentuais simples.

A realização da coleta de dados baseou-se na Resolução 466/1012 do Conselho Nacional de saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. O Protocolo de Pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) aprovada pelo parecer CEP 2.188.382.

Resultados e discussão

O estudo foi composto por 9.265 pacientes dia no ano de 2014, admitidos na enfermaria de cirurgia geral, destes foram identificados, através de análise de dados secundários, 53 pacientes com ISC, que corresponde a 4,78% do total de indivíduos internados no período. Foram realizadas 1108 intervenções cirúrgicas no período pesquisado. O mês de janeiro apresentou maior número de pacientes dia internados n= 962, seguidos de 791, 880, 881, 878, 717, 820 nos respectivos meses de fevereiro, março, abril, maio, junho e julho. Esses foram os meses que obtiveram os maiores índices de internação.

Estudos realizados por Martins (2017) com 90 indivíduos em um Hospital escola no Sul do Brasil obteve percentual de 10,0% de ISC. De acordo com a ANVISA (2013), um estudo Nacional brasileiro realizado pelo Ministério da Saúde no final da década de 90, a taxa de ISC a nível nacional teve uma média de 11% do total de procedimentos cirúrgicos realizados. Esse percentual foi considerado alto e impulsionou algumas medidas de intervenção pela ANVISA.

A cirurgia potencialmente contaminada é caracterizada como intervenções em órgãos e tecidos colonizados por microbiota pouco numerosa, com ausência de inflamação e processo infeccioso e aquelas nas quais houve quebra discreta de técnica asséptica no transoperatório. São aquelas onde há penetração nos tratos respiratórios, digestório e urinário (MARTINS et al, 2017)..

[Digite texto]

A CDC preconiza o limiar de infecção que pode ser esperado. Para cirurgias potencialmente contaminadas pode variar de 3 a 11%, para as cirurgias limpas a taxa média esperada é de 1 a 5%. O percentual obtido nesse estudo foi de 4,78%, de acordo com a literatura apresentada pode-se dizer que a taxa de ISC obtida está dentro do padrão preconizado pela CDC. No entanto deve-se considerar que esse dado corresponde apenas as cirurgias gerais.

Em comparação com outras literaturas o percentual de ISC obtido nessa pesquisa é considerado moderado, corresponde a quase metade do percentual apresentado nos outros estudos. No entanto, esse dado se restringe à cirurgia geral, não foram contabilizadas outras especialidades como ortopedia, neurologia, angiologia entre outros. Contudo, deve-se considerar que aproximadamente 80% das cirurgias foram potencialmente contaminadas.

Avaliar se as taxas de infecção são altas ou está dentro do limiar preconizado é uma tarefa complexa. Muitos fatores interferem nessa análise e devem ser considerados como: porte do hospital, tipo de assistência prestada, portes e potencial de contaminação das cirurgias, se o hospital é universitário ou de ensino. Além disso, a precarização da assistência dimensionamento de pessoal inadequado, habilidade e conhecimento do profissional podem interferir nas taxas de IRAS (NOGUEIRA et al., 2009).

O conhecimento científico é uma ferramenta importante para o profissional de saúde e deve ser a base das intervenções. A interação da prática assistencial com a base científica é fundamental em todo o processo perioperatório, as ações devem estar voltadas para as necessidades do indivíduo e sua segurança. Ressalta-se portanto, a necessidade de identificar todos os fatores de risco, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos. Essa conduta é fundamental para o planejamento das ações, realizada principalmente pelo profissional da Enfermagem, prevenção e controle de infecções e consequentemente a biossegurança.

A população geral admitida foi composta por 9.265 pacientes dia. Segundo a padronização da nomenclatura do censo hospitalar, preconizado pelo o Ministério da saúde (2002), o paciente dia, corresponde a uma unidade de medida que representa o número de pacientes atendidos durante um dia hospitalar, ou seja, o número de pacientes que estão pernitando na instituição. A partir desse número pode-se calcular o número de paciente dia do mês e do ano através da somatória dos mesmos.

A população com ISC foi composta 64,15% de indivíduos do sexo masculino e 35,85% do feminino. 16,30% tinham idade economicamente ativa de 18-59 anos, 37,70% eram idosos acima de 60 anos. A média do período de internação foi 21 dias.

Pesquisadores revelam que homens não costumam ter o hábito de buscar os serviços de saúde devido às barreiras culturais, institucionais estabelecidas pela sociedade. Alguns autores como Martins e colaboradores (2017) justificam a prevalência de mulheres em suas pesquisas, realizada em Hospital no Sul do Brasil, fundamentados nessas questões culturais.

Não obstante, o costume do homem brasileiro de não procurar os serviços de Atenção Primária à Saúde, ou realização de consultas e exames de rotina, acompanhamento médico e condutas preventivas em relação a sua saúde pode influenciar nos altos índices de internação de indivíduos do sexo masculino, uma vez que, o mesmo pode ter complicações de uma patologia que não foi diagnosticada previamente como nos casos de complicações em órgãos alvo provocados pela Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além disso, o grande número de acidentes por causas externas são predominantes em homens (MARTINS et al., 2017).

Murta e colaboradores (2015) destacam em suas pesquisas 0,70% de casos de infecção hospitalar de 1563 amostras analisadas. Nesse mesmo estudo houve

predominância do sexo masculino com 52,97%. É importante destacar que na pesquisa citada menos de 8,0% das cirurgias, considerando a classificação do grau de contaminação, eram contaminadas. Já no estudo vigente 100% das cirurgias eram contaminadas e potencialmente contaminadas o que se configura em maior risco de ISC. Infere-se que a discrepância entre ambos os estudos pode-se ser explicada por esse fator. Não obstante, sabe-se que o tempo da intervenção cirúrgica, porte das cirurgias, grau de contaminação, técnica asséptica, a própria assistência em si durante o pós-operatório, são fatores que podem condicionar infecções ou reduzir seus riscos.

Izaias (2014) em suas pesquisas apontou que a incidência de IRAS entre os idosos é 3% maior do que indivíduos abaixo de 60 anos. De acordo com Feitosa e colaboradores (2014) em seu estudo realizado em Hospital brasileiro, com idosos acima de 60 anos, em pós-operatório de cirurgias do aparelho digestivo, a prevalência de ISC foi de 4,6%. Pesquisas realizadas por Nogueira (2009) em Hospital Universitário brasileiro a prevalência de IRAS em indivíduos acima de 60 anos foi de 38,4%.

De acordo com a ANVISA (2017) o crescente número de intervenções cirúrgicas em indivíduos acima de 60 anos é resultante do aumento de doenças cardiovasculares, neoplasias, traumas e a própria elevação da expectativa de vida. Entretanto, falhas na Atenção Primária a Saúde também podem levar agudizações de condições crônicas já apresentadas. Esse perfil exige que o profissional adote uma assistência mais eficaz e segura. A implementação de medidas de boas práticas utilização de guias e manuais fundamentados em evidência científica, listas de verificação bem como capacitações são medidas relevantes para redução de ISC que podem e devem ser adotadas pela CCIH.

O processo cirúrgico e a própria internação, exposição contínua a procedimentos invasivos, se configura em alto risco de vida para o idoso, no estudo vigente a população mais prevalente. Ademais, o período de internação prolongado aumenta de maneira significativa o percentual de infecção. Além de outros fatores como idade avançada, sexo, condição clínica, imunossupressão, tabagismo, etilismo, desnutrição, obesidade e outras doenças associadas interferem no procedimento cirúrgico e na recuperação do indivíduo (IZAIAS et al , 2014).

Foi possível apontar que a ISC é uma complicação presente na pesquisa em destaque, principalmente em cirurgias potencialmente contaminadas. Além disso, a Infecção do Trato Urinário, principalmente relacionado ao dispositivo de cateterismo vesical foi identificada, a ITU associada ao cateterismo vesical de demora é a IRA mais predominante nas pesquisas nacionais. Estudos realizados em Centro de Terapia Intensiva de um hospital Brasileiro realizado por Moraes e Chaves (2015) destaca que 26,00% dos cateterismos realizados no setor obtiveram alguma inconformidade em sua realização. A quebra de técnicas assépticas e manutenção adequada do dispositivo podem provocar infecções em nível de trato urinário inferior e superior e lesões uretrais. O tempo de permanência desse dispositivo também deve ser avaliado, uma vez que quanto maior o tempo em uso maior o risco de infecções, aumenta cerca de 10% ao dia o risco de infecções (MORAIS &CHAVES, 2015).

Não obstante, as infecções respiratórias também foram observadas incluindo as associadas à ventilação mecânica. Em 2008 o estado de São Paulo no Brasil a mediana da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica foi de 16,25 casos por 1.000 dias de uso de ventilador em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de adultos. Além disso, em unidades coronarianas esse número foi maior, 21,06 casos por 1.000 dias de uso. No mesmo ano, 2008, nos Estados Unidos (EUA), a incidência de pneumonia por ventilação mecânica nas UTIs clínicas e cirúrgicas de hospitais de ensino, forma de 2,3 casos por 1.000 dias de uso e 1,2 casos em UTIs coronarianas (ANVISA, 2017).

[Digite texto]

Os procedimentos assistenciais podem resultar em melhora terapêutica significativa ou agravamento do quadro clínico, uma vez que, são uma das maiores vias de contaminação e infecção cruzada no ambiente hospitalar. A não adesão de medidas de precaução e controle pode resultar em prejuízos financeiros e provocar até mesmo o óbito ou sequelas irreversíveis no paciente.

Diante dessas complicações dentre outras que podem ocorrer como Infecção de Corrente Sanguínea e sepse é necessária implementação de medidas de prevenção e terapia precoce para diminuir os riscos e a dimensão dos casos.

As culturas microbianas foram realizadas em 24,73% dos pacientes destes, 18,87% deram resultado positivo e 5,66% negativos. A hemocultura não é realizada pelo laboratório de análises clínicas, uma empresa terceirizada que atende a instituição. De acordo com a ANVISA nos casos onde há apenas suspeita de infecção, a cultura já deverá ser realizada (ANVISA, 2017).

Nesse caso 43,39% dos pacientes com ISC não realizaram nenhum tipo de cultura. Esse quadro é grave e requer medidas de intervenções imediatas por parte da Comissão de Controle de Infecção, uma vez que esse setor é responsável por realizar a vigilância epidemiológica e divulgar os achados encontrados para os membros da direção de Enfermagem e da própria instituição hospitalar. Contudo, a intervenção dos membros da direção do hospital é indispensável visto que, a tomada de decisão para resolução de problemas como o citado compete a níveis hierárquicos mais elevados. Destaca-se, portanto, a relevância do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e da comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos da instituição.

Dos pacientes internados com ISC 7,55% tiveram o quadro clínico agravado e foram transferidos para o Centro de Terapia Intensiva (CTI). No que se refere à reabordagem do processo infeccioso, 33,7% apresentaram.

Quanto à evolução clínica, 86,54% obtiveram melhora e receberam alta, 13,46% evoluíram para o óbito.

A readmissão, reabordagem e transferências para CTIs demandam tratamentos mais específicos e de maior custo, uso prolongado de medicações, exames periódicos, desbridamentos cirúrgicos, reoperações, dentre outros procedimentos resultando no aumento dos custos hospitalares, risco de morte e risco de disseminação microbiana e resistência (IZAIAS et al.,2014).

Cerca de 1/3 das IH podem ser evitadas através das medidas de segurança e precauções padrão estabelecidas pelo CDC e em nível de Brasil pela ANVISA. Isso significa que grande parte das infecções são relacionadas à assistência ao paciente (NOGUEIRA et al., 2009).

Estudo realizado com 341 idosos, em um hospital público universitário no Brasil, obteve-se uma média de 15 dias a mais de permanência para pacientes que desenvolveram IH (24 dias internação) em relação aos que não apresentavam infecção (09 dias de internação). As internações custaram em média R\$ 28.714,10 cada e a antibioticoterapia representou 5% desse valor. O aumento de 15 dias à média de permanência acrescentou R\$ 17.946,30 aos custos com a internação (IZAIAS et al, 2014). Esses percentuais demonstram o prejuízo financeiro das instituições de saúde diante das IRAS.

Em estudo de cunho retrospectivo, Nangino e colaboradores (2012), apontam os impactos financeiros que as IRAS têm proporcionado. Essa pesquisa foi realizada em Hospital filantrópico do estado de Minas Gerais, Brasil. Os autores fizeram análise dos gastos por meio da avaliação dos custos de medicamentos (antimicrobianos, sedativos, drogas vasoativas, analgésicos dentre outros mais predominantes) materiais como (cateter, curativos, sondas) utilizados na assistência. Utilizou-se 1096 pacientes internados em uma

[Digite texto]

UTI. A mediana de gastos da amostra por cada dia de internação foi de R\$1257,00. A presença de ISC foi a que obteve o maior gasto ao dia R\$803,59. Os autores ainda apontam o predomínio de resistência microbiana, que aumentam significativamente os custos.

É importante destacar que a pesquisa citada acima, não levou em consideração os custos indiretos. Percebe-se que se fossem acrescentados os gastos com o uso dos equipamentos utilizados como monitores, respiradores e recursos humanos empregados, esse valor iria aumentar significativamente.

Além disso, o aumento do tempo de permanência em um leito hospitalar pode ter impacto na saúde pública uma vez que, pode se configurar num fato limitador relevante de acesso ao serviço, ou seja, disponibilidade de leitos para outros usuários da Rede de Atenção à saúde, visto que, a indisponibilidade de leitos é um problema comum nos Hospitais brasileiros que repercuti na superlotação de Unidades de Pronto Atendimento e Emergências (NANGINO et al, 2012).

Segundo a ANVISA (2017) a ISC foi considerada como a IRAS mais comum e que requer maior custo, 60,0% . Sabe-se que essas infecções são passíveis de prevenção a partir da adoção de medidas como Precaução Padrão (PP) e Precaução Específica (PE). Essas medidas são umas das principais formas de reduzir a disseminação de patógenos nos ambientes hospitalares e se configuram nas boas práticas assistenciais de saúde.

Atualmente sabe-se que a PP são indispensáveis para reduzir a disseminação de microrganismos. Corresponde a um conjunto de medidas que objetivam reduzir as IRAS, proteger profissional e também o paciente contra patógenos. As mãos dos profissionais e objetos, fômites, correspondem aos principais meios de disseminação de microrganismos virulentos. A higienização das mãos com água e sabão, gel alcoólico, e antisséptico é uma das principais medidas de prevenção (PEREIRA, 2013).

A higiene com água e sabão deve ser realizada quando o profissional obtiver contato com fluidos corpóreos, tecidos, ferimentos ou a mão estiver visivelmente suja, no início e término do turno de trabalho, após ir ao banheiro, realizar refeições, antes do preparo de medicamentos e procedimentos. O uso de preparação alcóolica é indicado quando a mão não estiver visivelmente suja, antes e após contato com paciente, antes de realizar procedimentos e manipular equipamentos, antes e após calçar luvas e ter contatos com objetos inanimados ou fômites (ANVISA, 2017).

A higienização com antissépticos devem ser realizada em casos onde há precaução de contato (pacientes portadores de microbiota resistentes), em casos de surtos, e antes da realização de procedimentos invasivos (inserção de cateter intravascular, drenagem de cavidades, pequenas suturas dentre outros). É importante destacar que o uso do gel alcoólico tem se mostrado eficaz na higiene das mãos desde que obedecem aos critérios estabelecidos acima. A utilização do preparo alcóolico requer menos tempo ao profissional 20 a 30 segundos, viabiliza a assistência pela sua praticidade e eficácia (ANVISA, 2017, SILVA et al, 2017).

A forma de transmissão de doenças varia de acordo com o tipo de patógeno. Pode ocorrer através do contato e por vias respiratórias através de gotículas que são partículas maiores ou aerossóis, partículas menores (APECIH, 2009).

A PP deve ser aplicada em todos os pacientes independente de ter ou não infecção, considerando as suas especificidades clínicas. Visa evitar qualquer contato com sangue e outros fluidos corpóreos, bem como gotículas, aerossóis dentre outros, bem como a contaminação cruzada. Para isso é necessário uso de óculos, luvas, gorros, máscaras, aventais, higienização das mãos, ou seja, Equipamentos de proteção Individual (EPI) e Coletivo (EPC) e medidas de biossegurança (Da SILVA et al., 2012; , SILVA et al, 2017).

[Digite texto]

Os equipamentos de proteção atuam como barreira física contra a transmissão e contaminação de patógenos, devendo ser empregado de acordo com o modo de transmissão e de encubação de cada microrganismo (ANVISA, 2017).

Estudos realizados por Pereira (2013) na UTI de um Hospital Universitário apontaram que o nível de adesão da PP não é realizado em sua totalidade pelos profissionais de saúde. Esse dado influencia diretamente na assistência prestada.

Nesse mesmo estudo, os autores apontam que alguns fatores influenciaram para esse dado, dentre eles se destacam a carga excessiva de trabalho, alta demanda e agilidade dos profissionais, principalmente de Enfermagem, que configura em alta demanda física e emocional e poucos mecanismos de controle físico e mental (PEREIRA et al, 2013).

Além das medidas padrão estabelecidas pela ANVISA e organizações internacionais como o CDC, são preconizadas as condutas específicas a PEs devem ser adotadas de acordo com a patologia do paciente e de acordo com a forma de transmissão do microrganismo. Esse tipo de precaução é adotado em caso de doenças com alto poder de transmissão (APECIH, 2009).

Até pouco tempo, o termo isolamento foi bastante utilizado na prática clínica para se restringir o contato a um paciente que está com alguma patologia infectocontagiosa, o mesmo era colocado em sala restrita para evitar o contágio a outros indivíduos. No entanto, esse termo pode conferir certo grau de estigma e discriminação, reportando ao estigma que ocorria na época das quarentenas. A partir dessa análise o termo isolamento foi substituído por Precaução (APECIH, 2009; ANVISA, 2017).

Destaca-se, portanto, a Precaução de contato que é aplicada em casos de pacientes infectados ou colonizados, cuja transmissão ocorra através do contato. Nesses casos, utilizam-se aventais descartáveis e luvas (para tocar no paciente ou em qualquer objeto que pertença ao mesmo) os equipamentos utilizados na assistência como, por exemplo, estetoscópio, termômetro, dentre outros devem ser utilizados de forma individual para cada paciente a higienização das mãos com sabão antisséptico é indicada. Se a transmissão for através de gotículas, como tosse, espirro e fala deve-se adotar o uso de máscara simples com os demais EPIs e também equipamentos de uso exclusivo. Deve-se manter uma distância maior entre os leitos mínimo de três pés e evitar acomodação em ambientes onde há quadro de pacientes que possam ter pior prognóstico diante da exposição a infecções (Da SILVA et al., 2012).

Doenças transmitidas via respiratória por aerossóis, deve-se utilizar uma máscara com filtro especial a N95, uma vez que, os aerossóis são partículas minúsculas que permanecem suspensas no ar. Nesse caso também é necessário que a internação seja em quarto privativo e a porta deve estar sempre fechada. Algumas instituições adotam o sistema de filtragem do ar para reduzir o índice de partículas dispersas. É preconizado que a CCIH tenha controle de todos os casos de infecção e coloque uma placa sinalizadora, indicando os quartos onde serão necessárias precauções específicas. Além disso. Essa placa sinalizadora deve indicar o tipo de precaução a ser tomada (CDC, 2017; Da SILVA et al., 2012).

A atuação da CCIH juntamente com o Programa de Educação Continuada é pertinente e ideal para que haja mudança nas práticas assistenciais, se configura uma estratégia de atuação e ambos os setores se pautam na vigilância epidemiológica. O profissional de saúde deve ter conhecimento da gravidade dos problemas enfrentados na instituição e ser atuante nesse processo.

Além disso, cabe ressaltar, que algumas condutas preconizadas pela ANVISA não são realizadas pela instituição pesquisada, dentre elas a identificação das topografias de

[Digite texto]

ISC, bem como a realização de hemoculturas e culturas em todos os indivíduos sob suspeita de infecção.

Muitos desafios foram encontrados durante o período do estudo, que dificultou a coleta completa de dados como referido acima sobre topografias da infecção. Um dos desafios encontrados a nível institucional e principalmente para a CCIH é o fato de o Laboratório da instituição, no período estudado, ser totalmente terceirizado e haver atrasos na entrega dos resultados de exames. Isso pode implicar em dificuldades na assistência direta ao paciente, visto que, a análise de resultados de exames laboratoriais é algo imprescindível para o uso de fármacos e principalmente de antimicrobianos. Além de dificultar as ações de controle e de vigilância pela CCIH.

O uso de protocolos de racionalização de antimicrobianos também não foi identificado. Esse instrumento é importante para racionalizar o uso desses fármacos e evitar a resistência de microrganismos. Tal fato deve estar associado a análise de hemoculturas, uroculturas, antibiograma e através da identificação de germes resistentes à drogas específicas e a partir disso adotar um tratamento mais adequado.

Algumas limitações identificadas nessa pesquisa foram a subnotificação dos casos de IRAS, incluindo a ISC, pode ter sido uma realidade na instituição pesquisada, uma vez que, a mesma passava por um momento de reorganização e atualização da CCIH. O processo de vigilância após alta com os egressos cirúrgicos não é realizado, esse fato pode confirmar a subnotificação dos dados de ISC. Além disso, ressalta-se o fato da pesquisa se delimitar a apenas uma Unidade de Internação. O perfil descrito pode se configurar em um viés para a vigente pesquisa, visto que, muitos casos de ISC podem não terem sido identificados e inseridos na amostra do estudo.

Esse estudo permitiu destacar a importância que a epidemiologia hospitalar tem através dos percentuais de identificar as melhores condutas a serem adotadas para prevenir infecções. Além disso, permitiu a análise das dificuldades enfrentadas por uma instituição pública de saúde.

Conclusão

Apesar do perfil de ISC identificados durante o período de internação dos pacientes, estar dentro do padrão, as intervenções de cunho educativo devem ser implementadas continuamente para manter os índices preconizados e atuar na mudança de práticas e condutas errôneas identificadas. Condutas educativas devem ser implementadas nos serviços de maneira permanente, uma vez que, o ambiente hospitalar é dinâmico requer atualizações tecnológicas e teóricas científicas de maneira contínua, bem como treinamento de novos profissionais. Mas, além disso, é uma ferramenta utilizada para obtenção de respostas aos problemas identificados e uma tática para se avaliar o desempenho dos recursos humanos.

Através da elucidação dos dados apontados nesse estudo é possível traçar um panorama que irá subsidiar a elaboração de estratégias e mudanças nas práticas, tanto assistências como administrativas. A descrição de dificuldades e potencialidades é uma ferramenta relevante para o planejamento e gestão. A identificação dos erros é uma dos artifícios metodológicos para construção de respostas, essas respostas é o segredo para superar desafios.

Referências

ANVISA, Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.38 n.3, Jun. 2004..

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à saúde**. Brasília: Copyright, 2ª ed., 2017

ANVISA. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitária. **Critérios Nacionais de Infecção relacionada à assistência à Saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APCIH). Prevenção da infecção de sítio cirúrgico. Grinbaum RS, Destra AS (coord); Grinbaum RS (revisor). 3edrev e ampl. São Paulo: APCIH, 2009.

BISCIONE; F.M. Rates of surgical site infection as a performance measure: Are we ready? **World J Gastrointest Surg**, v. 1, n. 1, p. 11-15, nov. 2009.

Centers for disease control and prevention, Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings Recommendations of the HICPAC, 2017.

COUTO, R. C. et al. **Critérios Diagnósticos das Infecções Hospitalares. Infecção hospitalar e outras implicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p.146-166.

DA SILVA, G.S. DE ALMEIDA , A.J.; DE PAULA, V.S.; VILLAR, L.M. Conhecimento e utilização de medidas de precaução-padrão por profissionais de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 103-110, 2012

DE SOUZA, R.C.R.; SOARES, E.; DE SOUZA, I.A.G.; OLIVEIRA , J.C.; DE SALLES, R.S.; CORDEIRO, C.E.M. Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 11, n. 4, 2016.

FEITOSA, R.G.F.; FERNANDES, F.A.M.; JÚNIOR, J.N.; JUNIOR O.N. de A.; COSTA F.A.; CAVALCANTE, L.D.W. Análise de incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas do aparelho digestivo no Hospital Geral de Fortaleza. **Rev Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 2, p. 157-164, 2014.

FERNANDES, A.T. Semmelweis: uma história para reflexão. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRAZ, Edmundo Machado. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Rev. Col. Cir**, v.36, n.4, p.281-282, 2009.

IZAIAS, E.M.; DELLAROZA, M.S.G.; ROSSABEIS, M.A.; BELEI, R.A. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014.

[Digite texto]

MARTINS, T.; AMANTE, L.M.; VIRTUOSO, J.F.; GIRONDI, J.B.R.; DO NASCIMENTO, E.R.P.; DONASCIMENTO, K.C. Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico. **Rev. Acta Paulista**, v30, n1,p.16-24, 2017.

Ministério da Saúde. **SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.**

Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0415010012/05/2017>>. Acesso em:agost. 2017.

Ministério da Saúde. Padronização da Nomenclatura do Senso Hospitalar.2 Ed. Brasília; Ministério da Saúde.2002.

MORAIS, C.L.; CHAVES, M.N. de O. Controle de Infecção em Cateterismo Vesical de Demora em Unidade de terapia Intensiva. **Rev de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.5, n.2, 2015.

MURTA, A.R.; ABREU Jr. N.B; OLIVEIRA, L.S.; REIS, E.C.C.; VALENTE, F.L.; GONÇALVES, G.P.;ELEOTÉRIO R.B.; BORGES, A.P.B. Perfil epidemiológico e análise microbiológica de infecção de sítio cirúrgico em pacientes humano e animal de companhia. **Pesq. Vet. Bras**, 2013.

NANGINO, G de O.; De OLIVEIRA,C.D.; CORREIA, P.C.; MACHADO, M. De M.; DIAS, A.T.B. . Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 24, n. 4, p. 357-361, 2012.

NOGUEIRA, P.S.F.; MOURA, E.R.F.; COSTA, M.M.F.; MONTEIRO, W.M.S.; BRONDI, L. Perfil da infecção hospitalar em um hospital universitário. **RevEnferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 96-101, 2009.

PEREIRA, F.M.V.; TOFFANO, S.E.M.; DA SILVA, A.M.; CANINE, S.R.M.E. Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, 2013.

SANTANA, LC, Guedes HM, Ramos GS, et al. Infecção Hospitalar em Pacientes Cirúrgicos de um Hospital do Interior de Minas Gerais. **Rev.Enferm. Cent. O. Min.** v. 2, n. 1, 2012.

SHEA. Society for HealthcareEpidemiologyofAmerica. InfectionControland Hospital Epidemiology, 2008, v.29, n.10. p.901-904.

[Digite texto]