

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CAMPUS DE GRAJAÚ
CURSO DE ENFERMAGEM

KAROLYNE BASIL RODRIGUES

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: uma análise do nível de conhecimento dos profissionais de saúde na unidade hospitalar de Arame-MA

Grajaú
2024

KAROLYNE BASIL RODRIGUES

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: uma análise do nível de conhecimento dos profissionais de saúde na unidade hospitalar de Arame-MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Ebenézer de Mello Cruz

Grajaú
2024

Rodrigues, Karolyne Basil.

Infecções relacionadas à assistência à saúde: uma análise do nível de conhecimento dos profissionais de saúde na unidade hospitalar de Arame-MA. / Karolyne Basil. Rodrigues. –Grajaú (MA), 2024.

70.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Centro de Estudos Superiores de Grajaú - CESGRA, 2024.

Orientador: Prof^o. MSc. Ebenézer de Mello Cruz.

1. IRAS. 2. CCIH. 3. Cuidado ao paciente. 4. Mídias sociais. I.Título.

KAROLYNE BASIL RODRIGUES

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: uma análise do nível de conhecimento dos profissionais de saúde na unidade hospitalar de Arame-MA

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Ebenézer de Mello Cruz

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Ebenézer de Mello Cruz (Orientador)

Mestre em Ciências – Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa
Universidade Estadual do Maranhão

Tailana Santana Alves leite de Sousa

Mestre em Ensino em Ciências e Saúde
Universidade Estadual do Maranhão

Prof^a. Esp. Maria Juliana dos Santos Cortez.

Especializada em UTI geral e gestão de Assistência Intensiva ao paciente Crítico.
Universidade Estadual do Maranhão

À minha querida e amada avó Margarida de Almeida Basil, que não está mais entre nós e não pode ver a realização desse grande sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda a sua bondade, por ter me dado força e garra para continuar nessa caminhada mesmo com tantos obstáculos que me deparei durante esse caminho percorrido.

Aos meus familiares amados que permitiram que eu caminhasse em busca dos meus sonhos, minha Mãe Gardênia Almeida Basil Rodrigues, meu Pai, José Osmar de Sousa Rodrigues, meus Irmãos, Fernando Basil Rodrigues, Lucas Basil Rodrigues e meu Avô, José Matias Basil.

Externo ainda os meus agradecimentos ao meu Esposo Alexsandro Pessoa de Sousa, que foi fonte inesgotável de incentivo, parceria, paciência e companheirismo em todos os anos de graduação. Ao meu amado Filho, Arthur Victor Basil Rodrigues Sousa, que mesmo tão pequeno compreendeu que eu teria que me ausentar.

Aos meus amigos, por todo o apoio a mim concedido na busca deste sonho, Yorlane Paula Sousa, Fernando Machado e Emily Gabrielle Cunha Mendes, obrigada por sempre terem acreditado que sou capaz de realizar tudo que me propuser a fazer.

A todos os meus entes queridos que não estão mais presentes neste plano, em especial, a minha Avó Margarida de Almeida Basil, que lutou e sonhou junto comigo enquanto pôde para que eu pudesse chegar onde cheguei. A minha Bisavó, Teresinha Matias, meu Avô, Josino Alves Rodrigues.

Aos meus professores e preceptores que conheci durante esse tempo de graduação.

Por fim agradeço, ao meu Orientador incrível, Prof^o. Msc. Ebenézer de Mello Cruz, por toda paciência, dedicação, compreensão, amizade e por todo aprendizado.

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir. “

Augusto Cury

RESUMO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), chamadas no passado de infecções nosocomiais ou infecções hospitalares, são caracterizadas por infecções adquiridas durante o processo de cuidado ao paciente, como tratamento médico, procedimento ambulatorial ou hospitalar. As IRAS são um grave problema de saúde pública, onde até 17% dos pacientes internados podem desenvolver alguma infecção, destes até 50% tendem a evoluir para óbito. Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde do município de Arame - MA sobre as IRAS. Trata-se de um estudo quantitativo realizado a partir da aplicação de questionários aos profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar no município de Arame - MA. Foram entrevistados 12 profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e biomédicos. Quanto ao perfil destes profissionais, notou-se que 66,7% eram mulheres 83,3% tinham o ensino superior completo e 66,7% tinham idade entre 30 e 49 anos. Pode-se perceber pouco conhecimento dos profissionais a respeito dos aspectos gerais sobre as IRAS, tal como seu processo de transmissão. Quando estes foram questionados sobre o que são IRAS, 66,7% responderam a alternativa correta, além disto, 75% dos participantes apontaram que a higienização das mãos é a forma mais adequada de prevenir IRAS, contudo, apenas 50% dos profissionais afirmaram saber quem seriam os profissionais responsáveis pela Comissão de Controle de Infecção Hospital. Notou-se que dentre os trabalhadores entrevistados os enfermeiros demonstraram maior conhecimento sobre o assunto. Dentro do cenário estudado, é imprescindível a implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, tal como, a realização de atividades de educação permanente voltadas ao assunto.

Palavras-chave: IRAS; Controle de Infecção; Cuidado ao paciente.

ABSTRACT

Healthcare-Associated Infections (HAIs), previously called nosocomial infections or hospital infections, are characterized by infections acquired during the patient care process, such as medical treatment, outpatient or hospital procedures. HAIs are a serious public health problem, where up to 17% of hospitalized patients may develop an infection, of which up to 50% tend to die. In this context, this study aims to analyze the level of knowledge of health professionals in the city of Arame - MA about HAIs. This is a quantitative study carried out by applying questionnaires to health professionals who work in a hospital environment in the city of Arame - MA. 12 health professionals were interviewed, including nurses, nursing technicians and biomedical professionals. Regarding the profile of these professionals, it was noted that 66.7% were women, 83.3% had completed higher education and 66.7% were between 30 and 49 years old. It can be seen that professionals have little knowledge regarding general aspects about HAIs, such as their transmission process. When they were asked about what HAIs are, 66.7% answered the correct alternative, in addition, 75% of participants pointed out that hand hygiene is the most appropriate way to prevent HAIs, however, only 50% of professionals said they knew who would be the professionals responsible for the Hospital Infection Control Committee. It was noted that among the workers interviewed, nurses demonstrated greater knowledge on the subject. Within the scenario studied, the implementation of the Hospital Infection Control Commission is essential, as is the carrying out of continuing education activities focused on the subject.

Keywords: IRAS; Competence; Infection Control; Protocol.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Quantidade de hospitais notificantes segundo número de meses notificados por ano.	19
Gráfico 2 - Taxas mensais e anuais de ISC em partos cesarianos.	20
Gráfico 3 - Total de Profissionais Cadastrado.....	43
Gráfico 4 - Perfil profissional por idade.....	42
Gráfico 5 - Perfil profissional por gênero.....	43
Gráfico 6 - Perfil profissional por estado civil.....	43
Gráfico 7 - Perfil profissional por escolaridade.....	42
Gráfico 8 - Perfil profissional por renda.....	44
Gráfico 9 - Perfil profissional por formação.....	44
Gráfico 10 - Perfil profissional por tempo de atuação.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de hospitais notificantes e densidades de incidência das ISC por unidade hospitalar no Maranhão, 2022 a 2023.	34
Tabela 2 - Questões de múltipla escolha e a prevalência de resposta para cada alternativa.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo das metas do PNPCIRAS 2021-2025.	22
Quadro 2 - Critérios diagnósticos PAV.	27
Quadro 3 - Critérios diagnósticos de ITU.....	30
Quadro 4 - Nível de recomendação e qualidade da evidência.	33
Quadro 5 - Checklist de Cirurgia Segura.	36
Quadro 6 - Recomendação de banho por procedimento cirúrgico.	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPCI	Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
cel/mm³	Células por milímetros cúbicos
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
GVIMS	Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IgG	Imunoglobulina G
IPCS	Infecções Primárias de Corrente Sanguínea
IPCS-cateter central	Infecção da Corrente Sanguínea Associada a um Cateter Central
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC	Infecções de Sítio Cirúrgico
ITU	Infecções de Trato Urinário
ITU-AC	Infecção do Trato Urinário Associada a um Cateter
MA	Maranhão
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PCI	Prevenção e Controle de Infecção
PNPCIRAS	Programa de Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RM	Resistência Microbiana
SciELO	Scientific Electronic Library Online

SCIRAS	Serviço de Controle de Infecções Relacionada à Assistência à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEMA	Universidade Estadual do Maranhão
UFC/mL	Unidades Formadoras de Colônia por mililitro
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	18
3.2 Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2021-2025)	21
3.3 Prevenção, identificação e controle das IRAS	24
3.4 Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	27
3.5 Infecções do Trato Urinário (ITU)	30
3.6 Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC)	33
3.7 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	37
3.8 Papel da Enfermagem no Combate à IRAS	38
4 METODOLOGIA	40
4.1 Local do estudo	40
4.2 Desenho do estudo	40
4.3 População e Amostra	41
4.4 Critérios para seleção da amostra	41
4.6 Análise de dados	42
4.7 Aspectos éticos e legais	43
5 RESULTADOS	44
6 DISCUSSÃO	52
7 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	63

1 INTRODUÇÃO

Muitos estudos tem evidenciado que as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), chamadas no passado de infecções nosocomiais ou infecções hospitalares, são caracterizadas por infecções adquiridas durante o processo de cuidado, como tratamento médico, procedimento ambulatorial ou hospitalar, que surgem pela primeira vez após 48 horas de entrada no ambiente de uma organização de saúde, como hospitais e clínicas, ou dentro de 30 dias após o recebimento do assistência à saúde (Haque et al., 2018; Picoli, 2021).

Desse modo, as IRAS se constituem como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em razão da sua magnitude de complicação infecciosa, que podem ter implicações de ordem social, ética, econômica e jurídica, pois elas são intercorrências que podem apresentar alta mortalidade, dependendo do quadro infeccioso, além do prolongamento do período de internação do paciente, uso de antibióticos proporcionando a indução da resistência microbiana, custos e gastos inesperados (Brasil, 2021).

Prevenir as IRAS envolve diversos segmentos, como gestão de qualidade e recursos para garantia de estrutura de trabalho, atenção à higiene, formação de profissionais de saúde e pessoal, conhecimento constante das mudanças dos agentes infecciosos, que levam ao crescente aumento do risco de infecção, associado a avanços nos cuidados médicos e pacientes cada vez mais vulneráveis (Silva et al., 2021).

Diante disso, é importante a cooperação e ajuda dos pacientes e suas famílias pois requer de todos os envolvidos um compromisso em manter um ambiente limpo e seguro para o paciente, segundo a factibilidade da realidade local (Silva et al., 2021).

No estado do Maranhão, segundo o Relatório de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), coletados e notificados pelas comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH), no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2023, 45 hospitais foram notificados com média de densidade de incidência das IRAS em 3,07% em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, onde os microrganismos patogênicos mais presentes eram a *Acinetobacter spp* e a *Klebsiella pneumoniae* (Brasil, 2024b).

Nesse sentido, as IRAS geram grandes impactos, o que acarreta em diversos desafios que ainda se sustentam para a implementação efetiva de estratégias para confrontar esse problema, principalmente por conta da falta de conhecimento sobre a ocorrência das IRAS, que impossibilita o planejamento de ações e controle com efetividade das mesmas (Brasil, 2022).

Diante do que foi exposto é apresentado a seguinte questão problema da pesquisa: as IRAS como ocorre e qual a importância do nível de conhecimento dos profissionais da saúde quanto as infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) no município de Arame - MA?

Sendo assim, como as IRAS podem atingir até 14% das pessoas internadas podendo causar complicações e até mortes e tornando o tempo de internação maior e aumenta exponencialmente os custos da assistência médica, quanto mais evitável for, melhor, para prevenir o prolongamento do período de internação do paciente, uso de antibióticos proporcionando a indução da resistência microbiana, custos e gastos inesperados (OMS,2018).

Nessa perspectiva, a elaboração desse trabalho se justifica na medida em que não apenas o conhecimento sobre a ocorrência das IRAS, bem como o conjunto dessas ações, são fundamentais para promover a segurança do paciente no momento assistencial de saúde, principalmente para se produzir mais informações utilizadas para orientar o estabelecimento individual e coletivo de medidas que possam prevenir e intervir na ocorrência de eventos adversos infecciosos e sobre o risco ao paciente, tanto para a democratização quanto para o aprimoramento da gestão em serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde do município de Arame-MA a respeito das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico dos profissionais de saúde do hospital de Arame-MA;
- Verificar o motivo da não implantação do PNCIRAS;
- Descrever o perfil socioeconômico dos profissionais de saúde de Arame-MA;
- Caracterizar a importância de ações de educação em saúde voltada para a temática proposta a fim de aumentar o nível de conhecimento dos profissionais voltada na prevenção de IRAS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) caracterizam-se como infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, que surge pela primeira vez após 48 horas de entrada no ambiente de uma organização de saúde ou dentro de 30 dias pós a assistência à saúde (Picoli, 2021).

As IRAS são eventos adversos que contribuem para aumentar a morbimortalidade, o tempo de internação e os custos hospitalares. As principais IRAS que acometem pacientes hospitalizados são as Infecções de Trato Urinário (ITU), as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) e as Pneumonias Hospitalares (PH) (Brasil, 2019).

Essas infecções prolongam a permanência hospitalar do paciente, agravando sua condição de saúde. Além disto, o maior tempo de permanência hospitalar, principalmente em UTI, acarreta o maior risco de infecção ao paciente e também a morbimortalidade. Apesar dos impactos causados pelas IRAS, são muitos os desafios que ainda se sustentam para a implementação efetiva de estratégias no confronto à problemática. Entre as principais dificuldades, está a lacuna do conhecimento sobre a ocorrência das IRAS, impossibilitando o planejamento de ações e controle com efetividade em âmbitos regionais de atuação em saúde (Alflen, 2021).

Contudo, nos dias atuais, tem sido sugerida a mudança do termo infecção hospitalar por infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), que reflete melhor o risco de aquisição dessas infecções, caracterizando “qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar, diagnosticado principalmente durante o internamento do paciente, ou mesmo após a sua alta hospitalar” (Silva, 2013).

As IRAS são um processo de infecção que estava ausente ou em incubação no momento em que o paciente foi internado, sendo adquirida entre a admissão e a alta do paciente, ou seja, situações relacionadas ao processo de trabalho que impactam no contexto infeccioso e que são passíveis de prevenção de forma simples, como a higienização das mãos em serviços de saúde:

Os procedimentos de higienização das mãos, a adoção de precauções conforme a via de transmissão, as atividades de limpeza e desinfecção de superfícies, o uso racional de antibióticos, a adoção de medidas específicas

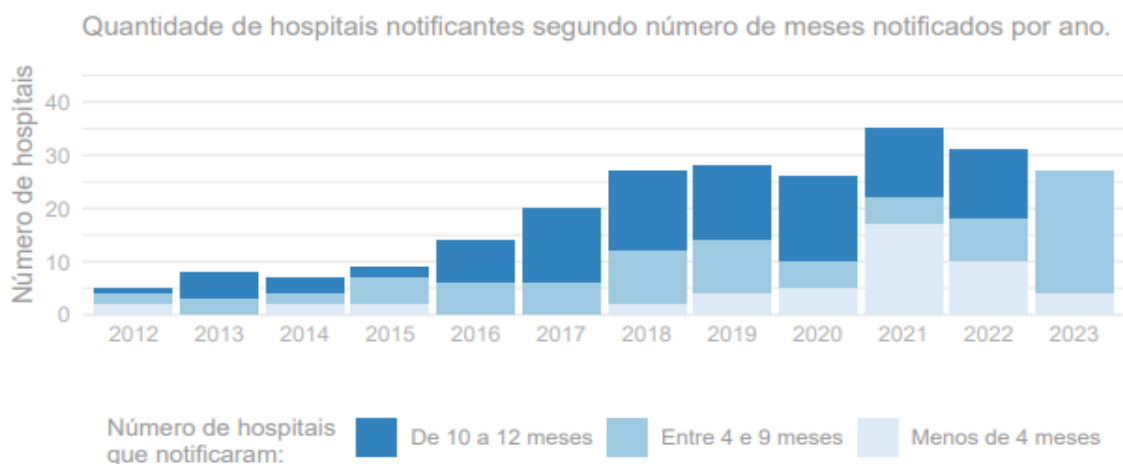
relacionadas aos procedimentos invasivos são exemplos de medidas que devem ser adotadas pelos serviços de saúde. A realização inadequada das atividades anteriormente citadas pode ser fator de risco para aquisição de infecções relacionadas à assistência à saúde. O conhecimento dessa cadeia de transmissão e a adoção de medidas educativas para prevenção de infecções são pertinentes e necessárias (Diniz; Braz, 2014, p. 8).

Diante disso, percebemos como as IRAS são um problema de saúde pública, que atinge com frequência os sistemas de saúde de todo o país, pois além de elevar os custos hospitalares, também eleva os índices de morbidade e mortalidade entre os pacientes, sendo que podem ocorrer “em instituições hospitalares, seja em atendimentos ambulatoriais na modalidade de hospital dia ou domiciliar, e que possa estar associada a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou diagnóstico” (Rodrigues; Pereira, 2016).

Desse modo, percebe-se que as IRAS constituem os quadros infecciosos adquiridos após o momento da internação, mais especificamente, três dias depois da internação, sendo que dentre as IRAS de maior ocorrência estão as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC), que permanecem atualmente como um dos principais riscos à segurança dos pacientes nos serviços de saúde no país (Rodrigues; Pereira, 2016, p. 43).

A seguir, no Gráfico 1, é apresentado a quantidade de hospitais que fizeram notificações de ISC em partos cesarianos no Maranhão no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2023.

Gráfico 1 – Gráfico da quantidade de hospitais notificantes segundo número de meses notificados por ano.

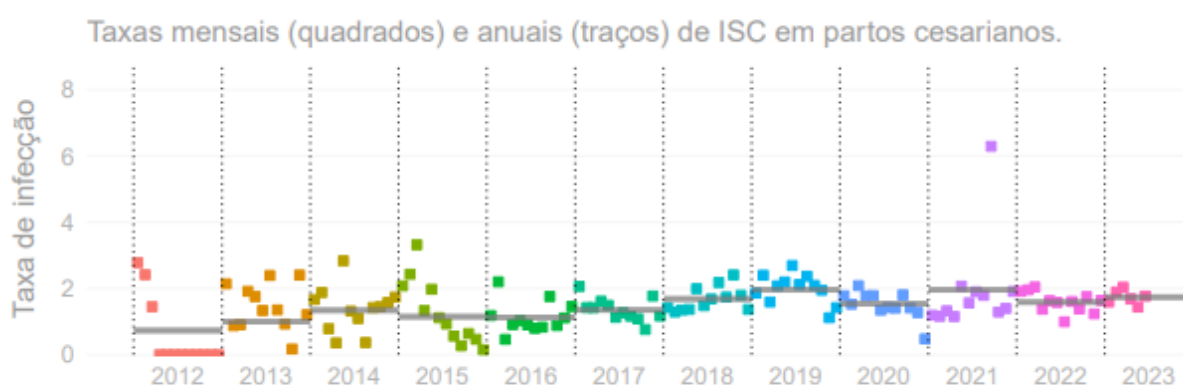


Fonte: Brasil (2024).

Os resultados do gráfico acima demonstraram que a partir de 2016 houve um aumento das notificações dos hospitais em ambas modalidades, de 10 a 12 meses e de 4 a 9 meses, em comparação ao ano de 2012, houve um aumento expressivo. Ademais, no ano de 2021 e 2023 mostra uma melhora sem pretendentes na rapidez das notificações de IRAS aos hospitais. (Brasil, 2024).

Por conseguinte, no Gráfico 2, é apresentada as taxas mensais e anuais de ISC em partos cesarianos no Maranhão no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2023.

Gráfico 2 - Gráfico das taxas mensais e anuais de ISC em partos cesarianos.



Fonte: Brasil (2024).

Segundo os critérios de diagnósticos das IRAS, a ocorrência das ISC ocupa a terceira posição entre as infecções assistenciais, englobando cerca de 14% a 16% das IRAS notificadas em pacientes hospitalizados, por isso que há estimativas de que ISC como as principais IRAS recorrentes podem ser evitadas em até 60% das ocorrências, por meio da aplicação das medidas e estratégias de orientação e prevenção recomendadas os critérios diagnósticos nacionais e em outras diretrizes (Brasil, 2017a; Hespanhol; et al., 2019).

Dada à gravidade das infecções, à repercussão nos custos, à morbidade e à mortalidade dos pacientes, as IRAS são uma preocupação mundial. Crescem as iniciativas para minimiza-las e, assim, suscitar a promoção da SP e da qualidade na assistência. Destarte, conhecer as recomendações de controle e prevenção das IRAS requer esforços conjuntos de todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde, com estratégias que contemplem seus diversos aspectos (Ferreira; et al., 2019).

3.2 Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2021-2025)

O Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS (PNPCIRAS), tem como finalidade a redução, em âmbito nacional, da incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e de Resistência Microbiana (RM) em serviços de saúde, por meio da implementação de práticas de prevenção e controle de infecções baseadas em evidências (Brasil, 2021).

Tem como objetivo principal definir as metas e ações estratégicas nacionais para a prevenção e o controle das IRAS e da RM em serviços de saúde para o período de 2021 a 2025. O documento estabelece 11 metas, juntamente com indicadores, para mensurar a evolução das ações. Além de um Plano Operacional, que propõe ações específicas baseadas em cada objetivo e meta proposta (Brasil, 2021).

Os serviços de saúde devem conhecer o PNPCIRAS e estabelecerem seus programas em consonância com o nacional, a fim de que os objetivos propostos sejam atingidos e tenhamos efetivamente uma redução dos indicadores de IRAS e RM, garantindo, desta forma, um cuidado mais seguro (Brasil, 2021).

Na avaliação do PNPCIRAS 2016-2021, realizada em setembro de 2020, foram obtidos os resultados que permitiram identificar algumas lacunas, onde os pontos de melhoria identificados nesta avaliação foram considerados na elaboração desta nova versão do PNPCIRAS, com vigência 2021-2025, que apresenta definição de objetivos, metas e ações estratégicas para corrigir as não conformidades identificadas e buscar a melhoria contínua de todos os processos executados em nível nacional (Brasil, 2021).

Além disso, é importante destacar que nessa versão, o foco passou a redução, em âmbito nacional, da incidência de IRAS em serviços de saúde, bem como prevenir e controlar a disseminação da resistência microbiana em serviços de saúde brasileiros. Outra ação prevista no PNPCIRAS (2016-2021) foi a publicação da Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde (Brasil, 2017).

A publicação dessa Diretriz é uma das ações do Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde que, por sua vez, faz parte do Plano de Ação da Vigilância Sanitária em Resistência aos Antimicrobianos elaborado pela Anvisa, seguindo as recomendações da OMS, e que

demarca o papel da vigilância sanitária nos esforços brasileiros de enfrentamento à resistência aos antimicrobianos.

Ela foi desenvolvida para apresentar, de maneira abrangente, os elementos fundamentais de um programa que devem ser adaptados de acordo com a realidade, as necessidades locais, os perfis epidemiológico e microbiológico, as barreiras e os recursos do hospital ou serviços de atenção básica visando o uso ótimo de antimicrobianos nos ambientes institucionais (Brasil, 2017a, p. 8).

Além disso, os componentes do Programa de Prevenção e Controle de IRAS (PCIRAS) em todos os níveis devem estar alinhados e consistentes. Desta forma, o PNPCIRAS 2021-2025 deve direcionar as ações das coordenações de controle de IRAS de estados/DF e municípios e em todos os serviços de saúde do país, com o objetivo de melhorar as ações para a prevenção e controle das IRAS, ampliar o monitoramento da incidência de IRAS, estabelecer um *benchmarking* entre os serviços e em nível local, regional e nacional, fortalecer a implementação de indicadores de processo e de cumprimento das boas práticas para a prevenção de infecções e da RM, para uma consequente redução da morbimortalidade associada à esses agravos (Brasil, 2021).

Abaixo, no Quadro 1, é apresentado o resumo dos objetivos com as suas respectivas metas do PNPCIRAS 2021-2025.

Quadro 1 – Resumo das metas do PNPCIRAS 2021-2025.

<p>Objetivo específico 1: Promover a implementação e o fortalecimento dos programas de prevenção e controle de IRAS, em todos os níveis de gestão e assistência.</p>
<p>Meta 1 – Até 2024, atingir no mínimo 80% de conformidade nos 6 (seis) componentes essenciais da Avaliação do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção (IPCAT 2 - OMS).</p>
<p>Meta 2 - Até 2025, 100% dos estados e Distrito Federal com no mínimo 65% de conformidade do Programa Estadual/Distrital de Prevenção e Controle de IRAS (PEPCIRAS/PDPCIRAS) no componente 1: Programas de prevenção e controle de infecção, da Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção (ANPCI).</p>
<p>Meta 3 - Até 2025, 90% dos municípios-capital com no mínimo 55% de conformidade do Programa Municipal de Prevenção e Controle de IRAS (PMPCIRAS) no componente 1: Programas de prevenção e controle de infecção, da Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção (ANPCI).</p>
<p>Meta 4 - Até 2025, 90% dos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) respondendo a Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção (ANPCI).</p>

<p>Objetivo específico 2: Aprimorar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das IRAS e da RM</p>
<p>Meta 5 - Até 2025, 95% dos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica ou neonatal e dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos notificando seus dados de IRAS e RM com regularidade de 10 a 12 meses do ano.</p>
<p>Objetivo específico 3: Ampliar o monitoramento da adesão às diretrizes nacionais e aos protocolos de prevenção e controle de infecção (PCI).</p>
<p>Meta 6 – Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, pediátrica ou neonatal com <i>checklist</i> de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Central (VPIS-cateter central) implementado.</p>
<p>Meta 7 – Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, que responderam ao formulário da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, com Protocolo de Prevenção de PAV implementado.</p>
<p>Objetivo específico 4: Reduzir nacionalmente a incidência das IRAS prioritárias.</p>
<p>Meta 8 - Até 2025, reduzir os valores do percentil 90 (P90) da densidade de incidência agregada, em âmbito nacional, de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central).</p>
<p>Meta 9 - Até 2025, reduzir os valores do percentil 90 (P90) da densidade de incidência agregada em âmbito nacional de Infecção de Trato Urinário (ITU) associada à cateter vesical de demora (CVD).</p>
<p>Objetivo específico 5: Prevenir e controlar a disseminação de microrganismos multirresistentes prioritários nos serviços de saúde.</p>
<p>Meta 10 - Até 2025, reduzir a incidência de <i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central).</p>
<p>Meta 11 - Até 2025, reduzir a incidência de <i>Acinetobacter</i> spp. resistentes aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central).</p>

Fonte: Brasil (2021).

Essas medidas de prevenção preconizadas no Programa de Nacional de Prevenção e Controle de IRAS (PNPCIRAS), que atuam através da ANVISA no Brasil, notificando as infecções e trabalhando com estratégias de prevenção de IRAS baseadas em evidências que devem ser adotadas em todos os serviços de saúde, tanto no âmbito hospitalar, como na atenção primária à saúde ou ambulatorial, nos

estabelecimentos que prestam assistência a pacientes crônicos ou na assistência domiciliar, ou seja, onde houver prestação de assistência a pacientes (Brasil, 2021).

Desse modo, conhecer mais sobre as IRAS, seja em UTIs ou não, bem como sobre as recomendações de controle contribui para que a vigilância epidemiológica atue como ferramenta para o conhecimento das mesmas, permitindo a observação ativa, contínua e sistemática da ocorrência e distribuição dessas infecções entre os pacientes institucionalizados, assim “como os eventos e condições que se relacionam com o risco de sua ocorrência e comportamento, com vistas à execução de ações oportunas para o controle” (Hespanhol et al., 2019).

Dessa forma, entender mais sobre as IRAS é essencial para definir melhor os critérios diagnósticos de infecção para a vigilância epidemiológica dessas doenças nos serviços de saúde, assim como a avaliação para identificar, prevenir, controlar e permitir a harmonização necessária para identificar a ocorrência, coletar e interpretar as informações de modo sistematizado pelos profissionais e gestores do sistema de saúde, para que possa ser possível e mais eficaz a aplicação dos conceitos da vigilância epidemiológica a esses eventos evitáveis (Hespanhol et al., 2019).

3.3 Prevenção, identificação e controle das IRAS

Quanto às medidas de prevenção das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, as mais recomendadas são estabelecidas por meio de políticas e da padronização da implantação e manutenção de dispositivos invasivos que devem ser priorizados na saúde do país, até porque o acompanhamento da execução dos procedimentos realizados nas unidades de assistência é imprescindível para a adoção de indicadores de resultado e avaliação criteriosa da estrutura que envolvem as IRAS.

A vigilância epidemiológica das IRAS, tem como um dos principais objetivos prover informações que possam ser utilizadas pela instituição para promover melhoria contínua, direcionando estratégias de prevenção e controle de infecções. O principal objetivo da vigilância epidemiológica das IRAS é fornecer, às instituições, informações para o aprimoramento contínuo das estratégias de prevenção e controle das infecções. Conhecer dados endêmicos de IRAS, identificar possíveis surtos epidemiológicos e traçar ou propor estratégias de prevenção e controle de infecção são os resultados esperados (Brasil, 2017b, p. 20).

Esse fornecimento e disseminação de informações que possam auxiliar e direcionar as medidas de prevenção e controle das IRAS deveria ser mais amplamente divulgada, principalmente porque vários estudos (Hespanhol et al., 2019;

Primo et al., 2010; Alflen, 2021; Ferreira et al., 2019; Mota et al., 2012; Brasil, 2017) recomendam fortemente a vigilância de infecções, principalmente com definições padronizadas em UTI, o que pode ser um importante aliado na avaliação da qualidade da assistência à saúde nesses ambientes.

Nessa perspectiva, a Portaria MS nº 2.616/1998 estabeleceu as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, como também, ações mínimas para o antigo Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), estabelecendo inclusive em seu art. 2º as ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõe o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (Brasil, 1998).

Tendo em vista que as IRAS podem atingir até 14% das pessoas internadas, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017b), podendo causar complicações e até mortes e tornando o tempo de internação maior e aumentando os custos da assistência médica, quanto mais evitável for, melhor, para prevenir a ocorrências dessas doenças:

Para atender as demandas crescentes de prevenção e controle das IRAS, os profissionais que atuam no controle das IRAS têm que desenvolver novas estratégias educacionais de acordo com práticas baseadas em evidências e que se adaptem às necessidades de aprendizagem de seu público e suas instituições. O treinamento da equipe multiprofissional que presta assistência aos pacientes em ventilação mecânica é fundamental. Além de uma equipe bem treinada, é fundamental manter uma rotina de visitas multidisciplinares com a participação dos profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes internados na UTI, bem como dos profissionais da CCIH. Estas visitas à beira do leito proporcionam a identificação de não conformidades dos processos assistenciais, auxiliam o gerenciamento de medidas de prevenção e facilitam o relacionamento entre os profissionais (Brasil, 2017b, p. 21).

Sendo assim, para que as medidas de prevenção das IRAS sejam possíveis, é preciso adotar algumas estratégias importantes e metodologias variadas, como por exemplo, treinamento por meio de aula presencial, *e-learning*, aula prática e com simulações, discussão da prática à beira do leito, *feedback* de indicadores com discussão de medidas preventivas e outros (Hespanhol et al., 2019; Ferreira et al., 2019; Brasil, 2021).

Na mesma entoada, temos a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, publicadas pela ANVISA abordando os requisitos mínimos para o funcionamento das UTI em todo o território nacional, além de

estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das UTIs, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente, conforme preconiza seu art. 2º (Brasil, 2010).

Além disso, hoje em dia os serviços de saúde do Brasil também devem seguir e se adequar à Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 42 de 2010, que estabelece a obrigatoriedade da disponibilização de preparação alcoólica para que seja feita a fricção antisséptica das mãos nas unidades de assistência e tratamento, tanto em local visível, como também de fácil acesso, sendo que a principal finalidade é que os profissionais da saúde não tenham a necessidade de deixar o local de assistência e tratamento para poder higienizar as mãos (Brasil, 2017b).

Em suma, essa RDC possui o objetivo de instituir e promover a higienização das mãos nos serviços de saúde do país, por meio de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde, conforme o art. 2º deste regulamento (Brasil, 2010b).

Quanto aos requisitos mínimos, a Resolução afirma o seguinte:

Art. 5º É obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos:

I – Nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde do país;

II – Nas salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatorios, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios de serviços de saúde;

III – Nos serviços de atendimento móvel; e

IV – Nos locais em que são realizados quaisquer procedimentos invasivos.

Parágrafo único. Quando houver risco de mau uso de preparação alcoólica por pacientes (ingestão e outros), os serviços de saúde devem avaliar a situação e prover a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos de forma segura (Brasil, 2010b, p. 2).

Essa resolução é bastante importante quando se trata das estratégias de prevenção das IRAS nas unidades de assistência à saúde e em hospitais, pois ela estabelece as diretrizes para melhor adesão à higiene das mãos, conforme os vários documentos técnicos sobre o tema publicados pela Anvisa.

3.4 Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

A PAV é caracterizada como pneumonia em paciente em ventilação mecânica (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou esta havia sido removida no dia anterior (Brasil, 2021).

No que toca à vigilância epidemiológica da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), uma das IRAS mais frequentes em pacientes que se encontram em estado de internação, a ANVISA recomenda realizar a vigilância de PAV com definições padronizadas em UTI, assim como calcular taxas de PAV, visando dar retorno destes índices para a equipe de saúde e, sobretudo, associar estas taxas com as medidas de prevenção pertinentes (Brasil, 2017b).

Os critérios diagnósticos de pneumonia associada à ventilação mecânica em adultos e crianças seguem as recomendações da Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 07/2021 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios diagnósticos PAV.

Critério 1: PAV Definida Clinicamente em adultos e crianças > 1 ano
<p>Paciente > 1 ano em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (ou seja, considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e que na data da infecção o paciente estava em uso de VM ou o mesmo havia sido removido no dia anterior.</p> <p>E</p> <p>SEM doença cardíaca ou pulmonar de base¹ com UM ou mais exames de imagem² seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado • Opacificação/consolidação • Cavitação • Pneumatocele <p>E</p> <p>Pelo menos UM dos sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (temperatura: >38°C), sem outra causa associada. • Leucopenia (< 4000 cel/mm³) ou leucocitose (> 12000 cel/mm³ ou ≥ 15000 cel/mm³ e desvio a esquerda com mais de 10% de formas jovens de neutrófilos em crianças ≤ 14 anos.

¹ Pacientes com doença pulmonar ou cardíaca de base.

- Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥ 70 anos.

E

Pelo menos DOIS dos sinais e sintomas:

- surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção³ ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração.
- Apneia ou taquipneia ou dispneia ou tosse (episódio novo ou com agravamento).
- Ausculta com sibilos, roncos ou estertores (episódio novo ou com agravamento).
- Piora da troca gasosa, dessaturação, aumento da demanda de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias.

E

Os sinais/sintomas e exames de imagem ocorreram no Período de Janela de Infecção.

Critério 2: PAV Definida Clinicamente em crianças > 28 dias e \leq 1 Ano

Paciente > 28 dias em uso de ventilador mecânico (VM) por um período maior que dois dias consecutivos (ou seja, considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do VM) e que na data da infecção o paciente estava em uso de VM ou o mesmo havia sido removido no dia anterior

E

SEM doença cardíaca ou pulmonar de base¹ com UM ou mais exames de imagem² seriados com um dos seguintes achados, sendo eles, novo ou persistente ou progressivo:

- Infiltrado
- Opacificação/consolidação
- Cavitação
- Pneumatocele

E

Pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre (temperatura > 38°C) ou Hipotermia (temperatura: < 35°C) para crianças > 28 dias e \leq 1 Ano, sem outra causa associada.
- Leucopenia (< 4000 cel/mm³) ou leucocitose (> 12000 cel/mm³ ou > 15000 cel/mm³ e desvio a esquerda com mais de 10% de formas jovens de neutrófilos em crianças \leq 14 anos).
- Alteração do nível de consciência, sem outra causa aparente, em pacientes ≥ 70 anos.

E

Pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas:

- Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção³ ou aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração.
- Apneia ou taquipneia ou dispneia ou tosse (episódio novo ou com agravamento).
- Ausculta com sibilos, roncos ou estertores (episódio novo ou com agravamento).
- Piora da troca gasosa, dessaturação, aumento da demanda de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios, por pelo menos 2 dias.

² Mudança nas características da secreção se refere a cor, consistência, odor e quantidade.

E

Pelo menos UM dos resultados abaixo:

- Hemocultura positiva, sem outro foco de infecção.
- Cultura positiva do líquido pleural.
- Cultura quantitativa positiva de secreção pulmonar obtida por procedimento com mínimo potencial de contaminação (lavado broncoalveolar, escovado protegido e aspirado endotraqueal⁴)⁵.
- Na bacterioscopia do lavado broncoalveolar, achado de $\geq 5\%$ de leucócitos e macrófagos contendo microrganismos (presença de bactérias intracelulares).
- Cultura positiva de tecido pulmonar.
- Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia:
 - ❖ Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos;
 - ❖ Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas.
- Vírus, *Bordetella*, *Legionella*, *Chlamydomphila* ou *Mycoplasma* identificados a partir de cultura de secreção ou tecido pulmonar ou identificados por teste microbiológico realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento.
- Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para patógeno (exemplo: *Chlamydomphila*).
- Aumento de 4 vezes nos valores de IgG na sorologia para *Legionella pneumophila* sorogrupo I titulada $\geq 1:128$ na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta.
- Detecção de antígeno de *Legionella pneumophila* sorogrupo I em urina.

E

Os sinais/sintomas e os exames de imagens e laboratoriais ocorreram no Período de Janela de Infecção.

Fonte: Brasil (2021).

Quanto às medidas de prevenção, é importante manter decúbito elevado (30-45°), adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea, aspirar a secreção subglótica rotineiramente, fazer a higiene oral com antissépticos e fazer uso criterioso de bloqueadores neuromusculares (Ferreira et al., 2019).

Além dessas recomendações, o PNPCIRAS (2016-2020) designa que protocolos de prevenção de PAV incluam, minimamente, orientações para “manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30 e 45°, avaliar diariamente a sedação e

Esses microrganismos somente serão considerados como causadores de PAV se identificados em cultura de líquido pleural.

diminuir sempre que possível, e a realização de higiene oral com antisséptico” (Ferreira et al., 2019).

3.5 Infecções do Trato Urinário (ITU)

A Infecção do trato urinário sintomática (ITU), é caracterizada como a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas. Já a ITU Associada à cateter vesical de demora (ITU-AC), é uma infecção do trato urinário em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior (Brasil, 2021).

No que se refere às Infecções do Trato Urinário (ITU), que são responsáveis por 35-45% das IRAS em pacientes adultos, com densidade de incidência de 3,1-7,4/1000 cateteres/dia, segundo a ANVISA (2017), cerca de 16-25% dos pacientes de um hospital são “submetidos a um cateterismo vesical, de alívio ou de demora, em algum momento de sua hospitalização, muitas vezes sob indicação clínica equivocada ou inexistente e até mesmo sem conhecimento médico” (Brasil, 2017, p. 38).

Os critérios diagnósticos de Infecção do trato urinário associada a um cateter vesical de demora (ITU-AC) em adultos e crianças, são apresentados no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – Critérios diagnósticos de ITU.

Critério 1: ITU – AC em adultos e crianças > 3 anos
<p>Paciente > 3 anos em uso de cateter vesical de demora por um período maior que dois dias consecutivos (ou seja, considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava em uso do cateter ou o mesmo havia sido removido no dia anterior</p> <p>E</p> <p>Apresenta pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas, sem outras causas reconhecidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre ($T^a > 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) • Dor ou desconforto supra púbico • Dor ou desconforto lombar • Hematúria • Urgência miccional¹

- Aumento da frequência miccional¹
- Disúria¹

E

Possui cultura de urina positiva com, no máximo, duas espécies bacterianas² com contagem de colônias $\geq 10^5$ UFC/mL, de pelo menos uma espécie.

E

Os sinais/sintomas e a primeira urocultura positiva ocorreram no Período de Janela de Infecção.

Critério 2: ITU-AC em Criança > 28 dias e \leq 3 anos

Paciente > 28 dias e \leq 3 anos em uso de cateter vesical de demora por um período maior que dois dias de consecutivos (ou seja, considerar a partir do D3, sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e que na data da infecção o paciente estava em uso do cateter ou o mesmo havia sido removido no dia anterior

E

Apresenta pelo menos UM dos seguintes sinais e sintomas, sem outras causas reconhecidas:

- Febre ($T^a > 38^{\circ}\text{C}$) ou hipotermia ($T^a < 35^{\circ}\text{C}$)
- Dor ou desconforto supra púbico ou lombar
- Urgência miccional ou aumento da frequência miccional ou disúria¹
- Apneia
- Bradicardia
- Letargia
- Vômitos
- Hematúria

Possui cultura de urina positiva com, no máximo, duas espécies bacterianas² com contagem de colônias $\geq 10^5$ UFC/mL, de pelo menos uma espécie. Os sinais/sintomas e a primeira urocultura positiva ocorreram no Período de Janela de Infecção.

Fonte: Brasil (2021).

Quanto aos processos de identificação das IRAS, os cuidados inerentes ao paciente com infecção são importantes para elencar métodos e reorientar a execução do trabalho da Enfermagem, de modo a minimizar as IRAS e suas consequências, sendo que “incidem diretamente na segurança do paciente e na qualidade da assistência, além da repercussão nos custos, a morbidade e mortalidade dos pacientes” (Ferreira et al., 2019).

Desse modo, cada tipo de IRAS tem seu próprio método de identificação. As ITUs por exemplo, precisam de um processamento, interpretação e relatório microbiológico:

A identificação da bactéria infectante isolada na cultura de urina é um dos fatores indicativos de infecção, porém existem micro-organismos que colonizam frequentemente a uretra distal de pacientes. Cerca de 10 a 20% das pacientes apresentam colonização da mucosa vaginal e da região periuretral por enterobactérias por essa razão, além da identificação de bactérias uropatógenas, a avaliação do número de unidades formadoras de colônias (UFC) por mL tornou-se um critério importante na interpretação da urocultura, já que os micro-organismos colonizantes geralmente apresentam-se em contagens baixas. A semeadura da amostra poderá ser realizada através de diferentes métodos (Brasil, 2013b, p. 22).

Essa identificação exata da bactéria infectante é importante tendo em vista que as ITUs constituem uma das causas mais recorrentes de IRAS que possuem grande potencial preventivo, uma vez que a maioria está associada com a cateterização vesical. Sendo assim, o diagnóstico clínico feito de forma precoce, juntamente com os exames complementares (qualitativo e quantitativo de urina e urocultura), “fornece evidência para uma adequada terapêutica, apesar dos casos de bacteriúria assintomática e candidúria, que podem induzir tratamentos desnecessários” (Brasil, 2017).

Quanto às medidas de prevenção das ITUs, há certa fragilidade na implantação de estratégias de medidas preventivas simples, tanto no Brasil quanto no exterior, em razão da estreita relação existente entre cateterismo vesical e ITU. Por isso que “é possível que uma percepção universalmente errônea do caráter menos agressivo quanto à morbidade, mortalidade e impacto econômico das ITU em relação às outras IRAS seja a explicação para tal atitude” (Brasil, 2017).

Nesse sentido, as recomendações para prevenção são classificadas de acordo com os critérios de grau de evidência, conforme demonstra no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 – Nível de recomendação e qualidade da evidência.

Categoria/Grau	Definição
Nível de recomendação	
A	Boa evidência para embasar a aplicação de uma recomendação.
B	Evidência moderada para embasar a aplicação de uma recomendação.
C	Evidência pobre para embasar uma recomendação.
Qualidade da evidência	
I	Evidência de ≥ 1 Não ensaio randomizado.
II	Evidência de ≥ 1 ensaio randomizado; de estudos observacionais de coorte ou caso-controle (preferencialmente > 1 centro); de múltiplas séries temporais ou de resultados extraordinários em experimentos não controlados.

Fonte: Brasil (2017b).

Além dessas observações, ainda há uma terceira categoria de qualidade de evidência, que é definida pela evidência baseada em opiniões de autoridades respeitadas, baseada em experiência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas. São recomendações básicas, mas que são essenciais para se evitar a ocorrências de IRAS como as ITUs em ambientes assistenciais de saúde (Brasil, 2017).

Além disso, a terapêutica precisa ser conduzida de forma empírica, embasada nas taxas de prevalência das “infecções urinárias locais e nos protocolos elaborados em conjunto com a equipe assistencial, CCIH, Comissão de Farmácia e Terapêutica e Laboratório de Microbiologia, e ajustada aos resultados das culturas” (Brasil, 2017b, p. 37).

Desse modo, a associação de hemoculturas, em ocorrências selecionadas, proporciona “informações adicionais, especialmente, em pacientes hospitalizados com sepse de foco urinário (20%). Deverá ser sempre considerada como hipótese diagnóstica em pacientes com febre sem foco aparente” (Brasil, 2017b, p. 37).

3.6 Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC)

As Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) são definidas como “aquelas infecções que acometem a incisão cirúrgica, tecidos, órgãos e cavidades manipulados durante o procedimento cirúrgico”. Estas podem ser identificadas entre 30 e 90 dias após a data de realização da cirurgia (Brasil, 2017).

A ocorrência de ISC está relacionada com as fontes endógenas, caracterizadas pela microbiota cutânea, das mucosas e do trato gastrointestinal dos pacientes, bem como as fontes exógenas, que incluem a quebra de técnica asséptica; processamento dos produtos para saúde, campos e aventais e ambiente físico da sala operatória (Barreto; Alves, 2021).

A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) permanece nos dias atuais como um dos principais riscos à segurança dos pacientes nos serviços de saúde no Brasil. De acordo com estudos nacionais a ocorrência das ISC ocupa o 3º lugar entre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Brasil,2020).

É estimado que as infecções em ISC são responsáveis por cerca de 38% do total das infecções hospitalares e 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados, além de aumentarem o tempo de internação hospitalar (Brasil, 2020).

No Estado do Maranhão no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2023, houve 35 números de hospitais notificantes, com densidade de incidência (DI) das ISC de 6,87 por unidade hospitalar, incluindo as cirurgias de cesarianas, próteses mamária, articulação quadril e articulação do joelho, conforme apresentado na Tabela 1 (Brasil, 2024).

Tabela 1 – Número de hospitais notificantes e densidades de incidência das ISC por unidade hospitalar no Maranhão, 2022 a 2023.

Un. Hospitalar	2022		2023	
	NH	DI	NH	DI
<i>Centro Cirúrgico</i>				
ISC Cesariana	51	1,6	27	1,7
ISC Prot. Mamária	18	1,9	12	2,5
ISC Art. Quadril	2,1	2,5	14	7,4
ISC Art. Joelho	22	1,8	9	6,5

Legenda: NH = Número de Hospitais Notificantes; DI = Densidade de Incidência
Fonte: Brasil (2024).

O processo de identificação e classificação das Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) em pacientes internados e ambulatoriais, também é essencial, tendo em vista que a vigilância epidemiológica das ISC acaba favorecendo o diagnóstico precoce de surtos de infecção e a avaliação dos processos relacionados para a prevenção. Essas infecções são definidas conforme a classificação e critérios definidores de infecção de sítio cirúrgico (ISC):

INCISIONAL SUPERFICIAL: ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), envolve apenas pele e tecido subcutâneo.

INCISIONAL PROFUNDA: ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos moles profundos à incisão (ex.: fáscia e/ou músculos).

ÓRGÃO/CAVIDADE: ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia (Brasil, 2021a, p. 21).

Como as ISC são consideradas eventos adversos frequentes, elas geralmente decorrem da assistência à saúde dos pacientes que pode resultar em dano físico, social e/ou psicológico do indivíduo, e por isso é importante identificar a bactéria infectante o mais precoce possível, pois é uma das IRAS que constitui uma ameaça à segurança do paciente (Brasil, 2021).

Como forma de minimizar essas possíveis falhas, é oportuno enfatizar que uma das medidas de segurança mais utilizadas é a implementação do *checklist* de cirurgia segura de prevenção de infecção de sítio cirúrgico (De Sousa et al., 2016).

O *checklist* é voltado para a segurança do paciente no período intra-operatório, no entanto, é de vital importância a atenção nos períodos pré e pós-operatório para proporcionar a continuidade do cuidado e garantir a segurança ao paciente (De Sousa et al., 2016).

O *checklist* de Cirurgia Segura possui os itens essenciais da assistência cirúrgica e serve como barreira para evitar falhas humanas, melhora o desempenho das atividades, padroniza as ações para facilitar a coordenação da equipe cirúrgica, desenvolve e aplica uma cultura de segurança na sala operatória e cria subsídios para as ações de controle de qualidade por parte dos gestores (Brasil, 2019).

O *checklist* permite que as equipes, ao seguirem de forma eficiente as etapas críticas de segurança, possam minimizar os riscos evitáveis mais comuns, é composto por três momentos distintos apresentados a seguir no Quadro 4.

Quadro 5 – Checklist de Cirurgia Segura.

Antes da indução anestésica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identidade do paciente, o procedimento e o local da cirurgia confirmados; ✓ Termo de consentimento cirúrgico assinado; ✓ Demarcação cirúrgica realizada;
------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oxímetro de pulso instalado e funcionando; ✓ Avaliação das vias aéreas de difícil acesso, do risco de perda sanguínea e reação alérgica.
Antes de iniciar a cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissionais se apresentam com nome e função; ✓ Conferência em voz alta da identidade do paciente, do procedimento e do local a ser operado; ✓ Revisão dos pontos críticos para a cirurgia; ✓ Antibioticoprofilaxia adequada realizada; ✓ Disponibilidade de exames de imagem.
Antes do paciente sair da sala	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quantidade de compressas e instrumentais cirúrgicos conferidos; ✓ Peças anatômicas identificadas; ✓ Elencados danos nos equipamentos e problemas a serem resolvidos; ✓ Plano de cuidados para o pós-operatório traçado.

Fonte: Silva; Gatti (2020).

O banho também é importante, onde os profissionais da saúde devem orientar de forma prévia o paciente nas cirurgias eletivas quanto aos cuidados pré-operatórios e banho, conforme apresentado no Quadro 6, abaixo:

Quadro 6 – Recomendação de banho por procedimento cirúrgico.

Cirurgia	Sabonete Neutro	Antisséptico	Horário
Cirurgia de grande porte, cirurgias com implantes		Clorexidina 2%	Banho (corpo total): 2 horas antes do procedimento cirúrgico
Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte	Sabonete neutro		Banho (corpo total): antes do encaminhamento ao CC
Cirurgias de urgência	Sabonete neutro		O banho fica a critério da avaliação da equipe assistente

Fonte: Brasil (2017b, p. 88).

Desse modo, o controle das infecções, seja das ISCs ou outras, passam a ser considerados e essencial para todos os locais onde se presta o cuidado e a assistência à saúde, até por que o hospital não é o único local onde se pode adquirir uma infecção, “podendo existir o risco em procedimentos ambulatoriais, serviços de hemodiálise, casas de repouso para idosos, instituições para doentes crônicos, assistência domiciliar e clínicas odontológicas” (Brasil, 2018).

3.7 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

O surgimento das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) deu-se a partir do aumento considerável de discussões sobre a problemática, que por sua vez tem um papel imprescindível no desenvolvimento de ações que visam a prevenção e o controle de infecção (Rodrigues et al., 2022).

Realizando inúmeras ações sistemáticas e deliberadas com vista na redução máxima da incidência e gravidade. Neste cenário, o profissional de enfermagem apresenta-se como um dos mais aptos a trabalhar nessas estratégias visto que, dispõe de habilidade de gerenciamento e avaliação da qualidade dos serviços e práticas assistenciais (Lopes et al., 2023).

O Controle de Infecção do Brasil passou a ser regulamentado em 1983, sendo desmembradas as atividades da CCIH e dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Neste sentido, a CCIH antes de qualquer coisa é responsável pela aprovação do Programa de Controle de Infecção (PCIH), sendo a base para o desenvolvimento do SCIH (Brasil, 2020).

Estes serviços tendem a trabalhar juntos e com o auxílio do Serviço de Epidemiologia Hospitalar compondo assim, uma única unidade denominada de Unidade de Vigilância em Saúde (UVS) com uma maior representatividade nos estabelecimentos ligados a EBSEH (Brasil, 2020).

Quanto a sua posição na organização administrativa hospitalar, a CCIH está subordinada aos diretores gerais devendo realizar comunicação imediata para resolução dos problemas ligados a infecção. E deve ser composta por no mínimo um membro da equipe administrativa do hospital, enfermeiro, médico, bacteriologista, sanitarista (Brasil, 2021).

Deve-se levar em consideração que na grande maioria, às vezes, a equipe de enfermagem compõe 50% de toda mão de obra, deste modo, deve sempre haver um profissional de nível superior responsável pela CCIH. De modo geral, a CCIH tem o potencial de diminuir as repercussões negativas ligadas as IRAS diminuindo sua taxa de mortalidade, diminuição do tempo de recuperação e tempo de permanência em hospitais (Brasil, 2020).

3.8 Papel da Enfermagem no Combate à IRAS.

A equipe de enfermagem desempenha um papel importante na prevenção, controle e tratamento de IRAS, pois sua atuação é responsável pelo acompanhamento de maior contato com o paciente na unidade hospitalar. Assumindo também um cargo de grande relevância em compor a comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH), que tem como finalidade reduzir a taxa de mortalidade, o tempo de hospitalização e tempo de recuperação do paciente (Santana, 2023).

Além disso, o enfermeiro está muito envolvido nas políticas de saúde, incentivando a participação ativa de pacientes e familiares para minimizar os riscos no hospital. Dessa forma, ele colabora para fortalecer a educação em saúde e implementar medidas de prevenção de infecções, garantindo a adesão e supervisão dos processos que reduzem o risco de desenvolvimento de IRAS (Ferreira, et al., 2023; Padoveze, 2022; Sousa, et al., 2022).

Em uma equipe multidisciplinar, o enfermeiro se destaca principalmente pelo contato constante com o paciente, pois então presentes em todos os serviços de saúde (Machado et al., 2016). Ao que se refere às IRAS, a Lei do Exercício profissional de Enfermagem atribui ao enfermeiro a responsabilidade de atuar na prevenção e controle de infecção, pois o mesmo coordena as ações e é responsável por toda a equipe. O enfermeiro deve assegurar uma assistência sem consequências por imperícia, imprudência ou negligência para que não ocorra danos futuros (Padoveze, 2022).

A atuação do enfermeiro na prevenção de IRAS se torna complexa pois, existem fatores que dificultam a atuação da enfermagem: como a escassez de recursos humanos, falta de CCIH em algumas unidades hospitalares, ausência de educação continuada, treinamentos regulares que possam capacitar com frequência os profissionais de saúde, dificuldade em instituir programas de prevenção de IRAS. Todos esses fatores influenciam diretamente no trabalho do profissional de enfermagem, podem então se transformar em um fator de risco para o desenvolvimento de IRAS (Nogueira, et al., 2020).

A enfermagem dentro da CCIH tem um papel imprescindível, pois ela busca de forma ativa informações importantes sobre infecções dentro da unidade de saúde e desenvolve ações voltadas na prevenção e controle da taxa de mortalidade.

Também desempenha o papel de educação continuada a toda equipe de enfermagem, levando informações importantes sobre métodos que visam aprimorar as técnicas de controle de infecções (Sousa, et al., 2022).

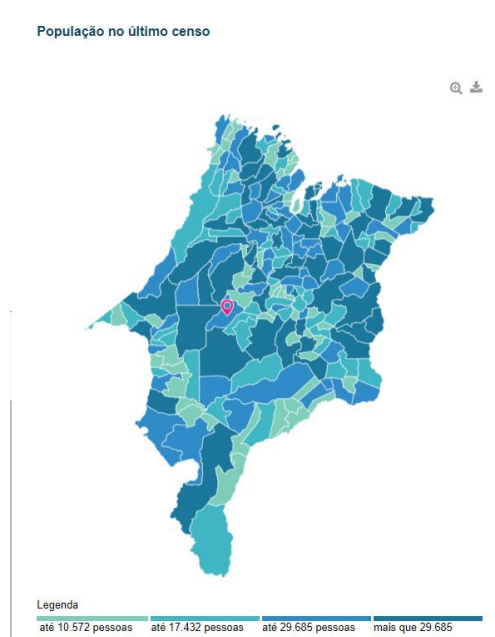
Nesse sentido às IRAS geram grandes desafios e é fundamental que as lacunas existentes no combate a essas infecções sejam preenchidas. É importante a adesão às recomendações de controle de infecções, às medidas de higienizações são pontos essenciais no combate a esses eventos adversos, bem como a ação dos profissionais de enfermagem que atuam na prevenção (Santana, 2023).

4 METODOLOGIA

4.1 Local do estudo

O presente projeto foi desenvolvido no município de Arame, localizado no Estado do Maranhão, na Microrregião do Alto-Mearim e Grajaú, que compõe a Mesorregião Centro Maranhense, distante 476 km de São Luís, capital do Estado do Maranhão. Elevando à categoria de município e distrito com a denominação de Arame, pela lei estadual nº 4.867, de 15 de março de 1988, desmembrado de Santa Luzia e Grajaú. Em divisão territorial datada de 17 de janeiro de 1991, o município é constituído do distrito sede (Brasil, 2016).

Figura 2 - Mapa geográfico de Arame-MA.



Fonte: (IBGE, 2023).

4.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo corte transversal com uma abordagem quantitativa, que visou compreender o nível de conhecimento dos profissionais de saúde do município de Arame - MA a respeito das infecções relacionadas à assistência à saúde. Neste sentido a pesquisa descritiva procura expor os resultados sem grande aprofundamento, ou seja, não fornece explicações sobre os motivos pelos quais os fenômenos ocorrem, mas a situação dos mesmos durante a coleta de dados.

A pesquisa quantitativa refere-se aos achados que são favoráveis e passíveis de mensuração numérica, sendo seus resultados apresentados em gráficos, tabelas e quadros. (Marconi; Lakatos, 2009).

4.3 População e Amostra

A pesquisa foi composta por todos os profissionais da área da saúde que exercem suas funções no município de Arame - MA, vinculados ao serviço público, atuando na unidade hospitalar. Visou-se incluir ainda trabalhadores com graduação voltadas em ciências da saúde vinculados a cargos de gestão e gerência. Como secretários de saúde, diretores de hospitais e Coordenadores Municipais.

A amostra foi coletada por conveniência e a pesquisa foi aplicada a todos os profissionais que se enquadrassem dentro dos critérios de inclusão e exclusão e aceitassem participar do estudo, ao final participaram da pesquisa 15 profissionais entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e biomédicos, contudo, foram considerados para a presente pesquisa apenas 12 dos questionários, em virtude da adequação nos critérios de seleção para amostra.

4.4 Critérios para seleção da amostra

Participaram do estudo todos os profissionais que exercem serviços na unidade hospitalar no município de Arame - MA com certificado de formação fornecido por instituição de ensino validada de nível fundamental, técnico e superior, que aceitassem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que estivessem presentes durante a coleta de dados.

Não sendo considerados todos aqueles profissionais que não exercem cuidados diretos aos pacientes, tais como, porteiros auxiliares de serviços gerais, digitadores, agentes comunitários de saúde ou que estivessem ausentes por férias, licença maternidade ou premia.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados deu-se a partir de uma amostra por conveniência, sendo iniciada apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e realizada durante os meses de agosto a outubro de 2023 de forma presencial na unidade hospitalar do município de Arame - MA.

Inicialmente, o Secretário Municipal de Saúde foi informado a respeito da realização do estudo, onde o mesmo comunicou a direção do hospital. Após a autorização para realização do estudo, foi aplicado o questionário de forma individual a cada profissional em seu respectivo setor a cada troca de plantão.

Em seguida, explicava-se os termos contidos no TCLE e verificava-se o aceite do profissional em participar do estudo, caso este tivesse interesse deveria deslocar-se em uma sala recluso apenas com a presença do pesquisador responsável e em seguida teria entre 20min a 30min para respondê-lo. Não havendo qualquer interferência do pesquisador, a não ser em casos de dúvidas.

O instrumento de coleta de dados trata-se de um documento único utilizado para todos os participantes, dessa forma, não houve distinção de questões independente da formação. O questionário trata apenas de conceitos básicos a respeito das IRAS.

Este é composto por 19 (dezenove) questões abertas e fechadas divididas em duas etapas. A primeira constitui-se de 8 perguntas direcionadas a identificar o perfil dos participantes, com variáveis relacionadas a: sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, formação/área de atuação, e tempo de atuação profissional.

A segunda parte do questionário era referente ao nível de conhecimento dos profissionais, com perguntas relacionadas apenas as características conceituais e também vinculadas a Portaria MS nº 2.616/1998.

Ao término da coleta de dados, o instrumento era numerado apenas com a formação e a sequência de entrevista, como por exemplo: tec. enf. 1, tec. enf. 2; enfermeiro 1, biomédico 1. E lacrados em uma pasta identificada com nome dos pesquisadores, contato e título da pesquisa, sendo abertas somente para tabulação dos resultados e assim foi realizado para preservar o caráter ético da pesquisa.

4.6 Análise de dados

A análise dos resultados deu-se por meio da estatística simples e porcentagem, realizado *no Microsoft® Excel®* 2010, sendo apresentados em tabelas contendo o número de resposta e a porcentagem equivalente. Para assegurar a qualidade dos resultados todos os questionários com rasuras, mais de uma alternativa marcada ou deixados em branco foram desconsiderados.

O processo de tabulação dos dados deu-se de maneira manual, dos quais os dados foram quantificados e em seguida transcritos para o *Microsoft® Excel®* para verificar estatística. Sendo realizado distintamente os dados referentes ao perfil profissional, em seguida as questões sobre nível de conhecimento estatístico e pôr fim a verificação das perguntas abertas por meio do método de redução de dados.

As perguntas abertas foram analisadas e foram contabilizadas para verificação do número de vezes ao qual aparecia e em seguida categorizada em uma única resposta por categoria profissional.

4.7 Aspectos éticos e legais

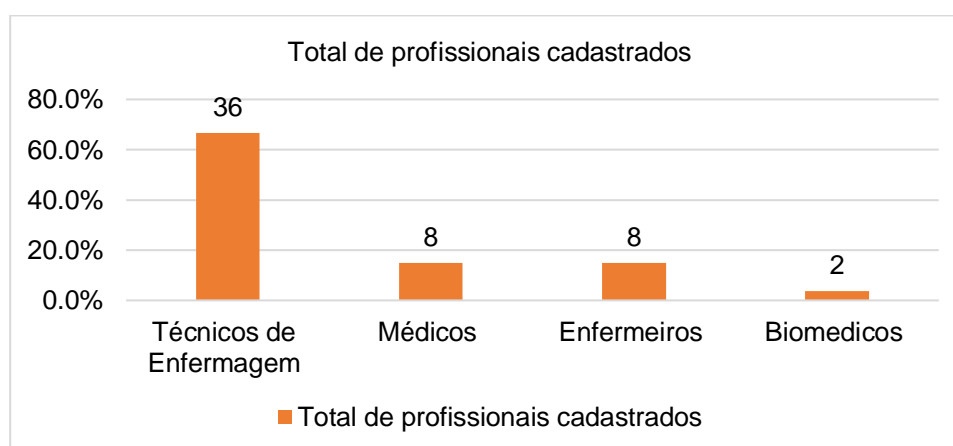
Todos os dados foram mantidos em sigilo, em conformidade com termos preconizados pela Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), que rege as pesquisas com seres humanos no Brasil. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e aprovado por meio do parecer 6.156.577 (ANEXO A).

A pesquisa só foi iniciada após aprovação do CEP, e os questionários aplicados apenas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

A unidade hospitalar de Arame possui 54 (cinquenta e quatro) profissionais cadastrados, 36 (trinta e seis) técnicos de enfermagem, 8 médicos, 8 enfermeiros e 2 biomédicos. Ao total foram entrevistados 15 (quinze) profissionais da saúde, contudo três dos questionários aplicados foram desconsiderados por não apresentar clareza quanto as respostas por demonstrar mais de uma alternativa nas questões de múltiplas escolhas ou deixaram em branco as dissertativas. Sendo assim, foram considerados para a análise dos dados 12 (doze) entrevistados.

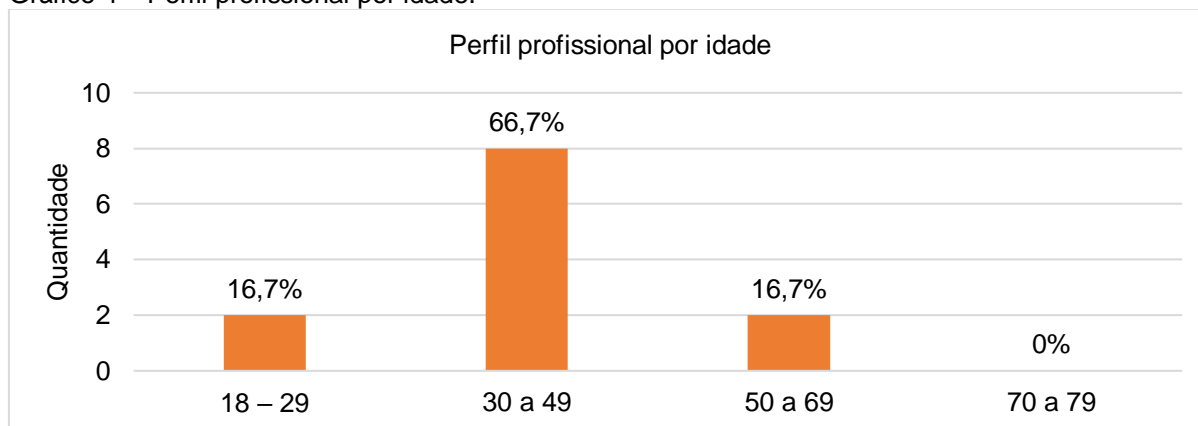
Gráfico 3 - total de profissionais cadastrados.



Fonte: Autores, 2023.

Quanto à idade, cerca de 16,7% (2) dos entrevistados afirmaram ter entre 18 e 29 anos de idade. O mesmo valor foi percebido para as pessoas de 50 a 69 anos. A faixa etária com maior prevalência foram das pessoas de 30 a 49 anos de idade apresentado um total de 66,7% (8).

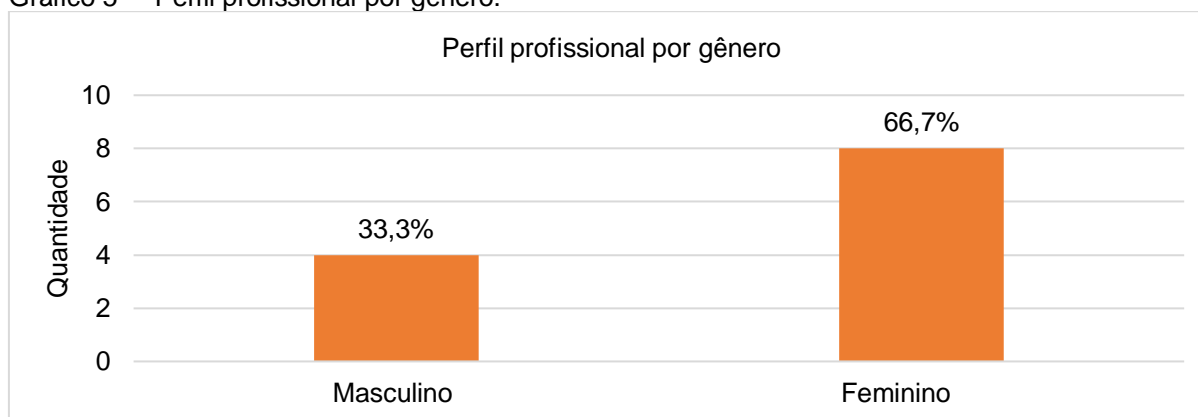
Gráfico 4 – Perfil profissional por idade.



Fonte: Autores, 2023.

Em relação ao gênero, 66,7% (8) são mulheres e 33,3% (4) são homens. Ao que se refere ao estado civil, observou-se que os valores se equiparam entre pessoas casadas e solteiras, apresentando 50% (6) para ambas as alternativas. Deste modo, não foram identificados profissionais viúvos, divorciados, ou em união instável.

Gráfico 5 – Perfil profissional por gênero.



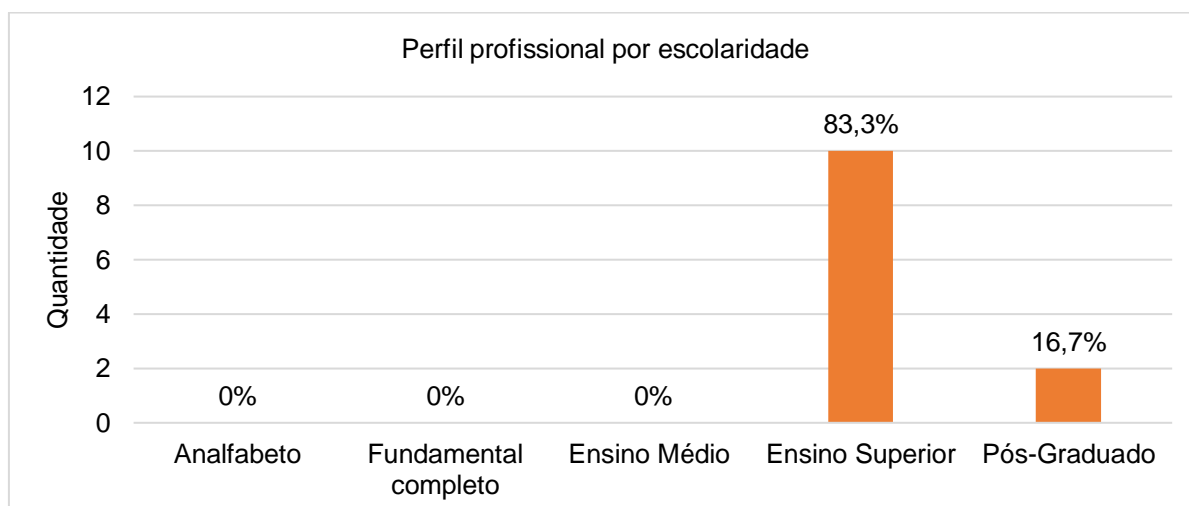
Fonte: Autores, 2023.

Quanto à escolaridade, 83,3% (10) afirmaram ter o ensino superior e apenas 16,7% (2) disseram ter alguma pós-graduação. Um ponto que chama atenção é que ao comparar a escolaridade com a formação profissional, é perceptível que 75% (9) são técnicos de enfermagem, e apenas 8,3% (1) biomédico e 16% (2) são graduados em enfermagem.

Sendo assim, o número de profissionais com nível superior deveria ser menor, dado que a maioria dos participantes tem apenas o nível técnico. Assim levanta hipótese quanto as respostas mencionadas ao questionário. Os técnicos de

enfermagem são profissionais de nível superior que atuam como técnicos ou se houve um equívoco ao responder a pesquisa.

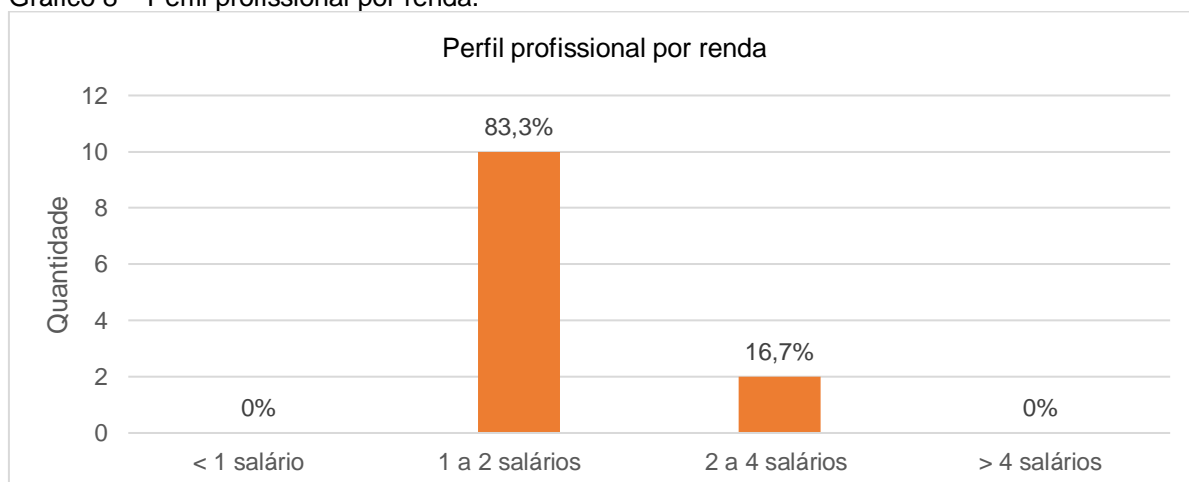
Gráfico 7 – Perfil profissional por escolaridade.



Fonte: Autores, 2023.

Ao que se refere à renda, 83,3% (10) recebem mensalmente entre um e dois salários mínimos e 16,7% (2) recebem de 2 a quatro salários. Em relação ao tempo de atuação profissional, 16,7% (2) estão no cargo a menos de um ano, 25% (3) afirmaram trabalhar de 1 a 2 anos. Esse mesmo valor foi observado para as pessoas que estão entre 5 e 10 anos trabalhando. Por fim, 33,3% (4) estão no cargo que ocupam de 2 a 5 anos.

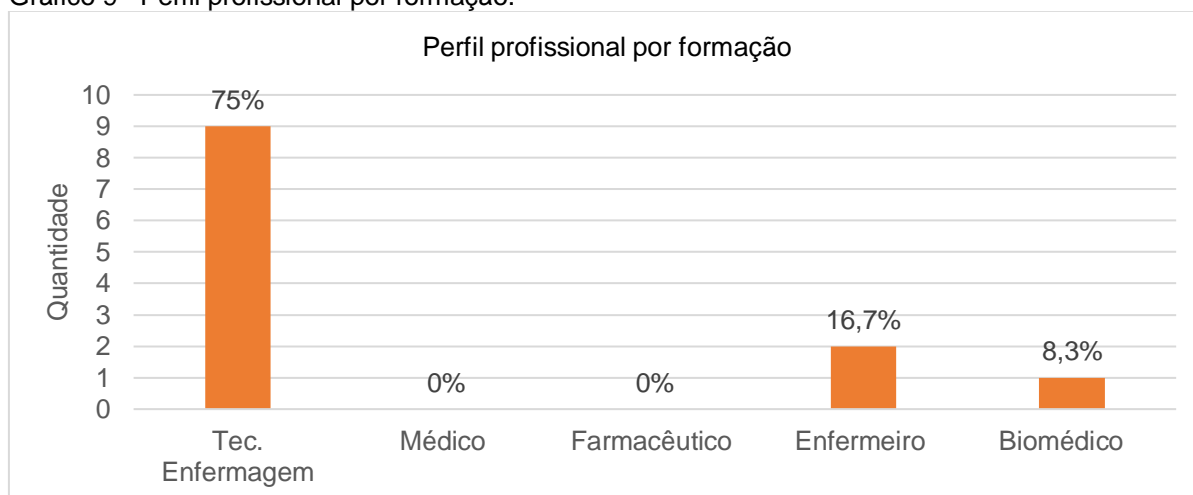
Gráfico 8 – Perfil profissional por renda.



Fonte: Autores, 2023.

Deste modo, existe uma maior prevalência de profissionais do sexo feminino em uma faixa etária de 30 a 49 anos de idade, que majoritariamente atuam como técnicas de enfermagem e recebem mensalmente em torno de um a dois salários mínimos. Não foi observada variações relevantes quanto ao estado civil e tempo de atuação profissional.

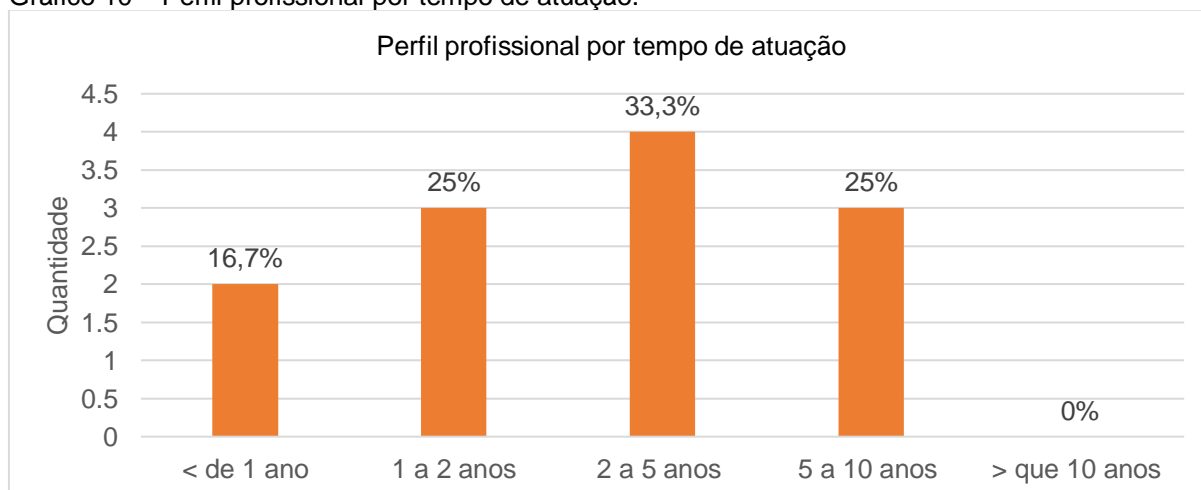
Gráfico 9– Perfil profissional por formação.



Fonte: Autores, 2023.

Partindo dessa perspectiva, é possível observar um baixo índice de conhecimento sobre as ações de controle e prevenção de infecção, isto pode ter relação como o fato de que apenas três dos entrevistados tinha nível superior, onde a temática costuma ser abordada com maior profundidade. Atrelado, há o fato de o município estudado não conter uma comissão para controle de infecção, tal como a realização adequada das notificações.

Gráfico 10 – Perfil profissional por tempo de atuação.



Fonte: Autores, 2023

A tabela 2 demonstra os resultados do questionário em relação às perguntas objetivas, caracterizando-as de acordo com cada alternativa. Quando estes foram questionados sobre o conceito de IRAS, 66,7% (8), responderam a alternativa correta, definindo-as como “infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, que não estavam presentes na admissão hospitalar”. Em contrapartida, 01 (8,3%) pessoa respondeu que IRAS são qualquer tipo de infecção, e 25% afirmaram não saber responder.

Ao que se refere ao caráter conceitual e demais perguntas específicas, notou-se que apenas os profissionais de enfermagem com nível superior responderam adequadamente todas as perguntas, o que realça a importância do enfermeiro nas comissões de controle e prevenção de infecção, assim como o gerenciamento das ações.

É válido ressaltar que grande maioria dos técnicos de enfermagem tem pouco conhecimento sobre o assunto, o que se torna problemático, pois a equipe técnica tem contato direto com o paciente com um número maior de tempo, estando mais disposto a desenvolver e discriminar infecções.

Ao serem questionados sobre qual seria a medida primária a ser tomada para prevenção e controle de infecção a uma maior predominância em relação a higienização das mãos, 75,0% (9), 8,3% (1) afirmaram que a principal estratégia de prevenção está no preparo do centro cirúrgico e 16,7% (2) disseram que a estratégia a ser escolhida é o uso de máscara N95.

Tabela 2 – Questões de múltipla escolha e a prevalência de resposta para cada alternativa.

ANÁLISE DO CONHECIMENTO	Nº	%
1- O que são IRAS?		
São definidas como infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, que não estavam presentes na admissão hospitalar.	8	66,7%
Uma infecção causada por microrganismos, principalmente bactérias e fungos.	0	0,0%
Qualquer tipo de infecção causada por qualquer microrganismo.	1	8,3%
Não sei responder.	3	25,0%
2- A medida primária considerada como um dos pilares de prevenção e controle de infecções dentro dos serviços de saúde, incluindo aqueles decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes.		
O preparo prévio dos sítios cirúrgicos	1	8,3%
O uso de antibióticos de amplo espectro	0	0,0%
A ampla imunização	0	0,0%
A higienização das mãos	9	75,0%
O uso de máscaras PFF/N95	2	16,7%

3- Conforme a Portaria Nº. 2.616/1998, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá ser composta:

Por profissionais da área da saúde, de nível médio, eleitos por sufrágio universal	1	8,3%
Por profissionais da área jurídica ou administrativa	0	0,0%
Pelos membros do poder legislativo do estado responsáveis pela agenda da saúde nacional ou estadual	0	0,0%
Por profissionais da área da saúde, de nível superior, formalmente designado.	6	50,0%
Não sei responder	5	41,7%

4- Entre as medidas preventivas de infecções associadas à assistência à saúde (IRAS), incluem-se a higienização das mãos, a utilização correta de precauções e de isolamentos, a limpeza e a desinfecção de ambientes e superfícies e o uso de técnicas seguras de inserção e manutenção de dispositivos invasivos.

Certo	11	91,7%
Errado	0	0,0%
Não sei responder	1	8,3%

5- Conforme a Portaria Nº. 2.616/1998, isoladamente, a ação mais importante para prevenção e controle das infecções hospitalares é:

O uso de máscaras cirúrgicas em ambiente hospitalar	0	0,0%
O descarte correto de materiais cortantes	0	0,0%
O uso de luvas	1	8,3%
A lavagem das mãos	10	83,3%
A limpeza do piso	1	8,3%

6- A pneumonia associada a Ventilação Mecânica (PAV) pode aumentar conforme a duração em que o paciente está em ventilação mecânica. Várias medidas são implementadas nos serviços de saúde, sendo elas medidas gerais para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e específicas para a prevenção de pneumonia. Quais são as medidas específicas para a prevenção de Pneumonia?

Realizar treinamento em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	1	8,3%
Realizar visitas multidisciplinares com a participação dos profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	1	8,3%
Implementar e manter estratégias para melhor adesão da prática de higiene das mãos	0	0,0%
Manter pacientes com o decúbito de 30 a 45 graus.	10	83,3%

7- Você sabe o que é CCIH e qual a sua importância para a saúde? Acha necessária a implantação de uma CCIH no hospital de Arame?

Sim	4	33,3%
Não	2	16,7%
Não sei responder	6	50,0%

Ao serem questionados sobre a Portaria nº. 2.616/1998, que estabelece sobre a obrigatoriedade do Programa de Prevenção e Controle de Infecção no Âmbito Hospitalar, nota-se pouca variação estatística entre os resultados, de modo que 50% (6), afirmaram que a comissão deve ser composta por profissionais de saúde de nível superior e 41,7% disseram não saber responder, 8,3% (1) afirmaram que a comissão poderia ser composta por qualquer profissional da saúde, sendo ele de nível médio, técnico ou leigo.

Portanto, é válido salientar que o município de Arame não dispõe de quaisquer estratégias para prevenção e controle de infecção, tal como formação continuada voltada ao assunto, o que pode ter relação direta com o baixo nível de conhecimento a respeito das normas regulamentadoras.

Quando questionados sobre quais seriam as medidas preventivas de infecções e se estas eram compostas pela higienização das mãos, utilização correta das medidas de precauções e isolamento, a limpeza e desinfecção das superfícies e o uso correto dos dispositivos invasivos, 91,7% (11) disseram que a informação estava correta e 8,3% afirmaram não saberem responder.

Ainda sobre a Portaria nº 2.616/1998, questionou-se a respeito da principal medida de prevenção e controle no âmbito hospitalar, e foram obtidos os seguintes resultados: 83,3% (10) disseram que a principal estratégia se trata da higienização das mãos, apenas 8,3% (1), disseram que se trata do uso de luvas, e o mesmo valor foi observado para a limpeza do piso.

A penúltima questão tratava-se de uma conduta específica que deve ser tomada para evitar casos de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica. Neste cenário, 8,3% (1) responderam que a principal medida preventiva seria a realização de treinamento com a CCIH, o mesmo valor foi observado para a realização de visitas multidisciplinares, e 83,3% (10) disseram que o paciente deve ser mantido em decúbito de 30° a 45° graus.

Quando questionados sobre o que é CCIH e sua importância no âmbito da saúde e se deveria ser implementado no hospital de Arame, 50,0% (6) disseram que não saberiam responder, 16,7% responderam que não há necessidade de implementação do programa e apenas 33,3% (4) entendem sua relevância e afirmam que deve ser esclarecido no município.

É importante salientar que ainda na Portaria nº 2.616/1998 já estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Controle de Infecção na Atenção Hospitalar, podendo

assim serem realizados novos estudo, visando identificar os motivos pelos quais o hospital do município estudado não se encontra em conformidade com a portaria, e que considerando que não há uma comissão deve-se buscar entender quais são as outras estratégias propostas por profissionais e gestores municipais para sanar tal problemática.

6 DISCUSSÃO

Dentre o perfil dos profissionais que foram entrevistados, majoritariamente eram do sexo feminino, de 30 a 49 anos de idade, recebiam entre 1 e 2 salários mínimos e atuavam como técnicos de enfermagem. Estes dados estão em consonância com os demais estudos de Machado et al. (2016), que buscou identificar o perfil dos profissionais de enfermagem em todo o território nacional.

Os profissionais de enfermagem compõem majoritariamente todo quase todo o corpo de trabalho executado pelas instituições de saúde, isto evidencia os motivos pelos quais, 91,7% de todos os participantes eram membros da equipe de enfermagem. Além disso, há o fato da recusa de trabalhadores de outras áreas em participar do estudo.

O trabalho desenvolvido por Machado et al. (2016) buscou caracterizar o perfil da equipe de enfermagem em todo o território nacional, concluindo que cerca de 77% de toda a equipe é composta por técnicos de enfermagem, contudo ressalta que o número de profissionais com ensino superior tem crescido nos últimos anos.

Assim, o trabalho demonstra ainda que 85,1% de todos os profissionais de enfermagem do Brasil são do sexo feminino. Essa é uma característica inerente e estabelece uma visão cultural do cuidado, que está muito atrelado ao trabalho feminino. Também tem relação direta com o início da profissão e as primeiras escolas de enfermagem que eram direcionadas apenas as mulheres.

Uma pesquisa realizada em um município nas proximidades do local estudado evidenciou que 77,7% das participantes também eram do sexo feminino, demonstrando assim, que esta é uma característica presente não apenas no local estudado (Machado et al., 2016).

Em relação a idade o presente estudo demonstrou que 66,7% estão em uma faixa etária de 30 a 49 anos de idade. Esta faixa etária também foi demonstrada em outros trabalhos, como os de Machado et al. (2016), Silva (2023) e um trabalho realizado no Estado do Maranhão contribui afirmando que ao total 48,4% dos profissionais tem a idade semelhante como a demonstrada neste estudo (Silva et al., 2020).

O mesmo pode ser observado quanto a renda, Oliveira et al. (2018) observou que no Estado do Maranhão boa parte dos profissionais de saúde recebem

menos que dois salários mínimos, resultados semelhantes foram encontrados no presente estudo.

Porém, é necessário considerar que recentemente houve a aprovação do piso salarial de enfermagem em 2023, o que deve contribuir para alterações no balanço geral da renda dos profissionais de saúde, e além disso apesar dos dados atuais demonstrarem uma faixa menor que dois salários mínimos, o que pode não corresponder ao que de fato passou a ocorrer após a aprovação do piso. Neste sentido é necessário a realização de novos trabalhos que visem contribuir com a identificação do perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde e em especial da equipe de enfermagem.

Quanto à escolaridade, algumas incógnitas surgem ao analisar os resultados. Como já mencionado anteriormente, grande parte dos participantes do estudo são compostos por profissionais de nível técnico. Contudo, ao realizarem o preenchimento dos dados sociodemográficos, estes afirmam ter nível superior, podendo ter relação com o preenchimento inadequado do perfil sociodemográfico ou que tem uma segunda formação não informada durante a coleta de dados.

Em relação a outros aspectos relacionados ao perfil profissional não se identificou grande variação, porém sabe-se que o tempo de atuação pode contribuir na adesão dos trabalhadores da área da saúde aos métodos de prevenção e controle de infecção.

De modo geral, muitos trabalhos já trazem a problemática relacionada a adesão dos profissionais às medidas preventivas, onde ações simples como lavagem das mãos tem uma adesão que pode não chegar a 50% dos profissionais contribuindo diretamente com o elevado número de mortes em território nacional que chega de 15% a 50% de todos os pacientes que adquirem IRAS (Dourado, 2017).

Dados divulgados pelo MS em 2021, corroboram com as informações de Dourado (2017), cujo afirma que anualmente 45mil brasileiros morrem pro infecções relacionadas a assistência à saúde. Já dados fornecidos pela OMS, dizem que este número pode chegar em até 100mil pacientes.

Atrelado ao fato de que quanto maior o tempo de atuação os profissionais mais tendem a sentir-se seguros no ambiente de trabalho, esquecendo-se assim das ações de prevenção e controle de infecção. Sendo assim, as próprias técnicas são atualizadas constantemente o que pode dificultar a atualização destes profissionais e principalmente pela falta de capacitação muito evidente na presente pesquisa.

Na presente pesquisa os profissionais demonstraram baixo conhecimento a respeito das ações de prevenção e controle de infecção no âmbito hospitalar. Os enfermeiros demonstraram ter maior domínio sobre as técnicas em relação ao restante da equipe.

Nesse sentido, este conhecimento deve ser repassado ao restante da equipe de técnicos, o que não foi observado culminando em resultados alarmantes. Outro fator relevante a ser considerado é a não existência de uma CCIH no hospital municipal, o que gera inúmeros transtornos e não possibilita caracterizar o perfil das IRAS e principais microrganismo e métodos diagnósticos.

Desse modo, não existem dados quanto a notificação de casos de IRAS no município, apenas dois profissionais afirmaram ter presenciado alguma infecção durante o tempo de trabalho no município. Contudo, pode haver erros quanto ao diagnóstico, visto que, parte dos profissionais não souberam diferenciar a infecção hospitalar e a infecção comunitária, tal como suas características.

Contudo, somam-se as problemáticas na área estudada, devendo-se viabilizar meios para a formação continuada da equipe de saúde e a realização de novos estudos afim de entender o real cenário vivenciado por profissionais, gestores e pacientes.

O treinamento profissional é um dos principais meios para fornecer as competências necessárias aos trabalhadores, tornando-os mais produtivos, criativos e inovadores. Um estudo realizado em Genebra percebeu que após uma capacitação foi possível reduzir a taxa de IRAS em 76% (Silva; Oliveira, 2018).

A prática de higiene das mãos foi a principal medida de prevenção citada pelos profissionais, contudo há uma baixa adesão com causas multifatoriais, como o estresse excessivo, alta carga de trabalho, problemas relacionados ao ambiente de trabalho. Abrange também a má gestão dos recursos de saúde levando a falta de insumos para a efetivação até das atividades mais simples (Mel et al., 2019).

Os autores seguem classificando as principais causas para a baixa adesão e sendo denominadas: esquecimento, distância da pia, falta de tempo, irritação da pele, falta de materiais. Devendo assim serem realizadas inúmeras estratégias multimodais, que poderão modificar a cultura dos profissionais levando-os a estar mais sensíveis e comprometidos com o controle e prevenção das IRAS (Portela et al., 2020).

7 CONCLUSÃO

Observa-se que os profissionais de saúde têm conhecimento sobre as técnicas de higienização, porém é perceptível que ainda há uma grande necessidade de se estudar as vertentes que envolvem as infecções relacionadas à assistência à saúde, visto que os profissionais pouco conhecem sobre a relevância da prevenção de IRAS, por esse motivo, este estudo não possibilitou avaliar sua aplicação séria na prática.

Nota-se que apesar da higienização ser um procedimento simples, vimos que ainda existem muitas dúvidas em relação ao tema abordado, por isso é extremamente importante que seja sempre discutido seus riscos e benefícios causados pela teoria e prática quando defasada.

Foi observado um baixo nível de conhecimento dos profissionais, por não reconhecer características básicas conceituais a respeito das IRAS, e a diferenciação entre o que seria uma infecção hospitalar e uma infecção comunitária. Atrelado a isso, há ausência de formação permanente dos profissionais que realçam ainda mais as deficiências quanto as competências para o controle e prevenção das IRAS.

O hospital do município estudado não conta com uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, permitindo assim que as notificações não ocorram de maneira adequada, impossibilitando caracterizar as IRAS do Município. Diante desse cenário, é importante a realização de novos estudos, relacionados a identificação, protocolos utilizados, realização de tratamento e manejo destas infecções.

Pensa-se ainda como contribuição para a prevenção das IRAS, que haja treinamentos regulares de acordo com as demandas encontradas, o que realça a importância da formação permanente continuada dos profissionais, a institucionalização da CCIH, tal como, um Núcleo de Educação Permanente e adesão aos protocolos promulgados pela ANVISA ao longo dos anos. Dessa forma, com o intuito de sanar as deficiências do local estudado.

Além disso, se deve realizar o incentivo a novos estudos na localidade, afim de investigar a real prevalência das infecções no município do estudo, tal como, a efetividade das ações de controle e prevenção das IRAS. Assim como, estratégias de controle e prevenção de infecção, como abandono dos adornos durante horários de serviço, placas com orientações para pacientes e trabalhadores sobre os paços de higienização das mãos e antissépticos para higiene em locais estratégicos.

REFERÊNCIAS

ALFLEN, Acknathonn. **Infecções relacionadas à assistência à saúde e fatores associados a mortalidade na unidade de terapia intensiva**. 17 f. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem). Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14762/1/TCC%20ACKNATHONN%20ALFLEN.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

BARRETO, Regiane Aparecida dos Santos Soares; ALVES, Sergiane Bisinoto. **Cirurgia Segura e Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico**. In: PEDROSO, Charlise Fortunato et al. Infecção relacionada à assistência à saúde: subsídios para assistência segura. Ponta Grossa-PR: Atena, 2021. p. 56-65.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. 2ª edição. Corrigida em 03/03/2017. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2019/06/Crit%C3%A9rios-Diagnosticos-IRAS-vers%C3%A3o-2017.pdf> Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa; 2019. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+-+Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/7485b45a-074f-4b34-8868-61f1e5724501>. Acesso em: 8 mar. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Diretriz+Nacional+para+Elabora%C3%A7%C3%A3o+de+Programa+de+Gerenciamento+do+Uso+de+Antimicrobianos+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/667979c2-7edc-411b-a7e049a6448880d4?version=1.0> Acesso em: 16 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES. Brasília, 2024b. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Diretriz+Nacional+para+Elabora%C3%A7%C3%A3o+de+Programa+de+Gerenciamento+do+Uso+de+Antimicrobianos+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/667979c2-7edc-411b-a7e049a6448880d4?version=1.0> Acesso em: 01 mar. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. 2013a. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_%20maos/index.htm. Acesso em: 17 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Infecções relacionadas a serviços de saúde**: Orientação para público em geral. Conhecendo um pouco mais sobre infecção, 2018. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/icip-infecoes-relacionadas-servicos-conhecendo-infeccao.pdf> Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017b. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=pCiWUy84%2BR0%3D> Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Módulo 3: Principais Síndromes Infecciosas. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2013b. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-02/modulo-3---principais-sindromes-infecciosas.pdf Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Brasília, 05 de março de 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf Acesso em: 16 set. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2021) [Maranhão]**. Brasília: ANVISA, 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prev.encao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/copy_of_infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude/maranhao/view. Acesso em: 01 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510/2016**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2023.

BRASIL. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 07/2021 Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)**: notificação nacional obrigatória para o ano de 2022. Brasília: ANVISA, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2021/nota->

tecnica-gvims-ggtes-no-07-2021-criterios-diagnosticos-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude-iras-notificacao-nacional-obrigatoria-para-o-ano-de-2022. Acesso em: 5 mar. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010. Cidades: Arame**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/aram.html?> Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9431.htm. Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente. **Cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 5 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Brasília-DF: ANVISA, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. 2010a. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20requisitos%20m%C3%ADnimos,o%20inciso%20IV%20do%20Art. Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. **Resolução-RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010**. 2010b. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html. Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/governanca/gestao-estrategica/comissoes/ccih-comissao-de-controle-de-infeccao-hospitalar>. Acesso em: 25 jan. 2024.

SOUZA, Rayanne Moraes et al. Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. **Revista SOBEC**, v. 21, n. 4, p. 192-197, 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/831532/sobec-v21n4_pt_192-197.pdf. Acesso em: 5 mar. 2023.

DINIZ, A. L. N.; BRAZ, N. J. **Importância de uma ação educativa diferenciada para prevenção de infecções.** Trabalho de conclusão de curso apresentada à Faculdade Método de São Paulo para a obtenção de título de especialista MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.ccih.med.br/wp-content/uploads/2015/04/Ana-Lucia-Nelma.pdf> Acesso em: 15 set. 2022.

DOURADO, Cynthia Angélica Ramos de Oliveira et al. Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática de higiene das mãos pelos profissionais da enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 3, p. 1136-45, 2017.

FARIAS, Maria Eduarda Leão; SILVA, Jefferson Gonçalves; JESUS, Isac Silva. Adesão à higiene das mãos antes e após intervenções educativas do dia mundial para higienização das mãos em um hospital universitário. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 16, p. e1354-e1354, 2019.

FERREIRA, Larissa de Lima et al. Cuidado de enfermagem nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: Scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 476-483, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ss448xpvyyh4jL8hZjNrvxn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

FERREIRA, L.L, et al. Nursing Care in Healthcare-Associated Infections: A Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. v. 72, n. 2, p. 476-483. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>.

FIOCRUZ. **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.** 2023 <https://ini.fiocruz.br/ccih#:~:text=A%20CCIH%20%C3%A9%20composta%20por,seus%20membros%20indicado%20pela%20Dire%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 25 jan. 2024.

HAQUE, Mainul et al. Health care-associated infections - an overview. **Infection and drug resistance**, v. 11, p. 2321–2333, 15 nov. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30532565>. Acesso em: 01 mar. 2023.

HESPANHOL, L. A. B.; ET AL. **Infecção relacionada à Assistência à Saúde em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.** *Revista Enfermería Global* N° 53 Enero, 2019. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/pt_1695-6141-eg-18-53-215.pdf. Acesso em: 17 set. 2022.

LOPES, Laura Ariele Pereira et al. Profissionais de saúde frente às infecções relacionadas à assistência: enfatizando a atuação da enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 5, p. e7012541461-e7012541461, 2023.

HORR, Lidvina et al. Comissão de controle de infecção hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 31, n. 2, p. 182–192, 1978.

PICOLI; ITRIA; Alexander; Renato Mantelli. **Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e os Impactos Econômicos na Saúde.** In: PEDROSO,

Charlise Fortunato et al. Infecção relacionada à assistência à saúde: subsídios para assistência segura. Ponta Grossa-PR: Atena, 2021. p. 224-232.

MACHADO, Maria Helena et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 9-14, 2016.

Maranhão – Arame. 2016. Disponível em:

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2009.

MELO, Mariane Menezes et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: conhecimento dos profissionais de saúde acerca da prevenção e medidas educativas. *Rev Fund Care Online*, v. 11, n. 2, p. 377-382, 2019.

MOTA, Écila Campos et al. Higienização das mãos: adesão da equipe multidisciplinar de saúde de um hospital ao norte do Estado de Minas Gerais.

Enfermagem Brasil, v. 11, n. 6, p. 334-339, 2012. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3826/5827>. Acesso em: 17 set. 2022.

NOGUEIRA, L.S; et al. Carga de trabalho de enfermagem: preditor de infecção relacionada à assistência à saúde na terapia intensiva? *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*. v. 49, n. spe, pp. 36-42. 2015.

OLIVEIRA, Luana Pontes et al. Fatores associados ao manejo adequado de resíduos de serviços de saúde entre profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018.

OLIVEIRA, Jéssica Nascimento. Plano estratégico do Sistema Estadual da Segurança Pública (PLANESP) 2016 à 2025: uma análise do uso da ferramenta Balanced Score Card (BSC) na sua elaboração. *Revista Formadores*, v. 12, n. 8, p. 77-77, 2019.

PADOVEZE, M.C.; FORTALEZA, C.M.C.B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Rev Saúde Pública*. v.48, n.6. p. 995-1001. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>.

PORTELA, Davi Aguiar et al. A importância da higienização das mãos nas unidades de terapia intensiva: os perigos das infecções relacionadas à assistência à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 9, p. e3854-e3854, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide: A systematic review of the literature**. 2011. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 17 set. 2022.

PRIMO, Mariusa Gomes Borges et al. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem, v. 12, n. 2, p. 266-71, abr/jun, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7656/6907>. Acesso em: 18 set. 2022.

RODRIGUES, Cianna Nunes; PEREIRA, Dagolberto Calazans Araújo. Infecções relacionadas à assistência à saúde ocorridas em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 8, n. 1, p. 41-51, 2016. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RIB/article/view/28/0> Acesso em: 18 set. 2022.

RODRIGUES, Gerlan Silva et al. A atribuição do ambiente hospitalar no predomínio e circulação dos microrganismos The attribution of the hospital environment in the prevalence and circulation of microorganisms. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 4, p. 12394-12409, 2022.

SANTANA, R. S. et al. Atribuição do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar: Revisão integrativa. *Rev. Pre. Infec e Saúde*, v.1, n.2, p.67-75. 2023. Disponível em:< <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/4338>>.

SILVA et al. **Controle das IRAS e a importância da interdisciplinaridade para alcançar melhores desfechos**. In: PEDROSO, Charlise Fortunato et al. Infecção relacionada à assistência à saúde: subsídios para assistência segura. Ponta Grossa-PR: Atena, 2021. p. 224-232.

SILVA, Alanna Gomes da; OLIVEIRA, Adriana Cristina de. Conhecimento autorreferido das equipes médica e de enfermagem quanto às medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, p. e3480017, 2018.

SILVA, Dheyemi Wilma Ramos et al. Conhecimento teórico da enfermagem sobre parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, p. e2890-e2890, 2020.

SILVA, Nilton Orlando da. **Controle de infecção hospitalar em unidade de tratamento clínico**. 31 f. Monografia. Especialização em Educação a Distância. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/51140/R%20-%20E%20-%20NILTON%20ORLANDO%20DA%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 18 set. 2022.

SILVA, Rafael Henrique; GATTI, Marcia Aparecida Nuevo. Segurança do paciente e cirurgia segura: uma revisão integrativa. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 32, n. 2, p. 121-130, 2023. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/index.php/vittalle/article/download/9697/7890>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SILVA, Rafael Henrique; GATTI, Marcia Aparecida Nuevo. Segurança do paciente e cirurgia segura: uma revisão integrativa. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 32, n. 2, p. 121-130, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.furg.br/index.php/vittalle/article/download/9697/7890>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SOUZA, N.P.G.; ALMEIDA, P.C.; CARVALHO R. E. F. L.; PEREIRA M. L. D. Validation of educational technology for the prevention and control of contact-borne infections. *Rev Rene*. v.22. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212259984>.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. Diretoria de Produção Científica - PRPq. **O que é infraestrutura de pesquisa?** [internet]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/prpq/i2pq/duvidas/faq/4-o-que-e-infraestrutura/>. Acesso em: 25 mar. 2023.

WHO. World Health Organization. **Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide: a systematic review of the literature**. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=DA4B3A562EDF860AABC8C9EB76F9B541?sequence=1. Acesso em: 04 mar. 2023.

WU, Pin-Pin et al. Decreasing catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit: interventions in a medical center in central Taiwan. **Journal of Microbiology, Immunology and Infection**, v. 45, n. 5, p. 370-376, 2012.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERFIL SOCIOECONÔMICO	
Idade	<input checked="" type="checkbox"/> 18 – 29 anos <input type="checkbox"/> 30 a 49 <input type="checkbox"/> 50 a 69 <input type="checkbox"/> 70 a 79 <input type="checkbox"/> > 80
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro
Estado civil	<input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União Estável
Grau de escolaridade	<input checked="" type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> E. Fund. <input checked="" type="checkbox"/> E. Médio <input type="checkbox"/> E. Superior <input type="checkbox"/> Pós Graduação
Renda familiar	<input checked="" type="checkbox"/> < 1 salário <input type="checkbox"/> 1 a 2 salários <input type="checkbox"/> 2 a 4 salários <input type="checkbox"/> > 4 salários
Formação (Área de atuação)	<input checked="" type="checkbox"/> Secretário de saúde <input type="checkbox"/> Diretor (a) do Hospital <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Biomédico <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem
Tempo de atuação na área de saúde	<input checked="" type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> de 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> de 2 a 5 anos <input type="checkbox"/> de 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> acima de 10 anos
GRAU DE CONHECIMENTO	
1.	<p>O que são IRAS?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> são definidas como infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, que não estavam presentes na admissão hospitalar.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Uma infecção causada por microrganismos, principalmente bactérias e fungos.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> qualquer tipo de infecção causada por qualquer microrganismo.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> não sei responder.</p>
2.	<p>A medida primária considerada como um dos pilares de prevenção e controle de infecções dentro dos serviços de saúde, incluindo aquele decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> o preparo prévio dos sítios cirúrgicos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> o uso de antibióticos de amplo espectro</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> a ampla imunização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> a higienização das mãos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> o uso de máscaras PFF/N95</p>
3.	<p>Conforme a Portaria Nº. 2.616/1998, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá ser composta:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> por profissionais da área da saúde, de nível médio, eleitos por sufrágio universal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> por profissionais da área jurídica ou administrativa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> pelos membros do poder legislativo do estado responsáveis pela agenda da saúde nacional ou estadual</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> por profissionais da área da saúde, de nível superior, formalmente designado.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> não sei responder</p>

Avaliação das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde no Município de Arame – MA.

4.	<p>Entre as medidas preventivas de infecções associadas à assistência à saúde (IRAS), incluem-se a higienização das mãos, a utilização correta de precauções e de isolamentos, a limpeza e a desinfecção de ambientes e superfícies e o uso de técnicas seguras de inserção e manutenção de dispositivos invasivos.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Certo</p> <p><input type="checkbox"/> Errado</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei responder</p>
5.	<p>Conforme a Portaria Nº. 2.616/1998, isoladamente, a ação mais importante para prevenção e controle das infecções hospitalares é:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> o uso de máscaras cirúrgicas em ambiente hospitalar</p> <p><input type="checkbox"/> o descarte correto de materiais cortantes</p> <p><input type="checkbox"/> o uso de luvas</p> <p><input type="checkbox"/> a lavagem das mãos</p> <p><input type="checkbox"/> a limpeza do piso</p>
6.	<p>A pneumonia associada a Ventilação Mecânica (PAV) pode aumentar conforme a duração em que o paciente está em ventilação mecânica. <u>Várias</u> medidas são implementadas nos serviços de saúde, sendo elas medidas gerais para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e específicas para a prevenção de pneumonia. Quais são as medidas específicas para a prevenção de Pneumonia?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> realizar treinamento em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> realizar visitas multidisciplinares com a participação dos profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)</p> <p><input type="checkbox"/> implementar e manter estratégias para melhor adesão da prática de higiene das mãos</p> <p><input type="checkbox"/> manter pacientes com o decúbito de 30 a 45 graus.</p>
7.	<p>Você enquanto profissional já presenciou algum tipo de IRAS durante o tempo em que trabalha?</p>
8.	<p>Você sabe o que é CCIH e qual a sua importância para a saúde? Acha necessária a implantação de uma CCIH no hospital de Arame?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> sim () não () não sei responder</p>
9.	<p>Na sua opinião qual o método mais eficaz para se evitar a contaminação cruzada entre pacientes?</p>
10.	<p>Quais as medidas de prevenção e tratamento são utilizadas na unidade de saúde?</p>
11.	<p>Qual tempo mínimo para considerar que é infecção hospitalar?</p>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE GRAJAÚ
CURSO DE ENFERMAGEM
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do projeto: INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: qual o nível de informação em Arame, Maranhão?

Pesquisador Responsável:

Pesquisador Colaborador: Karolyne Basil Rodrigues

Solicitamos perante este Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos a DISPENSA DA UTILIZAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

O nosso projeto se propõe a coletar os dados por meio de fichas de notificação e dados obtidos através do site Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), e, neste sentido, a obtenção do TCLE dos participantes torna-se inviável, não sendo possível o envolvimento direto dos pesquisadores com o sujeito da pesquisa.

Nestes termos, nos comprometemos a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução 466/2012 - CNS/MS, referentes às informações obtidas com projeto e declaramos:

Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética; O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;

Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante bem como a sua não estigmatização.

Assegurar a não utilização as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico e financeiro;

O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;

Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado; os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

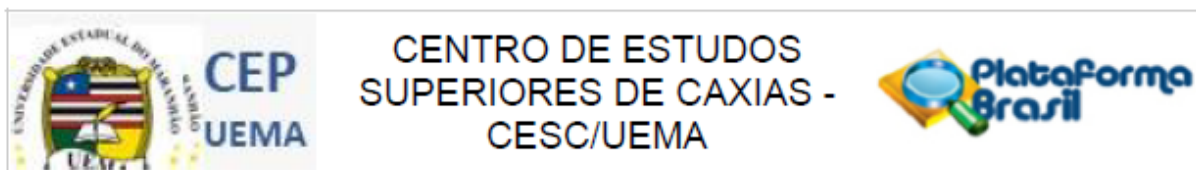
Sendo assim, diante das justificativas expostas e devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os participantes, assinamos este termo para salvaguardar seus direitos.

Grajaú - MA, 30 de março de 2023.

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Nome e assinatura do pesquisador colaborador

Nome e assinatura do pesquisador colaborado

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIAL**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM ARAME- MA.

Pesquisador: EBENÉZER DE MELLO CRUZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70427123.9.0000.5554

Instituição Proponente: Centro de Estudos Superiores de Grajaú

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.156.577

Apresentação do Projeto:

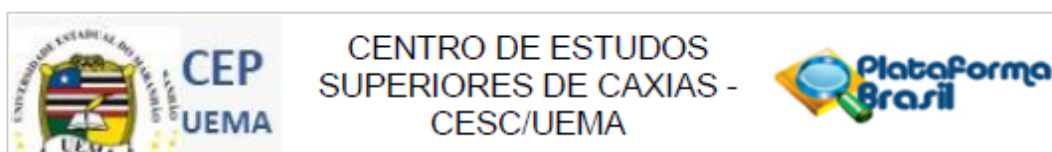
O projeto de pesquisa cujo título AVALIAÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM ARAME- MA., nº de CAAE 70427123.9.0000.5554 e Pesquisador(a) responsável EBENÉZER DE MELLO CRUZ. Trata-se de um estudo descritivo transversal e quantitativo, com utilização de dados secundários no período de janeiro de 2019 a dezembro 2023, referentes aos indicadores epidemiológicos das IRAS, condensados nos órgãos municipais e estaduais de saúde. Será realizado também uma pesquisa bibliográfica e levantamento de dados epidemiológicos, para compor o referencial teórico.

O cenário da realização desse estudo será o município de Arame, localizado no Estado do Maranhão, na Microrregião do Alto-Mearim e Grajaú.

A amostra será constituída por todas as notificações de IRAS realizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos órgãos de saúde, em todos os níveis de cuidados de saúde ou população.

Os critérios de inclusão da pesquisa são as referências bibliográficas, como artigos científicos, sites considerados confiáveis, monografias publicadas, teses, dissertações e outras bibliografias pertinentes ao tema, como relação direta sobre a "AVALIAÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE", dos anos 2010 até o ano de 2022, em língua portuguesa.

Foram descartados do estudo os materiais encontrados nas plataformas de busca que se encontravam em língua estrangeira, bem como aqueles com ano de publicação anterior ao ano



Continuação do Parecer: 6.156.577

2010 e aqueles que não tinham relação direta com o tema.

Os dados bibliográficos serão analisados, mediante indicadores de coleta de dados designados por tipo de publicação, ano de publicação, país de origem, população, método do estudo. Por conseguinte, os resultados serão digitados em planilhas eletrônicas disponíveis no programa Microsoft Excel 2016® e analisados por estatística descritiva.

Outrossim, o projeto se propõe a coletar os dados por meio de fichas de notificação e dados obtidos através do site Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), e, neste sentido, a obtenção do TCLE dos participantes torna-se inviável, não sendo possível o envolvimento direto dos pesquisadores com o participante da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Avaliar a ocorrência das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS) no município de Arame, Maranhão.

Objetivos específicos

- Caracterizar a informação sobre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), a fim de melhorar a gestão do risco, como um componente essencial para a democratização e para o aprimoramento da gestão em serviços de saúde;
- Discutir sobre os processos de identificação, prevenção e controle das IRAS, que representam fundamentos para a intervenção sobre o risco em serviços de saúde, antes que o dano alcance os pacientes;
- Definir os critérios de diagnósticos de infecção para a vigilância epidemiológica das IRAS nos serviços de saúde do município de Arame;
- Caracterizar as principais IRAS que acomete o ambiente hospitalar no município de Arame.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, por esta se tratar de um estudo com dados secundários, a presente pesquisa estará sujeita a: estigmatização – divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação; divulgação de dados confidenciais, e risco quanto a segurança e interpretação dos dados coletados.

Com isso, será assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção e não estigmatização dos dados, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Quanto aos benefícios, estão entre eles: gerar conhecimento e oferecer fontes de informação

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 746 ramal 6382

Bairro: Centro

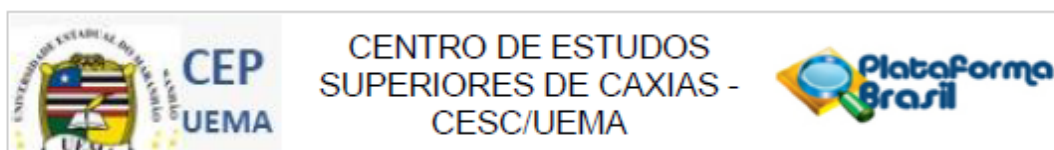
CEP: 65.600-000

UF: MA

Município: CAXIAS

Telefone: (98)2016-8175

E-mail: cepe@cesc.uema.br



Continuação do Parecer: 6.156.577

aos futuros pesquisadores para interpretar e aperfeiçoar suas pesquisas na área do tema em discussão; levantar informações relevantes de caráter social e coletivo, a fim de elucidar ações para a resolutividade de possíveis problemas encontrados durante a investigação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, apresenta interesse público e o(a) pesquisador(a) responsável tem experiências adequadas para a realização do projeto, como atestado pelo currículo Lattes apresentado. A metodologia é consistente e descreve os procedimentos para realização da coleta e análise dos dados. O protocolo de pesquisa não apresenta conflitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação obrigatória tais como Ofício de Encaminhamento ao CEP, Autorização Institucional, Utilização de Dados, bem como os Riscos e Benefícios da pesquisa estão claramente expostos e coerentes com a natureza e formato da pesquisa em questão.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa está APROVADO e o pesquisador pode iniciar a coleta de dados e as demais etapas referentes ao mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2114858.pdf	05/06/2023 19:54:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	05/06/2023 19:53:31	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termo.pdf	05/06/2023 19:52:24	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 746 ramal 6382

Bairro: Centro

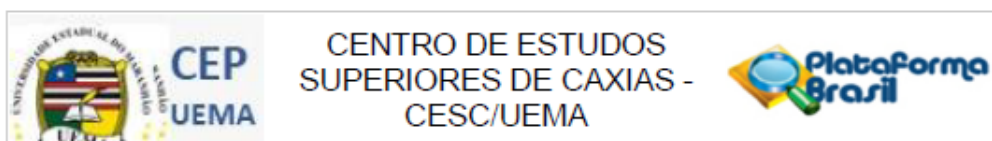
CEP: 66.600-000

UF: MA

Município: CAXIAS

Telefone: (98)2016-8175

E-mail: cepe@cesc.uema.br



Continuação do Parecer: 6.156.577

Ausência	termo.pdf	05/06/2023 19:52:24	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	oficio.pdf	05/06/2023 19:52:10	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	05/06/2023 19:51:39	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso.pdf	05/06/2023 19:50:24	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	karol.pdf	05/06/2023 19:48:17	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	05/06/2023 19:46:42	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.docx	05/06/2023 19:45:48	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	29/05/2023 09:41:32	KAROLYNE BASIL RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAXIAS, 01 de Julho de 2023

Assinado por:
FRANCIDALMA SOARES SOUSA CARVALHO FILHA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 746 ramal 6382
Bairro: Centro CEP: 65.800-000
UF: MA Município: CAXIAS
Telefone: (98)2016-8175 E-mail: cepe@cesc.uema.br