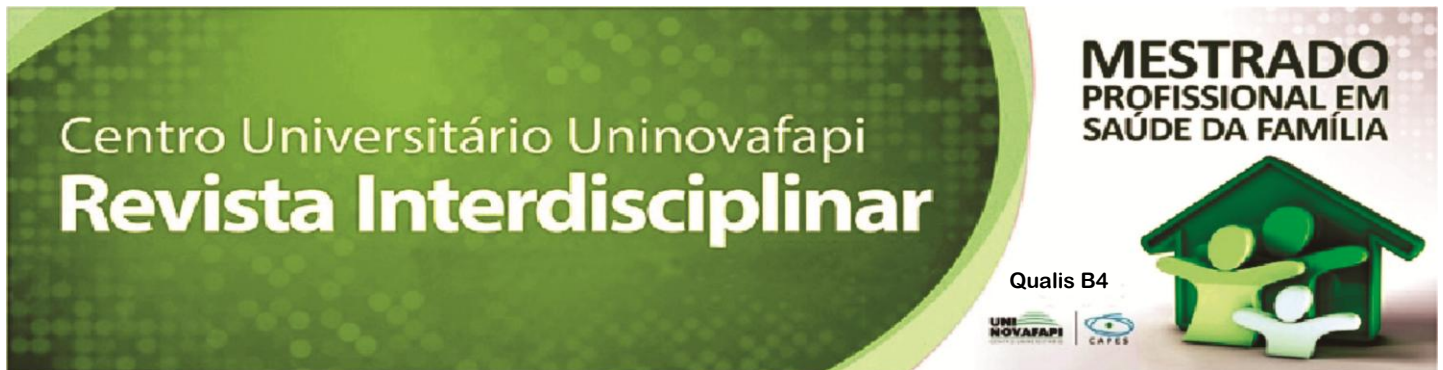


Carvalho, V. M. et al.



PESQUISA

Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico

Knowledge of nursing professionals on risk factors related to the surgical site infection

Conocimiento de los profesionales de enfermería en factores de riesgo relacionados con el infección del sitio quirúrgico

Vanessa Moura Carvalho¹, Maria Eliete Batista Moura², Odnéia Maria Amorim Batista³, Marta Pereira da Cruz⁴, Marcos André Siqueira de Sousa⁵, Daniela Furtado Rodrigues de Andrade⁶

RESUMO

Objetivou-se avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de risco relacionados a Infecção de Sítio Cirúrgico. Estudo descritivo, de abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital geral por meio de aplicação de questionários para 62 profissionais de enfermagem das clínicas cirúrgicas. Na equipe entrevistada a maioria eram técnicos de enfermagem (53,23%) e 93,55% eram mulheres. O tempo de formação profissional para 59,68% dos entrevistados foi superior a 10 anos e não foi evidenciado títulos de pós-graduação. Quanto aos fatores de risco para ISC 29 pessoas não acertaram nenhum critério de diagnóstico de infecção. Em relação as medidas de biossegurança adotadas apenas 70% da equipe referiram aderir a higienização das mãos demonstrando um nível de conhecimento deficiente. Concluiu-se que o nível de conhecimento sobre os fatores relacionados a aquisição de infecções no paciente em pós-operatório e as medidas de biossegurança adotadas pelos profissionais de enfermagem ainda é deficiente. É importante que a CCIH e os órgãos responsáveis da unidade de saúde, além de fiscalizar e criar normas, ofereçam cursos de aprimoramento de conhecimentos. **Descritores:** Conhecimento. Enfermagem. Cirurgia.

ABSTRACT

This study aimed to assess the knowledge of nursing professionals on risk factors related to surgical site infection. Descriptive study with a quantitative approach developed in a general hospital through questionnaires to 62 nursing professionals in surgical clinics. In the staff most of them were nursing technicians (53.23%) and 93.55% were women. The training time for 59.68% of respondents was more than 10 years and was not evidenced titles graduate. As for risk factors for SSI 29 persons do not use any infection diagnostic criteria. Regarding the biosecurity measures adopted only 70% of staff said adhering to hand hygiene demonstrating a level of knowledge deficit. It was concluded that the level of knowledge about the factors related to acquiring infections in patients in the postoperative period and biosecurity adopted by nursing professionals is still deficient. It is important that the CCIH and the bodies responsible health unit, besides oversee and establish rules, continue to being sensibilized to offer enhancement courses. **Descriptors:** Knowledge. Nursing. Surgery.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los factores de riesgo relacionados con la infección del sitio quirúrgico. Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo desarrollado en un hospital general a través de cuestionarios a 62 profesionales de enfermería en las clínicas quirúrgicas. En el personal de la mayoría de ellos fueron Enfermería técnicos (53,23%) y el 93,55% eran mujeres. El tiempo de formación de 59,68% de los encuestados fue de más de 10 años y no se evidenció graduado títulos. En cuanto a los factores de riesgo para el SSI 29 personas no utilizan ningún criterio de diagnóstico de infección. En cuanto a las medidas de bioseguridad adoptadas sólo el 70% de la plantilla, dijo la adhesión a la higiene de manos que demuestra un nivel de déficit de conocimiento. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre los factores relacionados con la adquisición de infecciones en pacientes en el postoperatorio y la bioseguridad adoptadas por los profesionales de enfermería sigue siendo deficiente. Es importante que la CCIH y cuerpos unidad de salud responsable, además de supervisar y establecer reglas, siguen siendo sensibilizados para ofrecer cursos de mejora. **Descriptor:** Conocimiento. Enfermería. Cirugía.

¹ Discente de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Bolsista de Iniciação científica da UFPI. E-mail: vanessa.moura.carvalho@hotmail.com. ² Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: mestradosaudedafamilia@novafapi.com.br. ³ Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: Oenf@uol.com.br. ⁴ Discente de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Bolsista de Iniciação científica do CNPq. E-mail: mmartapereira@hotmail.com. ⁵ Discente de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Bolsista de Iniciação científica voluntária UFPI. E-mail: marcosandrs4@gmail.com. ⁶ Discente de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Bolsista de Iniciação científica da UFPI. E-mail: daniela.furtado@outlook.com

Carvalho, V. M. et al.

INTRODUÇÃO

A humanidade sempre foi acometida por complicações infecciosas. O desconhecimento por parte da comunidade científica das formas de contágio, más condições de higiene e à inexistência de medidas básicas de saneamento, permitiam que as doenças transmitidas por microorganismos se disseminassem rapidamente entre os enfermos. Com o tempo houve uma série de transformações ocorridas na área da saúde, em decorrência de avanços tecnológicos resultando em uma melhoria na assistência hospitalar. Esse progresso atrai gradativamente as pessoas em busca de uma assistência à saúde de qualidade.

Apesar de tantos avanços, as infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) ainda são um grave problema de saúde pública mundial representando complicações relacionadas à assistência à saúde e constituem a principal causa de morbidade e mortalidade, aumentando o tempo de internação e, com isso, elevam os custos e reduzem a rotatividade de seus leitos, tornando-se um desafio a ser enfrentado pelo poder público.

De acordo com o Ministério da Saúde, portaria nº 2616, a infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A grande maioria das IH é causada por um desequilíbrio da relação existente entre microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Isto pode ocorrer devido à própria patologia do paciente, procedimentos invasivos e alterações da população microbiana, geralmente induzida pelo uso de antibióticos o que pode transformar infecções comuns em um risco de vida. As Infecções Hospitalares são

classificadas em Infecção do Sistema Urinário, Sistema Respiratório, Sistema Vascular e Infecções de Sítio Cirúrgico. As Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) correspondem a 20% das infecções hospitalares, de acordo com a *National Nosocomial Infection Surveillance System* (NNIS) (BRASIL, 1998).

No contexto das IH, a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) tem sido apontada como um dos mais importantes sítios de infecção, levando a um aumento médio de 60% no período de internação, além de demandar grandes esforços para sua prevenção sendo suplantada pela infecção urinária e infecção do sítio respiratório. Cerca de 77% das mortes associadas à IH estão relacionadas com ISC, sendo que 93% delas chegam a invadir órgãos ou espaços acessados durante o procedimento cirúrgico. No Brasil, em média, 11% das cirurgias resultam em algum tipo de infecção. As estimativas no Brasil apontam para um percentual de 15%, de acordo com a ANVISA, de probabilidade de um paciente internado contrair algum tipo de infecção (BRASIL, 2012).

Os fatores responsáveis por um paciente adquirir alguma infecção estão relacionados ao próprio paciente, ao procedimento cirúrgico e à equipe de saúde. Os elementos relacionados diretamente ao paciente quanto ao risco de desenvolver Infecção de sítio cirúrgico (ISC) são: idade, presença de doenças crônicas, estado nutricional (obesidade e desnutrição), imunossupressão, tabagismo, natureza e local da cirurgia, tempo de internação pré e pós-operatório, grau de contaminação da cirurgia e infecções coexistentes.

As ISC tem se destacado dentre os demais sítios de infecção devido a alta mortalidade e morbidade apresentadas e aos relevantes custos atribuídos ao tratamento. Consideram-se também os danos causados ao paciente como o afastamento do convívio familiar, da atividade

Carvalho, V. M. et al. profissional, e os prejuízos econômicos, por manifestar-se na maioria das vezes numa faixa etária em que o indivíduo é economicamente produtivo.

O conceito da ISC, segundo a metodologia da NNIS, é a infecção que ocorre em até 30 dias após a data da cirurgia e, em caso de prótese, até um ano após o procedimento. Além da condição anterior, torna-se necessário um dos seguintes achados clínicos: 1) presença de secreção purulenta envolvendo o local da incisão ou coleções purulentas de órgão ou cavidade. Neste último, as evidências são observadas diretamente durante a cirurgia, por exame histopatológico ou exame radiológico sugestivo; 2) microrganismos isolados obtidos de culturas de fluidos ou tecidos procedentes da incisão ou do órgão/cavidade; 3) sinais flogísticos locais, deiscência espontânea da incisão e/ou abertura deliberada da incisão pelo cirurgião; 4) diagnóstico de infecção, de acordo com o local afetado, pelo cirurgião ou médico assistente. Tais aspectos são razões mais que suficientes para que as ocorrências de ISC sejam monitoradas, suas causas analisadas, medidas de controle e prevenção coerentes implementadas e seus resultados avaliados (CDC, 2002).

Os fatores de risco para aquisição de infecções hospitalares em geral, conforme Cataneo et al. (2011), podem ser divididos em endógenos e exógenos. Os principais fatores endógenos são: idade, uso de imunossuppressores, antimicrobianos e estado nutricional, presença de doença crônica, tempo prolongado de internação em instituições hospitalares, entre outros. Os exógenos são: infecções cruzadas, procedimentos invasivos, uso de materiais e equipamentos contaminados, baixa adesão à higienização das mãos, limpeza e desinfecção inadequadas do ambiente. Embora recaia sobre os enfermeiros uma grande responsabilidade na prevenção e controle das infecções, suas ações são dependentes e relacionadas.

Contudo, controlar todos os fatores parece ser impossível e, considerando-se que a detecção precoce de alterações do sítio cirúrgico no pós-operatório torna-se uma tarefa intrínseca do enfermeiro, cabe a este avaliar rotineiramente o sítio cirúrgico de forma sistematizada.

Nesse sentido elaborou-se como questão norteadora: Qual o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca dos fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico? Quais os possíveis fatores de riscos para que o paciente adquira infecção de sítio cirúrgico?

A partir disso objetivou-se avaliar o conhecimento dos profissionais da enfermagem acerca dos fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico, bem como caracterizar os sujeitos do estudo quanto ao gênero, idade, procedência e identificar os possíveis fatores de risco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, em que se buscou avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de riscos relacionados à infecção de sítio cirúrgico.

A pesquisa descritiva consiste na descrição das características de determinada população, e a pesquisa exploratória tem como principal finalidade esclarecer e modificar conceitos, proporcionando uma visão geral, do tipo aproximativo, do problema pesquisado (GIL, 2007).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público, geral, de referência na região meio norte, grande porte, de assistência e ensino, que possui 313 leitos e presta atendimento clínico cirúrgico nas especialidades: neurologia, urologia, ortopedia, nefrologia, vascular, ginecologia, gastrointestinal, oftalmologia, proctologia,

Carvalho, V. M. et al. mastologia, pneumologia e plástica. Todos os procedimentos cirúrgicos realizados no hospital são eletivos.

A população do estudo foi constituída por profissionais de enfermagem que atuam nas Clínicas Cirúrgicas I e II, bem como, aqueles que trabalham no Centro Cirúrgico do referido hospital, o qual equivale a 100 profissionais, constituída por auxiliares, técnicos e enfermeiros. A amostragem foi calculada por meio do processo de amostragem simples não probabilística, resultando N: 62. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas no período de maio a julho de 2014.

Os dados foram analisados descritivamente medindo-se a taxa de associação entre as variáveis do estudo e apresentados em tabelas os dados mais significativos sendo utilizado o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0, para auxiliar na organização estatística dos dados, e a discussão dos achados foi feita com base na literatura produzida sobre o tema.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, CAAE nº 23508414.0.0000.5214. Foi garantida a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas, conforme os princípios norteadores dispostos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os participantes tiveram direito a recusa na participação da pesquisa a qualquer momento.

RESULTADOS

Foram questionados 62 profissionais da equipe de enfermagem constituída por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares. Os resultados estão distribuídos em tabelas e gráficos.

A tabela 1 demonstra a distribuição total dos profissionais de enfermagem das clínicas cirúrgicas I e II segundo os dados de identificação, onde 93,55% são do sexo feminino sendo 82,25% na faixa etária entre 20 a 59 anos, 6,45% são do sexo masculino com 100% na faixa etária de 20 a 50 anos. Em relação à categoria profissional observou-se que 53,22% dos profissionais eram técnicos de enfermagem.

Tabela 1 - Distribuição total do número e percentual dos profissionais de enfermagem das clínicas cirúrgicas I e II segundo variáveis de identificação, Hospital Getúlio Vargas (HGV), Teresina, PI, 2014 (n= 62)

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Feminino	58	93,55
Masculino	04	6,45
Faixa Etária (Mulheres)		
20 a 59	51	82,25
≥ 60	11	17,75
Faixa Etária (Homens)		
20 a 59	04	100
≥ 60	0	0
Categoria Profissional		
Enfermeiro(a)	17	27,42
Técnico de Enfermagem	33	53,23
Auxiliar de enfermagem	12	19,35

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Quanto ao tempo de formação profissional os resultados demonstraram que a grande maioria representada por 59,68% (n=37) dos profissionais entrevistados tem um tempo de formação superior a dez anos, seguidos por 11,29% (n=07) com formação de quatro a dez anos e com números iguais de 14,51% (n=09) com dois a três anos e menos de um ano de formação profissional.

Carvalho, V. M. et al.

A divisão dos profissionais quanto ao setor de trabalho mostrou que a clínica cirúrgica II teve 56% dos profissionais entrevistados e a clínica cirúrgica um 44%.

Quanto ao percentual dos profissionais que já realizaram curso específico relacionado ao controle de infecção de sítio cirúrgico tem-se uma similaridade com 51% dos profissionais já tendo participado de algum curso e o restante relatando não ter feito nenhum curso a esse respeito.

No tocante aos fatores de risco relacionados ao paciente preconizados pelo CDC, a tabela 3 mostra que 28 dos entrevistados acertaram apenas um critério, 19 acertaram dois critérios e somente 19 acertaram três critérios ou mais. A maioria representada por 29 dos entrevistados equivalente a 46,77% não acertaram nenhum critério e quatro não sabiam ou não queriam responder.

Tabela 2 - Quantidade e porcentagem de acertos quanto aos fatores de risco de aquisição de infecções relacionada à assistência de saúde para o paciente em pós-operatório dos profissionais de enfermagem quanto aos critérios adotados pelo CDC, Hospital Getúlio Vargas (HGV), Teresina, PI, 2014 (n= 62)

Variáveis	N	(%)
Acertou 1 critério	28	45,16
Acertou 2 critérios	19	30,64
Acertou 3 critérios ou mais	14	22,58
Não acertou nenhum critério	29	46,77
Não sabe ou não quis responder	4	6,45

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Quanto à biossegurança os equipamentos de proteção individual (EPI's) mais citados foram luvas de procedimento, máscaras, gorro e avental. Grande parte dos enfermeiros (64,7%) aderiu a higienização das mãos (HM).

Tabela 3 - Medidas de biossegurança adotadas no atendimento ao paciente em pós-operatório pelos enfermeiros, Hospital Getúlio Vargas (HGV), Teresina, PI, 2014 (n=62)

Medidas de biossegurança adotadas	N	(%)
Luvas de procedimento	11	64,7
Luvas estéreis	3	17,65
Máscara	10	58,82
Propé	6	35,29
Gorro	4	23,53
Avental	3	17,65
HM	11	64,7
Higienização de materiais	1	5,88
Não citou nenhum EPI	1	5,88

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

A tabela 4 mostra os EPI's citados pelos técnicos de enfermagem. os mais citados foram luvas de procedimento, máscara, avental e gorro. A higienização das mãos foi aderida por 57,57% dos entrevistados e 4 deles não citaram o uso de nenhum EPI no atendimento ao paciente em pós-operatório.

Tabela 4- Medidas de biossegurança adotadas no atendimento ao paciente em pós-operatório pelos técnicos de enfermagem, Hospital Getúlio Vargas (HGV), Teresina, PI, 2014 (n=62)

Medidas de biossegurança adotadas	N	(%)
Luvas de procedimento	19	57,57
Máscara	17	51,51
Avental	11	33,33
Gorro	12	36,36
Propé	9	27,27
HM	19	57,57
Não citou nenhum EPI	4	12,12

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

A tabela 5 mostra que os auxiliares citaram mais máscaras (75%) que luvas de procedimento (66,66%). Dois profissionais responderam que só higienizam as mãos para o atendimento do paciente quando necessário.

Carvalho, V. M. et al.

Tabela 5 - Medidas de biossegurança adotadas no atendimento ao paciente em pós-operatório pelos auxiliares de enfermagem, Hospital Getúlio Vargas (HGV), Teresina, PI, 2014 (n=62)

Medidas de biossegurança adotadas	N	(%)
Luvras de procedimento	8	66,66
Máscaras	9	75
Gorro	7	58,33
Propé	5	41,66
Avental	4	33,33
HM quando necessário	2	16,66
HM sempre	5	41,66

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

DISCUSSÃO DOS DADOS

A equipe de enfermagem é o grupo mais numeroso e que maior tempo fica em contato com o doente internado em hospitais. A natureza do seu trabalho, que inclui a prestação de cuidados físicos e a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a torna um elemento fundamental nas ações de prevenção, detecção e controle da infecção hospitalar. Embora a formação dos enfermeiros inclua conteúdos que circundam essa problemática, o mesmo não se dá com os demais profissionais de enfermagem - o técnico e o auxiliar de enfermagem que, sob a supervisão do enfermeiro, exercem suas atividades, ficando a cargo deste, a vigilância sobre as infecções hospitalares (TURRINI, 2000).

De acordo com a tabela I, a quantidade de mulheres corresponde a 93,55% um número consideravelmente maior que a de homens com 6,45%. Historicamente, a enfermagem tem sido caracterizada como uma profissão predominantemente feminina e numericamente representativa no contexto hospitalar (VIEIRA et al., 2013).

Para Lopes e Leal (2005), a enfermagem espelha a feminização no qual tem persistido na enfermagem brasileira, o que pode ser observada

tanto na qualificação universitária como nos níveis médio e técnico. Na compreensão desse processo é necessário considerar a influência de Florence Nightingale ao institucionalizar, na Inglaterra Vitoriana em 1862, uma profissão para as mulheres, para a qual elas são “naturalmente preparadas”, a partir de valores que se consideravam femininos.

A tabela I ainda mostra a faixa etária para homens e mulheres. A faixa etária média estabelecida das trabalhadoras foi de 20 a 59 anos (82,25%), seguida de maiores ou iguais a 60 anos com 17,75%. Comparados às mulheres, os enfermeiros eram mais novos sendo todos na faixa etária de 20 e 59 anos. Isso demonstra a adesão dos enfermeiros mais novos homens no mercado de trabalho.

Não foi identificado títulos de especialização, mestrado ou doutorado que associado à baixa produtividade e qualidade do serviço prestado demonstra despreparo técnico por falta de conhecimento. É necessário ter-se presente que, se não houver atualização e motivação no processo de conhecimento para prevenção e controle de infecções, não ocorrerão mudanças concretas e permanentes (TURRINI, 2000).

Pouco mais da metade dos trabalhadores se qualificaram como técnico em enfermagem (53,23%); 27,42% são enfermeiros e pequena parte são auxiliares de enfermagem (19,35%). Formar profissionais de saúde sob a perspectiva da integralidade constitui uma proposta desafiadora, uma vez que significa a ruptura, não só com um modelo tradicional de formação, como também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho (GRIEP et al., 2013).

As características por tempo de formação profissional mostraram que a maior parte formou-se há mais de 10 anos (59,68%), em seguida com iguais números os de formação inferior a um ano,

Carvalho, V. M. et al.

e os de 2 a 3 anos (14,51%), seguido dos de 4 a 10 anos (11,29%). O que mostra que o quadro de profissionais não vem se renovando refletindo na falta espaço para enfermeiros recém-formados.

A maioria dos trabalhadores referiu duplo emprego e carga horária de 30 horas semanais como fator para estresse e falta de tempo para estudar. Há uma necessidade constante de atualização sobre infecções por parte da equipe de enfermagem já que esta estará mais próxima do paciente prestando um cuidado constante para o mesmo.

A infecção incisional superficial surge durante os 30 dias posteriores à cirurgia e afeta apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios: drenagem purulenta da incisão superficial; cultura positiva de líquido ou de tecido proveniente da incisão superficial (a partir de uma amostra colhida assepticamente); pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade ao tato ou à pressão, inflamação local (calor ou eritema), e a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, a não ser que a cultura seja negativa; e diagnóstico médico de infecção superficial da incisão (CDC, 2002).

De acordo com o CDC, 2002 a infecção incisional profunda surge nos 30 dias posteriores à intervenção, quando não houve colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente), ou dentro do primeiro ano se tiver havido colocação de prótese, e a infecção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, além disso, a infecção afeta os tecidos moles profundos da incisão (fáscia e parede muscular). Além disso, deve verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios: drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgãos ou espaços; a

incisão profunda abre-se espontaneamente ou é aberta pelo cirurgião quando o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, a não ser que o exame microbiológico cultural seja negativo (febre, dor localizada, hipersensibilidade ao tato ou à pressão); durante uma reintervenção ou por inspeção direta ou no exame histopatológico ou radiológico, se encontra um abscesso ou outra evidência de infecção que afeta os tecidos profundos da incisão; e diagnóstico médico de infecção incisional profunda.

Infecção de órgão ou espaço surge nos 30 dias posteriores à intervenção, se não tiver havido colocação de prótese, ou no decurso do ano seguinte à intervenção no caso de prótese, e a infecção deve estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, além disso, deve afetar qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o ato operatório, distinta da incisão. Deve ainda verificar-se, pelo menos, um dos seguintes critérios: líquido purulento recolhido mediante drenagem colocada num órgão ou num espaço; cultura positiva de amostras obtidas de forma asséptica a partir de fluidos ou tecidos provenientes de órgãos ou espaços; no decurso de uma reintervenção ou por inspeção direta, ou no exame histopatológico ou radiológico, se observa um abscesso ou outra evidência de infecção que afeta um órgão ou espaço; e diagnóstico médico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço (CDC, 2002).

Na tabela II observa-se que a maioria (29) não acertou nenhum critério como desnutrição, 28 profissionais acertaram apenas 1 critério, 19 profissionais acertaram 2 critérios, 14 trabalhadores acertaram 3 critérios e 4 não souberam ou não quiseram responder. Dessa forma, caracterizou-se como deficiente o conhecimento sobre os fatores de risco para aquisição de infecção relacionados ao paciente em pós-operatório. Os entrevistados possuem a noção de que as IRAS são um problema importante e

Carvalho, V. M. et al. consideraram essencial as medidas de prevenção e controle de infecção que utilizam em suas unidades, porém tiveram dificuldades em distinguir fatores de risco para aquisição das medidas de biossegurança adotadas para sua proteção, quando respondiam que o uso de EPI's era um fator intrínseco do paciente para adquirir infecção.

Não foram comentados os fatores de risco importantes como os relacionados ao paciente e sua afecção de base, e aos procedimentos invasivos, dentre eles, os cateteres venosos, intubação, nutrição parenteral prolongada. Foi atribuído o aumento das infecções hospitalares à falta de orientação, treinamento e despreparo técnico dos funcionários. Em relação aos aspectos comportamentais ficou evidente nos discursos que há uma comunicação inadequada entre os profissionais, interferindo nas ações de enfermagem, além da falta de orientação aos acompanhantes dos pacientes sobre as normas e rotinas do hospital.

Sabe-se que os riscos para a aquisição de uma infecção dentro do hospital estão associados a um aumento na frequência no uso de procedimentos invasivos, de drogas que diminuem a resistência do hospedeiro e com o aumento na idade da população, e nenhum dos entrevistados citou qualquer um desses quesitos. As infecções relacionadas aos procedimentos invasivos envolvem tanto pacientes saudáveis quanto imunodeprimidos, cujo mecanismo de transmissão é conhecido, portanto evitável. Antecedentes pessoais, tempo de permanência e obesidade foram os mais citados pelos profissionais entrevistados (TURRINI, 2000).

É importante ressaltar que a maioria, cerca de 57% citou o diabetes como fator de risco para aquisição de IRAS. Sabe-se que o diabetes pode apresentar diminuição na cicatrização de feridas em função da má circulação do sangue e que uma ferida operatória exposta por tempo prolongado

facilita a aquisição de infecções por causa da quebra da barreira epitelial. Conforme Rocha et al. (2002), o diabetes mellitus (DM) vem tendo uma alta prevalência na sociedade. Apesar de ser considerado como fator de risco para infecções por alguns profissionais, o DM não apresenta evidencia clínica acentuada para sua relação como infecção. Além dos procedimentos invasivos e dos fatores já citados, outras variáveis relativas ao ambiente e ao dimensionamento de pessoal têm sido relatadas na literatura, porém nenhum dos profissionais citou esses itens. Desde o início, deve-se frisar que prestando uma assistência adequada e seguindo as medidas de controle de infecção, contribuirá para diminuir o risco de adquirir e/ou disseminar infecções (TURRINI, 2000).

Com relação à divisão dos profissionais quanto ao setor de trabalho, a maior concentração foi no Centro Cirúrgico II com 56% e a parte restante no Centro Cirúrgico I (44%). Dos profissionais entrevistados apenas 51% havia feito algum curso relacionado ao controle de infecção de sítio cirúrgico, o que mostra ser um número bem pequeno de profissionais e uma preocupação frente ao crescimento das infecções hospitalares.

O ambiente hospitalar oferece riscos de infecções para os profissionais que ali trabalham, principalmente para os profissionais de enfermagem que estão em contato com fluidos potencialmente infectados, como sangue e hemoderivados, além de trabalhar com instrumentos perfuro-cortantes. Diante disso se inserem as precauções padrão (PP), as quais ditam normas capazes de propiciar ao profissional de saúde e ao paciente proteção contra as infecções (BEZERRA; PEREIRA, 2004).

Com base nisso foi perguntado aos entrevistados quais as medidas de biossegurança adotadas por eles no atendimento ao paciente em pós-operatório. Segundo Fernandes et al. (2008), o meio mais eficaz para reduzir as estatísticas de

Carvalho, V. M. et al. infecções hospitalares se resume em adotar as medidas de uso dos Equipamentos de Proteção Individual, que consiste no uso de luvas, de avental, de máscara, de óculos ou protetor facial, sapatos, gorro e a notificar os casos com material biológico, através de educação continuada, mostrando a importância da utilização e adequação dessas medidas na rotina de trabalho da instituição.

O uso De EPI's se faz importante para a prevenção de infecções cruzadas, assim como o conhecimento do profissional acerca das normas de uso desses equipamentos, incluindo a lavagem das mãos, as barreiras de proteção e os cuidados no uso e manuseio de agulhas e outros objetos perfuro cortantes (FERNANDES et al., 2008).

Dos profissionais de enfermagem entrevistados os itens de biossegurança mais citados (tabela 3), foram às luvas de procedimento, máscara e higienização das mãos. Para Puccini, (2011), a higienização das mãos ainda se constitui uma das ações mais importantes para o controle das infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS). Foram citados também luvas estéreis, gorro, propé, avental, e um profissional ainda citou a higienização de materiais e apenas um enfermeiro não citou nenhum EPI's.

A não adesão deste profissional aos EPI's pode causar uma maior exposição a patógenos pois segundo Bezerra (2004), para assegurar a sua própria prevenção, é preciso seguir as exigências das Precauções Padrão (PP). Ainda de acordo com o referido autor, todos devem conhecer estas precauções e colocá-las em prática, pois sua adoção é fundamental no atendimento a todos os pacientes independentemente de sua doença ou do conhecimento de sua infecciosidade.

É importante ressaltar que apenas a equipe de enfermagem citou o uso de luvas estéreis como medida de biossegurança. Assim podemos dizer que nem todos os profissionais da área de

enfermagem sabem quando usar ou não luvas estéreis. Ainda segundo Ferreira et al., (2008), o uso de luvas é inquestionável no cuidado à saúde, embora, a escolha entre luvas esterilizadas ou de procedimento não é consensual entre os profissionais.

Dentre os técnicos de enfermagem que são maioria no serviço de saúde em questão (TABELA IV), os EPI's mais citados também foram luvas de procedimento, higienização das mãos e mascara. Mas diferente dos enfermeiros, os técnicos de enfermagem citaram mais gorros e aventais quando comparados aos enfermeiros (as), e 4 profissionais não citaram nenhum EPI. Diante disso pode-se dizer que a adesão ao uso de EPI's entre os profissionais ainda é baixa. A não adesão ou a baixa adesão às recomendações da utilização de barreiras de proteção é uma realidade o que mostra que o nível de conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre o assunto é deficiente o que leva a possível transmissão de patógenos (TALHEFERRO; BARBOZA; OLIVEIRA, 2008).

Os auxiliares de enfermagem entrevistados (tabela 4), citaram os seguintes EPI's: luvas de procedimento, máscaras, gorro, pro-pés, avental, higienização sempre, e dois profissionais citaram higienização das mãos apenas quando necessário o que demonstra uma deficiência no controle de transmissão microorganismos. Isso revela que alguns profissionais ainda realizam suas atividades de cuidado ao paciente sem o uso de EPI's.

O avental foi o EPI menos citado pelas categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem com 33,33% iguais. Segundo Ribeiro et al. (2010), esses profissionais de enfermagem realizam suas atividades sem se preocupar com as possibilidades de exposição, e não têm sido capazes de transformar a realidade do ambiente de trabalho, no tocante à adoção dessa importante medida de prevenção e controle de infecção nos serviços de assistência à saúde, que é o uso de EPI's.

Carvalho, V. M. et al.

Um dado importante foi que nenhum profissional dentre as categorias entrevistadas citou o óculos ou protetor facial como um EPI utilizado por eles. Isso implica a uma exposição maior do profissional a infecções no ambiente de trabalho e uma maior possibilidade de transmissão destas para o paciente. De acordo com Talheferro et al. (2008), embora o profissional de enfermagem promova o cuidado ao indivíduo doente, pouco sabe a respeito de cuidar de sua saúde profissional, visto que a preocupação destes trabalhadores na relação saúde-trabalho-doença e relacionado ao uso de EPI's ainda é genérica.

A adesão dos profissionais à prática de higienização das mãos de forma constante e na rotina diária foi baixa pois nenhuma das categorias chegou aos 70%. Porém quem mais aderiu a essa prática foi a equipe de enfermeiros. De acordo com a Anvisa a higienização das mão é reconhecida mundialmente como medida primária e muito importante no controle de IRAS. Por este motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e controle de infecções dentro dos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes (BRASIL, 2007).

Um dos aspectos apontados nas entrevistas diz respeito ao acúmulo de horas semanais trabalhadas. Além disso, o multiemprego, em decorrência dos baixos salários e a necessidade de complementação de renda justificam em parte a falta de estímulos à qualificação. Estes aspectos podem contribuir para a discussão do estabelecimento das prioridades no reforço à liderança científica e tecnológica da Enfermagem como ciência, o que ainda se constitui um desafio para a profissão.

CONCLUSÃO

A partir do que podemos observar conclui-se que o nível de conhecimento sobre os fatores relacionados a aquisição de infecções no paciente em pós-operatório e as medidas de biossegurança adotadas pelos profissionais de enfermagem ainda é deficiente. Por isso é importante que a CCIH, e os órgãos responsáveis da unidade de saúde além de fiscalizar e criar normas ofereçam cursos de aprimoramento de conhecimentos sobre como prevenir infecções hospitalares dessa forma mantendo uma educação continuada acerca do tema, o que se faz importante para a redução dos altos índices de infecções hospitalares.

REFERÊNCIA

- ANVISA. Ministério da saúde. **Programa Nacional de controle de infecção hospitalar**. Brasília (MS): ANVISA, 2007. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_pediatria.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2014.
- BEZERRA, V. N. P.; PEREIRA, M. L. D. Utilização de proteção individual pela equipe de enfermagem da unidade clínico-cirúrgica. **Rev. RENE**, Fortaleza (CE), v. 5, n.1, p. 56-61, jan.-jun. de 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 2616 de 13 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 15 maio 1998. Seção I.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa- CONEP. **Resolução n° 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 2012.
- CATANEO, C. et al. O preparo da equipe cirúrgica: aspecto relevante no controle da contaminação ambiental. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto- SP, v.12, n.2, mar./abr. 2004.
- CDC-CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force**. *MMWR* v. 51, n. 16, p. 1-45, 2002.
- FERNANDES, M. et al. O uso de equipamentos de proteção individual para os enfermeiros de um

Carvalho, V. M. et al. hospital. **Jornal Online Brasileira de Enfermagem**, Niterói (RJ), v. 7, n.3, p. , Outubro de 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1773/414>>

Submissão: 03/02/2015

Aprovação: 12/05/2015

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRIEP, R. H. et al. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Rev bras enferm.**, v. 66, n. especial, p. 151-157, 2013.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**, Campinas, [s. v], n. 24, p. 105-125, jun., 2005.

NNIS- National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. **Am J Infect Control**, v. 32, p. 470-85, 2004.

PUCCINI, P. T. Perspectivas do controle da infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Agosto de 2014.

RIBEIRO FILHO, N.; FERNANDES, A. T.; LACERDA, R. A. Infecção do Sítio Cirúrgico. In: LACERDA, R. A. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo (SP): Atheneu, 2010.

ROCHA, J. BAGGIO, H. CUNHA, C. NICLEWICZ, E. LEITE, S. BAPTISTA, M. aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. **Arq bras endocrinol metab.**, v. 46, n. 3, p. 221-229, jun., 2002.

TALHEFERRO, B.; BARBOZA, D. B.; OLIVEIRA, A. R.; Adesão ao uso de equipamentos de proteção individual pela enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas (SP), v. 1, n. (3/6), p. 150-166, maio-dez., 2008.

TURRINI, R. N. T. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.34, n. 2, p. 174-84, jun. 2000.

VIEIRA, A. et al. Women in nursing teams: organizational identification and experiences of pleasure and suffering. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 21, n.5, p. 1127-1136., out. 2013.

R. Interd. v. 8, n. 3, p. 1-11, jul. ago. set. 2015