

ARTIGO ORIGINAL

Análise comparativa da infecção hospitalar e intervenção no Hospital Unimed Itapetininga no período de 2017 a 2018

Comparative analysis of hospital infection and intervention in the Unimed Itapetininga Hospital in the period 2017 to 2018

Análisis comparativo de la infección e intervención hospitalaria en el Hospital de Itapetining Unimed en el período 2017 a 2018

Anelvira Florentino,¹ Camilla de Almeida Choairy,² Ivani Vieira Leite,³ Giselle C. Dominguez.⁴

¹Faculdade Sudoeste Paulista de Itapetininga, Itapetininga, SP, Brasil.

²Hospital Unimed Itapetininga, Itapetininga, SP, Brasil.

³Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

⁴Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Recebido em: 26/03/2020

Aceito em: 13/04/2020

Disponível online: 13/04/2020

Autor correspondente:

Anelvira Florentino

anelviraflorentino@yahoo.com.br.

RESUMO

Justificativa e objetivos: A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) constitui um grave problema de saúde pública devido à amplitude de sua incidência, ao incremento da morbimortalidade e dos custos hospitalares, acarretando impactos humano, social e econômico, cujos quais foram vistos nesse grupo de patologias em um hospital privado em Itapetininga/SP. O estudo visa apresentar as taxas de infecção geral mensuradas antes e depois da intervenção em um hospital privado em Itapetininga/SP. **Métodos:** Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa usando, como fonte de informação, o banco de dados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da instituição. Foram analisadas as taxas referentes ao período de janeiro a dezembro 2017 e, posteriormente, de janeiro a dezembro de 2018, traçando a média anual de 3% e proposto plano de ação durante o período. **Resultados:** A taxa de IRAS variou de 5,0% a 4,0% durante o ano 2017 com uma média de 3,58% e em 2018 com queda para 2,07%. **Discussão:** Muitas dessas IRAS poderiam ter sido evitadas com medidas simples de busca ativa realizadas diariamente. Este tipo de ação mostrou a importância do controle diário e orientação *in loco*, reforçando, principalmente, a

importância da higiene das mãos e o cumprimento dos cinco momentos conforme recomendação da OMS.

Descritores: Infecção hospitalar; Prevenção e controle; Assistência; Indicadores de serviços; Busca ativa.

ABSTRACT

Background and objectives: Infection Related to Health Care (IRAS) is a serious public health problem due to the extent of its incidence, the increase in morbidity and mortality and hospital costs, resulting in human, social and economic impacts, which were seen in this study. group of pathologies in a private hospital in Itapetininga/SP. The study aims to present the rates of general infection measured before and after the intervention in a private hospital in Itapetininga/SP. **Methods:** Descriptive exploratory study with a quantitative and qualitative approach using the institution's Hospital Infection Control Commission database as an information source. The rates for the period from January to December 2017 and, subsequently, from January to December 2018, were analyzed, tracing the annual average of 3% and a proposed action plan during the period. **Results:** The rate of IRAS varied from 5.0% to 4.0%

during the year 2017 with an average of 3.58% and in 2018 it fell to 2.07%. **Discussion:** Many of these IRAS could have been avoided with simple active search measures performed daily. This type of action showed the importance of daily control and on-site guidance, mainly reinforcing the importance of hand hygiene and compliance with the five moments as recommended by WHO.

Descriptors: Hospital infection; Prevention and control; Assistance; Indicators of services; Active search.

RESUMEN

Antecedentes y objetivos: La infección relacionada con la atención de salud (IRAS) es un grave problema de salud pública debido a la extensión de su incidencia, el aumento de la morbilidad y la mortalidad y los costos hospitalarios, lo que resulta en impactos humanos, sociales y económicos, que se observaron en este estudio. grupo de patologías en un hospital privado en Itapetininga/SP. El objetivo del estudio es presentar las tasas de infección general medidas antes y después de la intervención en un hospital privado en Itapetininga/SP. **Métodos:** Estudio exploratorio descriptivo con un enfoque cuantitativo y cualitativo utilizando la base de datos de la Comisión de Control de Infecciones Hospitalarias de la institución como fuente de información. Se analizaron las tarifas para el período de enero a diciembre de 2017 y, posteriormente, de enero a diciembre de 2018, dibujando el promedio anual del 3% y un plan de acción propuesto durante el período. **Resultados:** La tasa de IRAS varió de 5.0% a 4.0% durante el año 2017 con un promedio de 3.58% y en 2018 cayó a 2.07%. **Discusión:** Muchas de estas HAI podrían haberse evitado con simples medidas de búsqueda activa realizadas diariamente. Este tipo de acción mostró la importancia del control diario y la orientación in situ, principalmente reforzando la importancia de la higiene de las manos y el cumplimiento de los cinco momentos recomendados por la OMS.

Descriptores: Infección hospitalaria; Prevención y control; Asistencia; Indicadores de servicio; Búsqueda activa

INTRODUÇÃO

Infecção Hospitalar (IH) é definida como uma patologia que o paciente adquire após 48 horas de sua admissão em uma unidade hospitalar, podendo se manifestar durante a sua internação ou após sua transferência para outra unidade. É um frequente e grave problema de saúde pública que mobiliza ações, tanto de caráter civil e militar como de pesquisas científicas e tecnológicas.¹

O termo IH vem sendo substituído nos últimos anos pelo termo Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), no qual a prevenção e o controle das infecções passam a ser considerados para todos os locais onde se presta o cuidado e a assistência à saúde, principalmente o hospital.²

Nas últimas décadas, as IRAS vêm sendo, cada vez mais, colocadas como objeto de estudo de pesquisadores de todas as áreas da saúde. Sua importância reside em sua grande influência na morbimortalidade dos pacientes internados nos hospitais de todo o mundo. Desta forma, é fundamental a existência de órgãos responsáveis pela fiscalização dos procedimentos hospitalares, uma vez que o controle da infecção hospitalar é a capacidade de intervir com a finalidade de evitar danos. Isto é bem comprovado, uma vez que algumas medidas tão simples, como o ato de lavar as mãos, podem levar a uma redução drástica dos índices de IRAS.³

No Brasil, o controle de infecção hospitalar foi regulamentado pelo Ministério da Saúde através da criação do Pro-

grama Nacional de Controle de Infecção Hospitalar em 1982 e com a promulgação da Lei Federal n.º 9.431 que obrigou todos os hospitais brasileiros a constituírem uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), encarregada de executar tarefas importantíssimas, como: detectar os casos de infecção hospitalar, elaborar normas de padronização, colaborar com o treinamento de todos os profissionais de saúde, realizar controle da prescrição de antibióticos e oferecer apoio técnico à administração hospitalar.⁴

A CCIH deverá manter visitas diárias de busca ativa e fazer relatórios mensais que permitam a análise continuada das taxas de ocupação e de infecção, do uso de dispositivos invasivos e do perfil microbiológico.⁵

O acompanhamento dos casos de infecção e da adesão às medidas preventivas pode ser feito a partir das métricas, permitindo avaliar a evolução das taxas e as correções necessárias. Além disso, correspondem a dados com valor epidemiológico, pois permitem a comparação com resultados evolutivos de serviços de instituições semelhantes (*benchmarking*) e o conhecimento das doenças habitualmente atendidas na Unidade de Terapia Intensiva - UTI.⁶

Conforme Nogueira e colaboradores,⁷ em 2013, a carga de trabalho e alocação de recursos humanos podem ser avaliadas com auxílio de sistemas de escores, como o *Nursing Activities Score* (NAS), que visa medir o tempo de assistência da equipe de enfermagem requerido pelos pacientes internados em uma UTI. Esse instrumento apresenta o total de 23 itens, que incluem medidas, como: monitorização e controle, atividade administrativa e gerencial, investigação laboratorial, medicamentos, procedimentos de higiene, mobilização, posicionamento, entre outras. A somatória dos pontos obtidos pela avaliação do escore expressa diretamente a porcentagem de tempo gasto por um elemento da equipe de enfermagem, na assistência ao doente em estado crítico em um plantão.^{7,8}

Sendo o Hospital Unimed de Itapetininga a única unidade particular prestadora de saúde do Município e tido como referência para as demais unidades de saúde, devido ao aumento dos índices de infecção e, com isso, aumento dos custos e tempo de internação dos pacientes, foi proposto que, com base no NAS, adaptássemos um modelo para a realidade do Hospital, ampliando para todas as áreas de internação, não apenas na UTI, visando assim, melhorar rotinas e, conseqüentemente, os resultados globais.

Dado o exposto, objetivou-se analisar as taxas de IRAS no período de janeiro a dezembro de 2017; criar e implantar um instrumento de busca ativa com plano de ação *in loco* em todos os setores do Hospital Unimed Itapetininga, no Estado de São Paulo, no período de março de 2018 a dezembro de 2018; e comparar e estudar as taxas de IRAS antes e após a implantação do instrumento.

MÉTODOS

A abordagem utilizada na realização deste trabalho constitui estudo de natureza quantitativa, qualitativa, exploratória e documental. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica nas principais bases de dados indexadoras, SciELO e Pubmed, bem como em livros-textos e em *websites* de instituições destinadas à prevenção e controle de infecção hospitalar, o banco de dados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital Unimed de Itapetininga (HUI), contendo as taxas e média anual através dos registros. O procedimento foi, portanto, técnico documental.

Para a busca, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Infecção hospitalar”; “Prevenção e controle”; “Assistência”; “*Benchmarking*”; “Indicadores de

serviços” e “Busca ativa”.

Foram priorizados os artigos mais recentes com aplicabilidades mais coerentes com a prática atual, com alto nível de evidência e consensos das sociedades médicas. Foram investigadas as estratégias de monitoramento das unidades e uso de métricas para acompanhamento da conformidade e adesão às medidas, incluindo: visita técnica, dimensionamento da equipe, higienização das mãos, protocolos clínicos, uso racional de antimicrobianos e prevenção de infecções relacionadas aos procedimentos invasivos.

Para realizar o estudo, foi instituído o impresso padronizado na instituição pela CCIH, contendo um *checklist* para verificação *in loco* com os principais pontos pertinentes avaliados anteriormente em auditorias do SCIH, composto por 17 itens objetivos, porém com capacidade para descrição da ocorrência em momento da busca ativa, conforme descrito abaixo:⁹⁻¹¹

1. Isolamentos com placa de sinalização correta;
2. EPIs disponíveis e adequados para o tipo de isolamento;
3. Antissépticos e medicamentos com data de abertura e validade;
4. Aprazamento de ATB de acordo com Protocolo (diluição, dosagem, posologia etc.);
5. Curativos realizados na técnica asséptica;
6. Pacientes com dispositivos invasivos identificados adequadamente e sem sinais flogísticos (troca, validade, assiduidade);
7. Higienização das mãos realizada na técnica adequada;
8. Realização de H.M. com álcool gel beira leito realizada nos cinco momentos;
9. Levantamento de prontuários (diarréia, culturas positivas);
10. Uso de ATB para profilaxia cirúrgica, não mais que 24 horas;
11. Controle de Notificação Compulsória (checagem de dados, envio para VE);
12. Observação de Limpeza concorrente e terminal adequadas;
13. Controle correto de *checklists* de CVC, SVD e IOT;
14. Acompanhamento em visita médica (cpm);
15. Verificação de ATB para tratamento conforme protocolo;

16. Visita dirigida ao paciente;
17. Outros ou observações-especificar.

O impresso foi utilizado pela Enfermeira do SCIH em visitas diárias realizadas *in loco*, sendo verificado e assinado pelo enfermeiro responsável pelo setor auditado em momento da visita. Com os apontamentos realizados *in loco*, as correções e orientações em caso de dúvidas consequentemente foram sanadas em momento *start*.

O *checklist* foi utilizado em todos os setores do hospital: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pronto Atendimento, UTI e Centro Obstétrico. O hospital possui 49 leitos, sendo seis de UTI, com atendimento de baixa até média complexidade.

O período de estudo foi de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. A aplicabilidade teve início em março de 2018, sendo realizados 203 *checklists* e excluídos 22 que não obedeciam aos critérios de inclusão do estudo, trabalhando-se, então, com 181 *checklists*.

Foram utilizadas ferramentas do *Microsoft Office Excel* para realização de descrição tabular e para sumarização dos dados obtidos nos arquivos da CCIH.

Este estudo atendeu à Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que disserta sobre pesquisa com seres humanos a partir da assinatura da Carta de Anuência pela Direção da Instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Calcula-se a taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) para cada período estudado através da fórmula recomendada pelo CVE, sendo o número de infecções hospitalares do período dividido pelo número de saídas de pacientes naquele período x 100, como verifica-se a seguir:

$$\frac{\text{nº de infecções hospitalares do período}}{\text{nº de saídas de pacientes naquele período} \times 100}$$

Desta forma, foram encontradas as seguintes taxas de IRAS, que variaram de 5,68% a 1,02% durante o ano 2017 com uma média de 3,58% e, em 2018, variaram de 3,07% a 1,30% com queda da média para 2,07%, após implantação do instrumento.¹¹

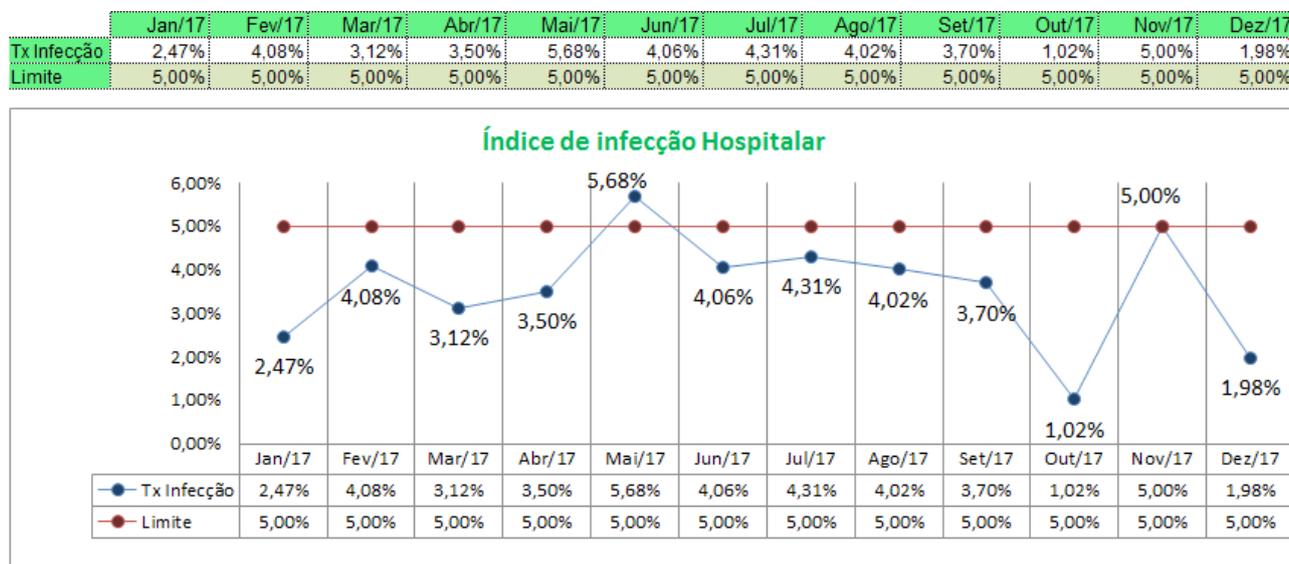


Figura 1. Taxa mensal de índice de infecção hospitalar. Itapetininga, SP, Brasil, 2017.

Fonte: HUI (2017).

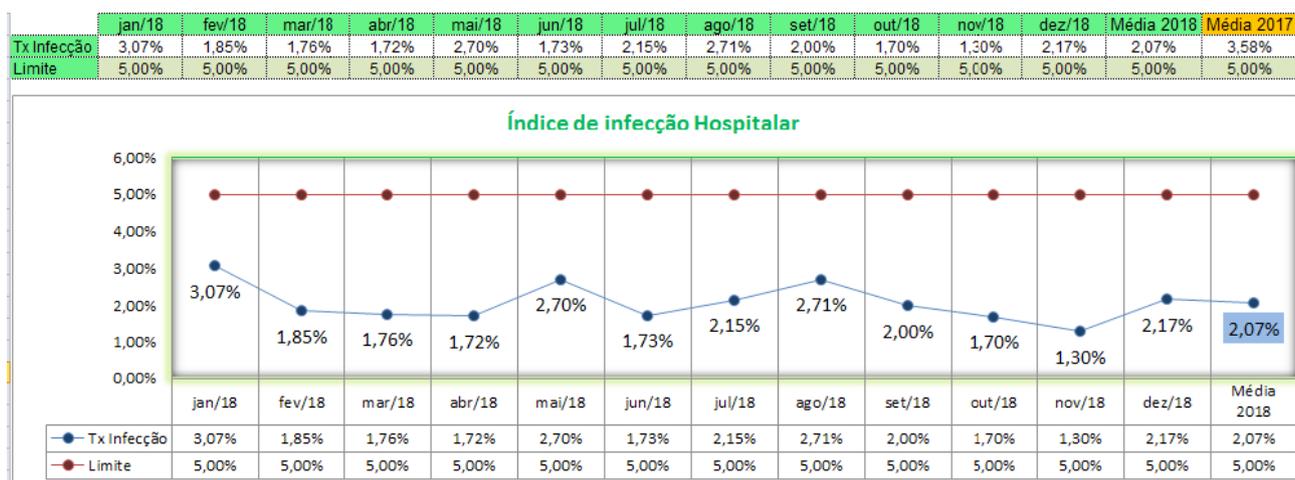


Figura 2. Taxa mensal de índice de infecção hospitalar. Itapetininga, SP, Brasil, 2018.

Fonte: HUI (2018).

Como se observa na figura 1, a taxa mensal variou entre 2,47% e 5,68% ficando acima da recomendação do CVE e com média anual de 3,58%, sendo aceitável pelo CVE.

Como se observa na figura 2, houve queda em taxa geral a partir de fevereiro, porém ainda não havia sido formalizado o impresso, ficando, após as visitas, acordado entre a Médica do SCIH e a Enfermeira com o apoio da Diretoria, que fosse enviado e-mail às áreas até formalização do checklist; dessa forma, observa-se que a taxa mensal permaneceu abaixo de 3%, inclusive a média geral desse ano.

O Plano de ação

Após discussão em reunião com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), foi sugerido pela enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), um projeto piloto para acompanhamento diário, por meio de um checklist a ser aplicado nos setores internos com as observações sinalizadas em momento de auditoria, fazendo com que os colaboradores observem a falha em tempo real, com finalidade de apresentar os problemas, suas causas, analisar as estratégias de superação, debater com a equipe e entender as maiores dificuldades e peculiaridades de cada setor, fazendo com que os membros das equipes compreendam os propósitos das recomendações e sua importância para melhor aceitá-las, garantindo seu compromisso em seu cumprimento.

Dessa forma, as atividades desenvolvidas pela enfermeira do SCIH, juntamente com o enfermeiro responsável do setor após investigação e interação entre o paciente e equipe, foram: checagem *in loco* (beira leito) de dispositivo invasivo e ATB, realização de orientações formais e informais com a equipe envolvida, apresentando sugestões, envolvendo as possíveis falhas de processos assistenciais de maior risco, com vistas à melhoria da capacidade de prevenção de forma a conscientizá-los.

Os dados obtidos reafirmam a necessidade de capacitação rotineira de todos os profissionais e mostram a possibilidade de estabelecer processos de construção de competências instituintes, que levem a práticas que minimizem os riscos de infecções hospitalares e ao desenvolvimento/sistematização de novos modelos de processo de trabalho de aprendizado contínuo, de geração de conhecimento e práticas que promovam a segurança na atenção à saúde quanto aos riscos de infecção.

As maiores falhas encontradas foram referentes a processos internos conforme apresenta-se a figura 3.

CONCLUSÃO

A busca ativa guiada pelo checklist facilita o trabalho do enfermeiro do SCIH e o norteia para as orientações e treinamentos baseados nas falhas encontradas, sendo *in loco* e em tempo real, direcionando o SCIH para tomadas de ações preventivas e trabalhando de forma individual e contínua frente aos processos que podem resultar em IRAS futuras.

Esse trabalho de coleta de dados e informações sobre IH realizado pela enfermeira constituem os componentes fundamentais para o cálculo dos indicadores da taxa de Infecção Hospitalar, gerando melhor resultado quando comparado ao treinamento aleatório da equipe.

Toda infecção relacionada à assistência à saúde deve ser investigada, por ser extremamente nociva para a população em todos os sentidos, tais quais: social, econômico e cultural. E sabe-se que um terço dessas infecções podem ser evitadas com base na legislação vigente.

O trabalho diário *in loco* com foco individual nas falhas e processos e com envolvimento de equipe multidisciplinar, na nossa experiência, resultou em menores taxas de infecção hospitalar e melhores resultados para a segurança do paciente.

Figura 3. Falhas observadas durante as visitas nos setores no HUI. Itapetininga, SP, Brasil, 2018.

Setores	Falhas	Número*	Porcentagem**
UTI	Clave com sujidades	07	3,86%
Clínica Médica	Bomba de infusão com sujidades	07	3,86%
Clínica Médica	Equipo sem identificação (validade)	05	2,76%
Clínica Médica	Kits inalatórios sem identificação e vencidos	04	2,20%
Clínica Médica	Ausência de anotação temperatura (geladeira)	04	2,20%

Nota: * O número é referente ao número de vezes em que a mesma ocorrência aconteceu. ** Para o cálculo das porcentagens, foi considerado o número de vezes, dividido pelo número de checklist vezes 100.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Diretoria do Hospital pela oportunidade e confiança e à Dra. Camila Choyari (Infectologista) pela parceria.

REFERÊNCIAS

1. Albrecht CAR. Atuação da CCIH na prevenção da infecção hospitalar no Hospital de Guarnição da Vila Militar. 2008. 45 f. Monografia (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) – Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.
2. Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Revista de Saúde Pública* [Internet] 2014 out. [citado 2020 fev 10]; 48(6):995-1001. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004825
3. Dias FL, Faria VS. Controle de infecções hospitalares: revisão de literatura. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 39f. 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre as diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
5. Pereira MS, et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2005 abr./jun. [citado em 2020 fev 10]; 14(2):250-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200013.
6. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
7. Nogueira LS, Koike KM, Sardinha DS, Padilha KG, Sousa RMC. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet] 2013 [citado 2020 fev 10]; 25(3):225-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2013000300225&script=sci_abstract&tlng=pt
8. Oliveira R, Maruyama SAT. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2008 [citado 2020 fev 10]; 10(3):775-83. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm>
9. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC- NHSN surveillance definition of health care associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am Infect Control* [Internet] 2008 [citado 2020 fev 10]; 36(5):309-32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18538699>
10. Institute for Healthcare Improvement [Internet]. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality [citado 2013 nov. 16]. Disponível em: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx>.
11. Paz MCF, Fortes DIFM, Silva DHG. Análise da infecção hospitalar em um Hospital Universitário na Paraíba no período de 2012 a 2014. *Revista Saúde e Ciência on-line* [Internet] 2015 [citado 2020 fev 10]; 4(3):31-43. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCEG/article/viewFile/296/201>