

6CCSDEMCAMT08

IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM BLOCO CIRÚRGICO

Laura Brito de Souza (1), Carla Inês Jacome (2), Aurilene Cartaxo Arruda (3)
Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e
Administração/MONITORIA

RESUMO

Infecções hospitalares manifestam-se como complicações naturais de pacientes enfermos, decorrentes de um desequilíbrio entre sua flora microbiana normal e seus mecanismos de defesa. Esse desequilíbrio é provocado por determinadas doenças responsáveis pela hospitalização e procedimentos invasivos ou imunossupressivos a que o doente, correta ou incorretamente, foi submetido. Conseqüentemente, algumas infecções hospitalares são evitáveis, outras não. As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Este estudo teve o objetivo de identificar a importância do controle de Infecção Hospitalar no bloco cirúrgico e investigar qual a técnica mais importante usada para seu controle. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo bibliográfica, realizada a partir de artigos, livros e periódicos encontrados em bancos de dados informatizados e em bibliotecas universitárias. O primeiro passo para a coleta dos dados foi reunir material bibliográfico disponível. Em seguida fizemos uma leitura exploratória de todo o material e a partir desta, uma leitura seletiva mais aprofundada a fim de identificarmos o material que fará parte da análise. O critério de encerramento da coleta dos dados empíricos ocorreu até o momento em que identificamos a saturação dos dados, portanto, não temos números definidos. Durante a nossa vivência no bloco cirúrgico, tanto como graduandos e posteriormente como monitoras da disciplina de cirúrgica II, observou-se a utilização de técnicas assépticas para o controle da infecção e a partir dessa experiência surgiu o interesse pelo tema. Durante a pesquisa, podemos observar no bloco cirúrgico, um local onde há uma grande rotatividade de profissionais e de pacientes com as mais diversas patologias, isso o torna um local de alto risco para a ocorrência de infecção hospitalar, visto que, nesse ambiente o paciente é submetido a procedimentos invasivos o que aumenta ainda mais o risco para a infecção hospitalar. Após esse estudo, podemos ressaltar que para o controle a infecção hospitalar no bloco cirúrgico, algumas atitudes são de extrema importância para garantir um atendimento de qualidade ao paciente e garantir segurança a equipe de profissionais. As técnicas mais indicadas na literatura foram à lavagem das mãos, assepsia correta, a utilização de anti – sépticos e o cuidado com o manuseio do material esterilizado. Assim, o interesse pelo controle das infecções hospitalares torna-se cada vez crescente devido ao aumento dos números de casos, resistência ao tratamento e alta mortalidade, o custo assistencial elevado e principalmente ao prolongamento do período de internação.

Palavras-chave: Bloco cirúrgico, Controle, Infecção Hospitalar;

¹⁾ Bolsista, ²⁾ Voluntário/colaborador, ³⁾ Orientador/Coordenador ⁴⁾ Prof. colaborador, ⁵⁾ Técnico colaborador.

1 INTRODUÇÃO

Smeltzer e Bare (2002) definem a infecção como um indicador para uma interação do hospedeiro com um organismo. Já Silva (2007) define a infecção como uma invasão de microorganismos capazes de se multiplicar e desenvolver um estado patológico no organismo superior. Para o mesmo autor infecção hospitalar é o termo utilizado para descrever a infecção adquirida depois de determinado tempo de internação no hospital.

No século XIX, Allison e cols. definiram infecção hospitalar como sendo uma infecção adquirida por um paciente, no meio hospitalar, independentemente da enfermidade que havia provocado a sua internação (ANDRADE, 2002).

Segundo Andrade (2002, p.18), o Conselho da Europa, sugere este conceito:

A infecção hospitalar é toda patologia infecciosa contraída no hospital, devido a microorganismos reconhecíveis clínica e microbiologicamente, e que afeta o paciente, provocada pela internação ou por cuidados que tenham recebido como paciente hospitalar, ou em tratamento ambulatorial, assim como a patologia contraída pelo pessoal de saúde devido à sua atividade e independente dos sintomas se revelarem ou não durante a estada no hospital.

Segundo Andrade (2002), a incidência e o controle da infecção hospitalar estiveram muito ligados à evolução da prática cirúrgica, que também sofreu grandes transformações na evolução dos tempos operatórios através dos novos conhecimentos nos campos da anestesia e hemostasia, pelo avanço das técnicas de assepsia e esterilização, pelo uso e abuso dos antibióticos etc.

Existem fatores que vão intervir na infecção como: o agente, as fontes de infecção, vias de transmissão da infecção, suscetibilidade do hospedeiro e processo infeccioso (ANDRADE, 2002). Não só esses fatores interferem no controle da infecção, mas atitudes simples como o cortar das unhas, a não utilização de objetos como brincos, pulseiras e etc são de fundamental importância.

O controle da infecção hospitalar se dá através de várias maneiras. Segundo Lopez e La Cruz (2002) a lavagem das mãos, uma boa assepsia, a utilização de anti – sépticos, o bom manuseio do material esterilizado e etc são maneiras de se evitar uma possível infecção hospitalar.

No bloco cirúrgico é importante a utilização das técnicas assépticas durante a lavagem das mãos, o vestir do capote e o calçar das luvas, pois, por se tratar de um ato invasivo e o paciente ficar muito tempo exposto é de fundamental importância o cuidado no controle da infecção hospitalar.

Diante o exposto, pode-se assegurar que o controle da infecção depende de todos os que trabalham no setor supracitado, desde o faxineiro, que vai dar destino ao lixo, até o cirurgião, que é quem esta em contato direto com o paciente.

Partindo da premissa que é essencial o controle da infecção e enquanto alunas da graduação em Enfermagem (5º período) e monitoras da disciplina Enfermagem Cirúrgica II (8º e 9º períodos) e participe desse processo, tivemos a oportunidade de vivenciar através dos estágios práticos todos os procedimentos de enfermagem que podem desencadear a infecção, quando feita com quebra de preceitos aos métodos e técnicas de esterilização, desinfecção e limpeza, utilizando os processos químicos e físicos que se preconiza para o controle de infecção no Bloco Cirúrgico de uma instituição filantrópica e Hospital da rede pública e privada desta capital. Partindo deste ponto, surgiu os seguintes questionamentos:

- 1) Quais as técnicas utilizadas na prevenção da infecção hospitalar?
- 2) E qual a técnica de maior importância dentro do bloco cirúrgico para o controle da infecção hospitalar?

2 OBJETIVOS

- Identificar a importância do controle de Infecção Hospitalar no bloco cirúrgico;
- Investigar qual a técnica mais importante no controle da infecção hospital no bloco cirúrgico;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Resgate Histórico sobre Infecção Hospitalar

A criação dos hospitais remonta aos séculos XVIII e XIX, na Europa, basicamente para o tratamento de pessoas pobres, pois as de melhor situação financeira optavam por tratamento domiciliar. Desde os tempos imemoriais a humanidade vem tentando prover atenção, proteção e cuidados especiais às pessoas enfermas, a partir da segregação das mesmas, especialmente em locais específicos até a criação dos hospitais. A disseminação das doenças ocorria com facilidade dado às condições propícias para a transmissão das infecções, onde a tríade epidemiológica: agente, hospedeiro e meio ambiente se encontram em íntima correlação, sujeito a constantes desequilíbrios, que dão origem à doença (GONTIJO, 1991).

O primeiro tratamento **cirúrgico** que se tem notícia foi a trepanação realizado por médicos egípcios acerca de 10.000 anos. Como complicação inerente ao ato **cirúrgico**, a história da **infecção** se confunde com a história da cirurgia. Começou provavelmente na pré-história, quando do tratamento das feridas causadas por algum animal carnívoro, ou até mesmo por um rival de outra tribo (FERRAZ, 1997).

Por volta de 460 a C. , nascia Hipócrates, que foi o primeiro grande médico e cirurgião da história, com um espírito livre de superstição e misticismo, comuns à sua época. Sua capacidade de observação dos sinais e sintomas e de registros biológicos fez com que ressaltasse então, a cura primária e secundária das feridas, a importância da lavagem das mãos antes de operar e as vantagens de se usar água pura e vinho nas feridas (RODRIGUES, 1997).

Por volta de 157 d.C., Galeno, após Hipócrates, obteve grande notoriedade como médico dos gladiadores; observou que as feridas recentes e extensas quando lavadas com vinho e fechadas com fio de linho, curavam logo, sem a formação de pus. Ele afirmava que as incisões pára-medianas ofereciam um fechamento mais seguro, indicava a incisão e drenagem para o tratamento de abscessos, e a necessidade de se eliminar todo o tecido necrótico local (FERRAZ, 1997; RODRIGUES, 1997).

Com a queda do império Romano, o cuidado dos doentes passou a ser exercido por monges, enquanto o tratamento cirúrgico foi entregue aos barbeiros dos mosteiros; homens rudes, sem qualquer tipo de formação profissional. Até o ano de 1.800 a cirurgia somente era indicada em situações de risco de vida e como não havia anestesia, a rapidez do cirurgião era mais importante que sua técnica. Os pacientes sofriam com intensa dor, os procedimentos cirúrgicos eletivos apresentavam uma mortalidade inaceitável. As feridas eram lavadas com a mesma esponja, passando-se de um paciente a outro. O ar fétido emanado das más condições higiênicas dos hospitais, dos pacientes e dos ferimentos, formava um ambiente insuportável. Essa era a época do “pus saudável”, considerado como “precursor da boa cicatrização” (FERRAZ, 1997; RODRIGUES, 1997).

Dentro deste contexto, e como consequência da falta de condições higiênicas e sanitárias começou-se a perceber uma relação destas com a maior morbidade e mortalidade, por doenças que notadamente tinham sua transmissão associada ao pessoal médico e de saúde em geral.

Em 1863 Florence Nightingale, na Inglaterra, após observações feitas e com o objetivo de reduzir o risco das infecções, tão altos naquela época, passou a valorizar as condições do paciente e do ambiente destacando a limpeza, iluminação natural, odores, calor, ruídos e sistema de esgoto, mais do que a arquitetura pura e simplesmente estética, reduzindo drasticamente as taxas de mortalidade entre os soldados de guerra. Após a implantação dessas medidas de prevenção, descreveu as estratégias relacionadas com o cuidado do paciente e o ambiente hospitalar, e suas teorias constituíram a base do moderno **controle de infecção** hospitalar (GONTIJO, 1991).

Joseph Lister, médico escocês, começou então a defender a importância de se prevenir as infecções instituindo cuidados durante e após o ato **cirúrgico**, insistindo em métodos de antisepsia, utilizando ácido carbólico nos instrumentais. Após as descobertas de Pasteur, grande parte dos cirurgiões mudaram seu comportamento aceitando as teorias microbiológicas da época como a esterilização. A partir de então, debatiam sobre o melhor método: esterilização química ou a vapor, e ainda, evitavam as conversas desnecessárias durante o ato operatório. Alguns hospitais instalaram visores e cúpulas para evitar o fluxo de pessoas na sala de cirurgia. A correta aplicação de assepsia e anestesia transformou a sala de cirurgia em local de rígidas normas e rotinas, ao contrário do que se observava anteriormente (RODRIGUES, 1997).

No início do século XX, com as grandes descobertas da medicina, principalmente nas áreas da medicina tropical, da bacteriologia e da parasitologia, tornou possível o conhecimento das formas de transmissão das doenças através de agentes infecciosos. Começou assim, outra batalha, a necessidade de agentes que combatessem os microorganismos. E assim, no início dos anos 30, surgiram os primeiros antibióticos. As décadas de 40 e 50 foram conhecidas como a “era de ouro dos antibióticos”, até os anos 60, ocorreu pequenas modificações nas moléculas das drogas previamente conhecidas. Tão rápido quanto sua descoberta, surgiu os efeitos colaterais e as cepas resistentes, em decorrência do uso indevido e abusivo dos antibióticos (FERRAZ, 1997; RODRIGUES, 1997).

Assim, o interesse pelas infecções hospitalares torna-se cada vez maior pelo crescente número de casos, resistência ao tratamento e alta mortalidade, ganhando repercussões sociais e econômicas devido ao custo assistencial elevado e principalmente ao prolongamento do período de internação (RODRIGUES, 1997).

O Ministério da Saúde (MS) em 1983 publicou a Portaria 196 em 24 de junho, determinando que todos os hospitais deveriam constituir Comissões de **Controle de Infecção** Hospitalar independente da entidade mantenedora (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 196/06/83).

A nível Federal foi criada a Comissão Nacional de **Controle de Infecção** Hospitalar através da Portaria 140 de abril de 1987, que contava com representantes de vários Estados (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 140 de 08 de abril de 1987 – DOU, abril 1987).

A portaria 196/83 foi revogada em agosto de 1992 e o MS promulgou outra portaria em 27 de agosto (Portaria 930/92), definindo um conjunto de ações sistemáticas que visavam a redução máxima da **incidência** e gravidade das Infecções Hospitalares, acrescentando a obrigatoriedade da manutenção e presença de um médico e um enfermeiro para cada 250 leitos, com dedicação exclusiva, e recomendando a utilização de métodos de busca ativa na coleta de dados de tais infecções. Além disso, deveriam instituir programas de **controle de infecção** hospitalar, pela normatização e exercício de ações programadas e criar o serviço de **controle de infecção** hospitalar que constitui o órgão executivo da CCIH, que é um órgão normativo (BRASIL, MS, 1992).

4 ASPECTOS METODOLOGICOS

Propomo-nos a realizar uma pesquisa de natureza acerca da problemática da importância do controle de infecção hospitalar em um bloco cirúrgico de um Hospital Universitário. Para tanto, elegemos a pesquisa do tipo bibliográfica a fim de verificarmos o conhecimento produzido acerca da temática até o momento.

O primeiro passo para a coleta dos dados será reunir material bibliográfico disponível. Para tanto, serão feitas buscas em bibliotecas universitárias, bibliotecas virtuais, periódicos, livros, enfim, todo material que aborde o tema desta pesquisa.

Posteriormente, fundamentado na proposta de Gil (1999), realizaremos uma **leitura exploratória** de todo o material reunido a fim de nos aproximarmos com maior familiaridade ao tema da investigação. A partir desta, faremos a **leitura seletiva**, na qual faremos uma leitura mais aprofundada a fim de identificarmos o material que se constituirá no material de análise.

O critério de seleção dos trabalhos, artigos, textos que farão parte desta pesquisa serão aqueles que abordarem a temática em estudo. Para seleção do material a ser analisado faremos a leitura do título e/ou resumo e, posteriormente, do texto na íntegra. Aqueles que atenderem ao critério de seleção serão incluídos na análise.

De posse do material, faremos a **leitura do tipo analítica** “que tem por finalidade ordenar e resumir as informações contidas nas fontes” (GIL, 1999, p. 86). Nesse momento, identificaremos os temas-chave de acordo com as abordagens apresentadas nos textos que fazem parte do material empírico da pesquisa. A partir dessa fase, procederemos à **leitura interpretativa**, na qual buscaremos fazer a relação entre conteúdos das fontes pesquisadas com outros conhecimentos a fim de construirmos o relatório da pesquisa (GIL, 1999). Segundo o mesmo autor as leituras analítica e interpretativa nem sempre ocorrem separadamente.

O critério de encerramento da coleta dos dados empíricos será o momento em que identificarmos a saturação dos dados, portanto, não temos números definidos a priori. Para análise dos dados empíricos seguiremos os passos indicados por Minayo (1996), a saber, ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa, podemos observar no bloco cirúrgico, um local onde há uma grande rotatividade de profissionais e de pacientes com as mais diversas patologias, isso o torna um local de alto risco para a ocorrência de infecção hospitalar, visto que, nesse ambiente o paciente é submetido a procedimentos invasivos o que aumenta ainda mais o risco para a infecção hospitalar.

No decorrer da nossa vivência no bloco cirúrgico, tanto como graduandos ou como monitoras da disciplina de cirúrgica II, observou-se a utilização de técnicas assépticas para o controle da infecção. Dentre essas técnicas podemos observar a técnica da lavagem das mãos, vestir o capote e calçar as luvas, o uso de uniformes, gorros e máscaras também foram observados.

Após esse estudo, podemos ressaltar que para o controle a infecção hospitalar no bloco cirúrgico, algumas atitudes são de extrema importância para garantir um atendimento de qualidade ao paciente e garantir segurança a equipe de profissionais. As técnicas mais indicadas na literatura foram a lavagem das mãos, assepsia correta, a utilização de anti – sépticos, cuidado com o manuseio do material esterilizado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. T. S. **Guias Práticos de Enfermagem: cuidados intensivos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instruções para o controle das infecções hospitalares**. Portaria 196/1983. Brasília, Diário Oficial da União, 26/03/83, p.19-23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 140/87. Brasília, Diário Oficial da União, abril, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para o controle das infecções hospitalares**. Portaria 930/1992. Brasília, Diário Oficial da União, 04/09//92, p.1227-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2616/98. Brasília, Diário Oficial da União, 12/05/98.

FERRAZ, E. M. & FERRAZ, A. A. B. **Infecção em cirurgia: Aspectos Históricos**. MEDSI, Cap. 1, p.1-6, 1997.

FERRAZ A . A . B. **Infecção em ferida cirúrgica**. , Rio de Janeiro, MEDSI, Cap. 20, p.267-275, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5º ed, São Paulo: Atlas, 1999.

GONTIJO, O. M. J. **Avaliação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em Belo Horizonte: Proposta para incremento da resolutividade**. Belo Horizonte, 1991. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Medicina Tropical.

LÓPEZ, M. A. & LA CRUZ, M. J. R. **Guias Práticos de Enfermagem: Hospitalização**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

RODRIGUES, E. A .C. **Histórico das infecções hospitalares**. São Paulo: SARVIER, cap.1, p.1-27, 1997.

SILVA, C. R. L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde**. 2. Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G .Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.