



ARTIGO ORIGINAL

**ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE
INFECÇÕES DE CORRENTE SANGUÍNEA**

**NURSING TEAM ADHERENCE TO MEASURES FOR PREVENTION OF BLOOD CURRENT
INFECTIONS**

**ADHERENCIA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE
CORRIENTE SANGUÍNEA**

*Gisele Dias Dantas¹, Danielle Samara Tavares de Oliveira-Figueirêdo², Amanda Manuella Dantas Nobre³,
Edlene Régis Silva Pimentel⁴*

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento e adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter venoso central (ICSR-CVC) em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital-escola. Compuseram a amostra 22 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados foi auxiliada por questionários estruturados ocorrendo em duas etapas - aplicação do instrumento à equipe e observação sistemática dos comportamentos dos mesmos. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva. **Resultados:** 16 (72,7%) profissionais não citaram as medidas de prevenção de ICSR-CVC, houve incoerência entre o discurso e a prática, e a equipe de enfermagem apresentou fragilidades na adesão às medidas de prevenção. **Conclusão:** conclui-se que a adesão às medidas de prevenção de ICSR-CVC deve ser incentivada através de educação continuada. **Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva; Infecção Hospitalar; Infecções Relacionadas a Cateter; Cateterismo Venoso Central; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the knowledge and adherence of the nursing team to measures of prevention of bloodstream infections related to the central venous catheter (ICSR-CVC) in the Intensive Care Unit. **Method:** this study is descriptive, exploratory with a quantitative approach, conducted in an Adult Intensive Care Unit of a school hospital. The sample had 22 professionals from the nursing team. The data collection was held by structured questionnaires occurring in two stages - application of the instrument to the team and systematic observation of their behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** 16 (72.7%) professionals did not mention the measures of prevention of ICSR-CVC, there was inconsistency between the discourse and the practice and the nursing team presented weaknesses in adherence to the prevention measures. **Conclusion:** it is concluded that adherence to the measures of prevention of ICSR-CVC should be encouraged through continuing education. **Descriptors:** Intensive Care Units; Cross Infection; Catheter-Related Infections; Catheterization, Central Venous; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento y adherencia del equipo de enfermería a las medidas de prevención de infecciones de corriente sanguínea relacionadas al catéter venoso central (ICSR-CVC) en Unidad de Terapia Intensiva. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio, de enfoque cuantitativo, realizado en una Unidad de Terapia Intensiva Adulto de un hospital escuela. Compusieron la muestra, 22 profesionales del equipo de enfermería. La recolección de datos fue auxiliada por cuestionarios estructurados ocurriendo en dos etapas - aplicación del instrumento al equipo y observación sistemática de sus comportamientos. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** 16 (72,7%) profesionales no citaron las medidas de prevención de ICSR-CVC, hubo incoherencia entre el discurso y la práctica y el equipo de enfermería presentó fragilidades en la adherencia a las medidas de prevención. **Conclusión:** se concluye que adherencia a las medidas de prevención de ICSR-CVC debe ser incentivada a través de educación continuada. **Descriptor:** Unidades de Cuidados Intensivos; Infección Hospitalaria; Infecciones Relacionadas con Catéteres; Cateterismo Venoso Central; Seguridad del Paciente.

¹Graduanda do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/UFPG - Campus Cuité. Cuité (PB), Brasil. E-mail: diasgd19@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFPG - Campus Cuité. Cuité (PB), Brasil. E-mail: daniellesamara@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Hospital Universitário Alcides Carneiro/HUAC. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: amandamanuella@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Especialista em Terapia Intensiva, Universidade Federal de Campina Grande/UFPG - Campus Cuité. Cuité (PB), Brasil. E-mail: edleneregis@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A assistência em saúde é um processo complexo que não está isento de riscos e de possíveis eventos adversos. Dentre as possíveis complicações decorrentes do cuidado em saúde, destacam-se as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), as quais se constituem em problemas frequentes, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), apresentando-se com altas taxas de incidência e morbimortalidade.¹

Em se tratando das IRAS mais comumente identificadas no cenário de cuidados críticos, destacam-se especialmente as infecções de corrente sanguínea (ICS), em detrimento da utilização de dispositivos invasivos, a exemplo de cateteres venosos centrais (CVC).² Dispositivos estes que podem ser inseridos em uma veia ou artéria, centralmente ou periféricamente, com o intuito de monitorização hemodinâmica, administração de fluidos intravenosos, nutrição e medicamentos.³

Embora tenha sido verificada nos Estados Unidos da América (EUA) uma diminuição de 46% nas infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter central (ICSR-CVC) no período de 2008 a 2013, estima-se que ocorram em unidades de cuidados intensivos e enfermarias de unidades de cuidados agudos a cada ano cerca de 30.100 casos dessas infecções.⁴

Apesar dos problemas de subnotificação e dificuldades no sistema de vigilância dessas infecções, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil, notificou um total de 18.370 Infecções Primárias de Corrente Sanguínea (IPCS), entre janeiro e dezembro de 2010. Destas, mais da metade, 10.889 (59,3%), ocorreu em UTI adulto. Contudo, há subnotificação da incidência dessas infecções em todas as regiões do país evidenciada por uma fragilidade no sistema FormSUS, que é o formulário de notificação das IRAS da ANVISA.⁵

Nos últimos anos vem ocorrendo aprimoramento das normas de vigilância, elaboração de diretrizes e protocolos baseados em evidências científicas para a prevenção de ICSR-CVC, mas estas ainda se constituem em um grande problema para a segurança do paciente, especialmente daqueles hospitalizados em ambiente de UTI.⁶ Nesse sentido, alguns estudos têm demonstrado a possibilidade de redução das taxas dessas infecções por meio de um conjunto de medidas consideradas de fácil aplicação e de baixo custo: a padronização de normas para inserção de acessos venosos

centrais por meio do *bundle* de inserção, técnica estéril e cuidados de manutenção pós-inserção para que os valores se aproximem de zero.⁶

Estudo realizado em UTIs dos EUA verificou que a instituição de protocolos de prevenção de ICS não é a única medida que consegue obter impactos na redução da incidência e na ocorrência de complicações relacionadas a essas infecções. É necessário que os profissionais tenham conhecimento e possuam alta adesão às diretrizes recomendadas.⁷ Para tanto, as diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomendam a avaliação do conhecimento e das práticas dos profissionais de saúde no cenário das UTIs e justificam a necessidade de pesquisas que investiguem o conhecimento e adesão dos profissionais da saúde às medidas de prevenção de ICSR-CVC.⁸

É pertinente enfatizar que a prevenção de ICSR-CVC depende também de ações organizacionais que incluem o incentivo da gestão dos serviços de saúde ao conhecimento e cumprimento de cuidados de controle de infecção e segurança do paciente, incluindo as boas práticas nos cuidados de inserção e de manutenção de acessos venosos centrais pela equipe de saúde. Os esforços para a prevenção dessas infecções devem visar à qualidade da assistência e segurança do paciente, minimizando a ocorrência de eventos adversos por meio da identificação e implementação de estratégias interventivas que visem zerar a ocorrência dessa complicação em pacientes críticos.

Nesse sentido, os resultados deste estudo contribuem na identificação de lacunas no conhecimento e na adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de ICSR-CVC e poderão subsidiar ações de educação continuada em prol de melhorias na qualidade da assistência de enfermagem.

OBJETIVO

- Avaliar o conhecimento e adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de ICSR-CVC em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um Hospital-Escola situado no município de Campina Grande (PB), Brasil, no período de janeiro a fevereiro de 2017. O local do estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI- adulto). A UTI Adulto dispõe de dez leitos, sendo um destinado a pacientes em

Dantas GD, Figueirêdo DSTO, Nobre AMD et al.

Adesão da equipe de enfermagem às medidas...

isolamento, e se constitui em cenário de atividades teórico-práticas para diversos cursos da área de saúde. A população foi composta por 30 profissionais da equipe de enfermagem. A amostragem foi do tipo não probabilística e intencional, sendo formada por 22 profissionais da equipe de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas operacionais concomitantes: aplicação de um questionário estruturado e observação sistemática. O questionário estruturado foi aplicado com a finalidade de avaliar o conhecimento dos profissionais sobre boas práticas com o CVC e prevenção de ICSR-CVC, assim como verificar as dificuldades/facilidades dos profissionais acerca da execução de medidas de prevenção dessas infecções.

Foi realizada uma etapa de observação sistemática para verificar o cumprimento das ações de prevenção de ICSR-CVC pela equipe de enfermagem, que consistiu da visualização da manutenção dos CVC durante a realização do curativo da inserção cateter, durante o preparo de medicações e a administração das medicações pela equipe de enfermagem. Nesse sentido, um dos pesquisadores permaneceu quatro horas no setor por dois dias na semana durante o período da manhã, totalizando oito semanas de observação das práticas de manutenção de acessos venosos centrais e administração de medicamentos. Foram verificados 11 momentos de manutenção do CVC durante a realização do curativo da inserção do CVC, 11 voltados ao preparo de medicações e 11 referentes à administração de medicações.

Nessa etapa, os dados foram coletados por meio de técnica de observação sistemática. Para tanto, foi utilizado um *checklist* para observação sistemática construído conforme diretrizes nacionais e internacionais da ANVISA, *Guideline do Centers for Disease Control and Prevention* e *Bundle do Institute for Healthcare Improvement*⁸⁻⁹⁻¹⁰. A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva. Os dados quantitativos foram inseridos em um banco de dados e processados por meio de um *software* estatístico, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 *for Windows*, e apresentados em tabelas e gráficos, sendo discutidos com base na literatura pertinente. Esta pesquisa obedeceu aos preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Hospital Universitário

Alcides Carneiro sob número de protocolo 1.869.315 e CAAE: 57929816.3.0000.5182.

RESULTADOS

Participaram do estudo 22 profissionais da equipe de enfermagem, 7 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem, os quais apresentaram idade média de 39 anos (DP $\pm 7,35$). O tempo de formação profissional foi em média de 17 anos (DP $\pm 8,32$) e o tempo médio de experiência profissional de 16 anos (DP $\pm 8,58$). Quando avaliados sobre o tempo de trabalho no setor onde foi realizada a pesquisa, a média foi de 10 anos (DP $\pm 7,92$). Quanto à formação complementar, a maioria, 14 (63,6%), afirmou possuir especialização, entretanto uma quantidade expressiva, 7 (31,8), não possuía formação complementar.

Tabela 1. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre as medidas de prevenção de ICSR-CVC. Campina Grande (PB), Brasil, 2017 (n=22)

Variáveis	n	%
Riscos do uso do acesso central		
Pneumotórax	11	35,4
Infecção local	6	19,3
Hemorragia	4	12,9
Sepse	3	9,6
Hemotórax	2	6,4
Trombose	2	6,4
Choque	1	3,2
Enfisema subcutâneo	1	3,2
Endocardite	1	3,2
Existência de treinamento oferecido ao profissional sobre prevenção de ICSR-CVC		
Sim	1	4,5
Não	20	90,9
Resposta Ausente	1	4,5
Adesão a algum protocolo de prevenção de ICSR-CVC		
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Via de contaminação do CVC relacionada à ICS		
Via Extraluminal	8	36,4
Via Intraluminal	4	18,2
Colonização da ponta do cateter por disseminação hematogênica de outro sítio infeccioso	2	9,1
Vias intraluminal, extraluminal e colonização da ponta do cateter por disseminação hematogênica	2	9,1
Vias intraluminal e extraluminal	3	13,6
Via extraluminal e colonização da ponta do cateter por disseminação hematogênica	1	4,5
Via intraluminal e colonização da ponta do cateter por disseminação hematogênica	2	9,1

Quase a totalidade dos participantes, 20 (90,9%), afirmou que nunca teve algum tipo de treinamento sobre medidas preventivas de ICSR-CVC. A principal via de contaminação do cateter que se relaciona à ocorrência de ICSR-CVC assinalada pelos participantes foi a extraluminal, 8 (36,4%), e a intraluminal, 4 (18,2%). Apenas dois (9,1%) participantes assinalaram as vias mais associadas à ICSR-CVC, que seriam as vias intraluminal, extraluminal e colonização da ponta do cateter por disseminação hematogênica a partir de outro foco infeccioso (Tabela 1).

Em relação ao conhecimento das medidas de prevenção de ICSR-CVC recomendadas pelo CDC e ANVISA, 16 (72,7%) participantes não souberam citá-las. Dos seis participantes que opinaram, quatro (66,6%) citaram o uso de técnicas assépticas, três (50%) higienização das mãos, três (50%) realização de curativos de forma asséptica, dois (33,3%) assepsia do *hub* do cateter e outros dois (33,3%) uso de barreira máxima de proteção. Foi citado, uma vez pelo menos, observar o sítio de inserção diariamente, troca de equipos no tempo certo, desinfecção de ampolas e frasco ampolas e o uso de luvas estéreis (dados não mostrados).

Três (13,6%) participantes não souberam pontuar qual seria o papel do enfermeiro no momento da inserção do CVC. Dos participantes que citaram, 16 (84,2%) confirmaram a importância de certificar-se da

técnica asséptica, dois (10,5%) indicaram que esse momento seria voltado ao auxílio do médico, um (4,5%) citou o *checklist* no momento da inserção e um (4,5%) acredita que é observar e prover insumos. Todos os participantes assinalaram sentir-se aptos para realizar a manipulação do cateter, bem como a realização da avaliação diária de sua inserção. No que concerne ao preparo de medicações, 13 (59,1%) afirmaram realizar a desinfecção de ampolas e frasco ampolas e nove (40,9%) pontuaram que não realizam.

No momento da administração de medicamentos, 21 (95,5%) assinalaram que fazem a desinfecção do *hub* do cateter e um (4,5%) pontuou que não pratica desinfecções de ampolas e frascos ampolas. Dentre os que disseram realizar desinfecção, julgam obrigatória, uma vez que diminui o risco de infecção. Um participante (4,5%) assinalou não ser obrigatória a realização da desinfecção de ampolas e frascos ampolas e das portas de entrada do sistema de infusão, justificando que o sistema de administração de medicamentos é fechado e livre de contaminação.

Tabela 2. Observação dos comportamentos da equipe de enfermagem no momento do curativo. Campina Grande (PB), Brasil, 2017 (n=11)

Variáveis	n	%
Higiene das mãos antes do curativo		
Não realizou	11	100
Disposição dos materiais		
De forma asséptica	8	72,7
Houve contaminação	3	27,3
Uso de luvas		
Luvas de procedimento	2	18,2
Luvas estéreis	9	81,8
Limpeza do sítio de inserção		
Com clorexidina alcóolica	8	72,7
Com clorexidina aquosa	1	9,1
Não realizou	2	18,2
Cobertura do sítio de inserção		
Gaze estéril e fita	5	45,5
Curativo semipermeável	6	54,5
O curativo foi datado		
Sim	1	9,1
Não	10	90,9
Motivo da troca do curativo		
Por saturação	5	45,5
Não foi datado o curativo	5	45,5
Devido ao tempo de permanência	1	9,1
Higiene das mãos após curativo		
Sim	8	72,7
Não	3	27,3

A totalidade dos participantes indicou a higienização das mãos como importante antes de manipular o cateter, no entanto, ao serem observados em 11 (100%) momentos durante a realização do curativo da inserção do CVC, os profissionais da enfermagem demonstraram não realizar a higienização das mãos imediatamente antes de realizar o curativo (Tabela 2).

Em 10 (90,9%) momentos o curativo não foi datado. A troca do curativo de inserção do CVC ocorreu em cinco (45,5%) dos casos por saturação, nos outros cinco (45,5%) momentos a troca foi realizada, mas o curativo não estava datado anteriormente. Na maioria das vezes, 8 (72,7%), a higienização das mãos foi realizada após o término do procedimento (Tabela 2).

Durante as observações dos comportamentos do preparo e administração de medicamentos, verificou-se que em todos os momentos observados, 11 (100%), a higienização das mãos foi realizada antes. No entanto, a desinfecção de ampolas e frasco ampolas não foi detectada nas 11 (100%) observações e a desinfecção do *hub* do cateter no momento da administração de medicações também não foi visualizada em 11 (100%) das vezes. As Figuras 1 e 2 comparam as respostas dos profissionais quanto a sua prática e às observações dos comportamentos visualizados durante a assistência da equipe de enfermagem.

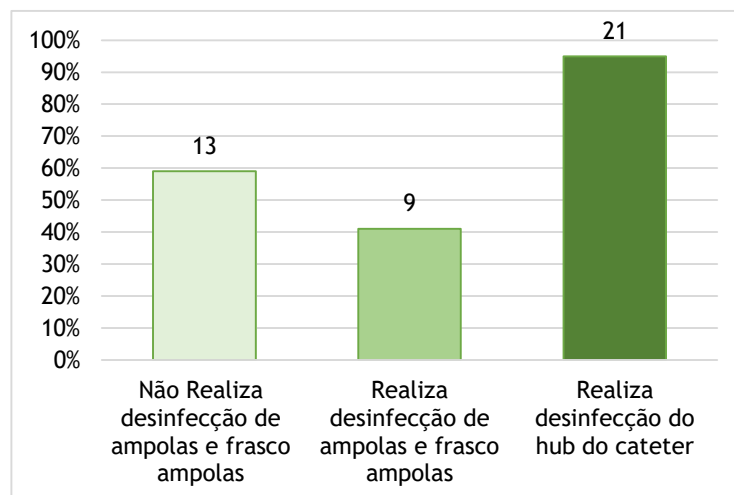


Figura 1. Respostas dos profissionais quanto à prática realizada no momento de preparo e administração de medicamentos. Campina Grande (PB), Brasil, 2017 (n=22)

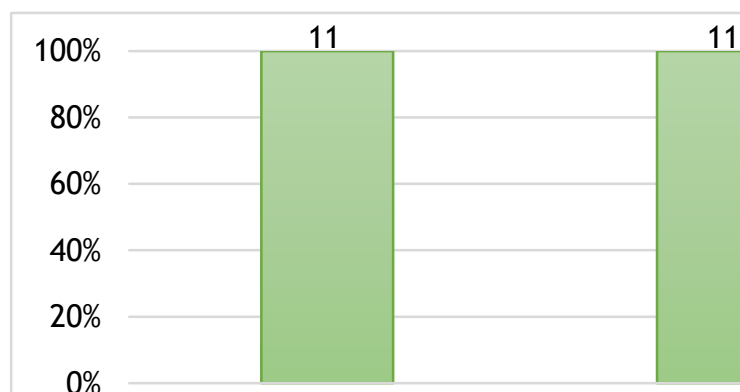


Figura 2. Observação dos comportamentos dos profissionais durante o preparo e administração de medicamentos. Campina Grande (PB), Brasil, 2017 (n=11)

A Figura 1 demonstra as respostas dos profissionais quanto à prática realizada nos momentos de preparo e administração de medicamentos. A maioria dos profissionais, 13 (59%), relatou realizar a desinfecção de ampolas e frasco ampolas no momento do preparo da medicação e 21 (95,4%) disseram realizar a desinfecção do *hub* do cateter julgando ser obrigatória essa prática antes de administrar as medicações (Figura 1). No entanto, os dados da observação da manutenção do CVC durante os momentos de preparo e administração de medicamentos evidenciaram que em 11 (100%) momentos os profissionais negligenciaram as ações de desinfecção de ampolas e frasco ampolas e do *hub* do cateter, como demonstrado na Figura 2.

O desconhecimento dos protocolos desenvolvidos pelo CDC e ANVISA também se constitui em problema e foi a principal dificuldade pontuada por uma parte dos profissionais, 9 (40,9%). Todavia, outros nove (40,9%) participantes afirmaram não possuir dificuldades de nenhuma ordem.

DISCUSSÃO

Foi constatado que a equipe de enfermagem em sua maioria não recebeu treinamento para inserção e manutenção de CVC com enfoque para a prevenção de ICSR-CVC. Tal fenômeno pode ser explicado pela falta de uma comissão de educação continuada em instituições de saúde. Estudo que avaliou o impacto da educação continuada no conhecimento de profissionais na assistência a pacientes em uso de CVC verificou que após implementação de medidas educativas os participantes evoluíram de 60% para 99% em acertos referentes ao conhecimento sobre boas práticas com o CVC antes e após implementação da intervenção educativa, respectivamente.¹¹

A maioria da equipe de enfermagem, 14 (63,6%), afirmou possuir especialização *latu*

sensu, contudo uma quantidade expressiva, 7 (31,8%), não possui formação complementar. Sabe-se que a qualificação profissional possibilita uma assistência mais segura ao paciente. Estudo demonstrou que a segurança do paciente é pouco abordada na formação do profissional de saúde, seja na graduação, seja nos programas de residência médica/multiprofissional, e quando abordada é de maneira pontual sem reflexões críticas aprofundadas.¹² Portanto, evidencia-se a necessidade de melhorias no processo formativo no que tange aos aspectos relacionados às ICSR-CVC em nível de graduação e pós-graduação em enfermagem.

Ao citarem o risco de infecção local devido ao uso do CVC, provavelmente os participantes não sabem diferenciar a infecção local e a ICSR-CVC. A primeira corresponde a qualquer infecção de foco localizado na inserção do cateter sem repercussões sistêmicas, enquanto a segunda são aquelas infecções de consequências sistêmicas graves, bacteremia ou sepse, sem foco primário identificável, tendo como provável fator relacionado o próprio CVC.¹³

A maioria da equipe de enfermagem indicou a via extraluminal e a intraluminal como as responsáveis pela contaminação do cateter. Apenas dois (9,1%) dos participantes citaram as três vias de contaminação por meio das quais os microrganismos podem adentrar a corrente sanguínea. Existem três vias reconhecidas para a contaminação dos cateteres: a via extraluminal, que se dá pela migração dos microrganismos da pele no local de inserção para o interior do cateter e ao longo da superfície do cateter com colonização da ponta do cateter – a rota mais comum de infecção para curto prazo; a via intraluminal, que ocorre a partir da contaminação direta do cateter por contato com as mãos ou fluidos ou dispositivos contaminados; a colonização da ponta do cateter por disseminação hematogênica,

Dantas GD, Figueirêdo DSTO, Nobre AMD et al.

Adesão da equipe de enfermagem às medidas...

menos comum, ocorre quando os cateteres podem se tornar hematogenicamente semeados por meio de outro foco de infecção.⁸

Foi verificado neste estudo que a maioria dos participantes, 16 (72,7%), não soube descrever as principais medidas de manutenção instituídas pelo CDC, a saber: a higienização das mãos antes da manipulação do CVC; o uso de luvas estéreis para manusear o cateter no momento da realização do curativo; o uso de clorexidina alcoólica a 0,5% para limpeza durante o curativo; avaliação da inserção do cateter diariamente para monitorizar sinais de infecção; desinfecção do *hub* do CVC antes da administração de medicamentos.⁸ Nessa perspectiva, convém salientar que a falta de conhecimento é o fator que mais contribui para a ocorrência de eventos adversos. Esse fenômeno pode repercutir em danos aos pacientes e, ainda, em prejuízos aos profissionais devido aos aspectos éticos e legais relacionados.¹⁴

Este estudo verificou, ainda, que foi indicado como principal papel do enfermeiro no momento da inserção do cateter certificar-se da técnica asséptica, 16 (84,2%). Nesse ponto, os profissionais assinalaram corretamente, visto que essa prática pode ser subsidiada através de um *checklist* baseado em protocolos. A aplicação do *checklist* no momento da inserção permite ao profissional enfermeiro certificar-se de que as técnicas assépticas não serão quebradas, diminuindo, assim, o risco de infecção. Estudo realizado na China comparou a incidência de infecção relacionada ao uso do cateter central, após a adoção de um *checklist* de cuidados com o dispositivo, e verificou que a incidência diminuiu de 3,1/1.000 para 0/1.000 cateteres/dia, sendo a diferença estatisticamente significativa.¹⁵

Por mais que todos os participantes da equipe de enfermagem tenham revelado sentirem-se aptos para manipular CVCs, foi detectado que são necessárias mudanças no comportamento desses profissionais, principalmente na tentativa de incentivar a adesão às medidas de prevenção de ICSR-CVC. Essas mudanças são possíveis a partir de maciço investimento em educação continuada. Os programas de educação continuada, desde que embasados cientificamente, aliados à teoria e prática, podem mudar realidades na assistência em saúde.¹⁶

No momento das observações houve incoerência entre o discurso dos profissionais e a prática. Foi verificado nesta pesquisa que a equipe de enfermagem não realiza a higiene

das mãos imediatamente antes de realizar o curativo do CVC, por mais que tenham conhecimento da importância de realizá-la. Estudo avaliou a adesão à higiene das mãos de uma equipe multiprofissional e verificou que os técnicos de enfermagem (29,8%) foram os que menos aderiram e os fisioterapeutas (53,5%) os que mais aderiram à higiene das mãos.¹⁷

Neste estudo, a equipe de enfermagem demonstrou não aderir à realização da desinfecção de ampolas e frasco ampolas e do *hub* dos cateteres, visto que no momento das observações essa prática não foi verificada. Essas condutas podem levar ao desenvolvimento de eventos adversos na assistência ao paciente. Para tanto, é imprescindível que ocorra estímulo da gestão, através do apoio das instituições, para que os erros e eventos adversos possam ser notificados, analisados e corrigidos, impedindo, desse modo, a sua repetição, respaldando os profissionais em sua prática.¹⁸

A equipe de enfermagem, na maior parte das observações, demonstrou não datar os curativos. A ANVISA preconiza a troca correta do curativo e para isso é importante que o curativo seja datado. Salienta-se o uso de gaze, filme transparente ou semipermeável estéril para cobrir a inserção do cateter. É importante realizar a limpeza do sítio de inserção com clorexidina alcoólica 0,5% e/ou a 2% e trocar cobertura com gaze estéril a cada 48 horas, ou antes, se estiver suja, solta ou úmida e para cobertura transparente semipermeável a cada 7 dias, ou antes, se suja, solta ou úmida.⁹

No entanto, o desconhecimento das medidas de prevenção de ICS protocoladas pelo CDC e ANVISA foi o fator dificultador de mais prevalência nesta investigação. Esse achado pode ter relação com a baixa oferta de capacitação da equipe de UTI no tocante à temática. Portanto, é necessária uma união entre o serviço de educação continuada, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e profissionais assistenciais para que mudanças possam ser implementadas e assim protocolos sejam aderidos pelos profissionais de saúde como prática indispensável em sua rotina.¹⁶ Notoriamente, são necessários investimentos no que se refere à educação continuada dos profissionais de enfermagem em relação às medidas de prevenção de ICSR-CVC.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram avaliar que a equipe de enfermagem possui fragilidades no conhecimento das medidas de prevenção de ICSR-CVC preconizadas pela

Dantas GD, Figueirêdo DSTO, Nobre AMD et al.

Adesão da equipe de enfermagem às medidas...

ANVISA e pelos órgãos internacionais a exemplo do CDC. Além disso, grande parte dos profissionais assinalou não ter tido treinamento voltado às medidas de prevenção de ICSR-CVC.

A maioria dos profissionais da enfermagem referiu realizar medidas de manutenção do CVC, tais como desinfecção de ampolas, frasco ampolas e do *hub* do cateter para administração de medicamentos, entretanto a execução dessas medidas não foi visualizada no momento de observação dos cuidados prestados pela equipe. Esses achados permitem supor que a equipe sabe da importância de tais práticas, mas não adere como rotina em sua práxis. Dessa maneira, conclui-se que a equipe de enfermagem participante desta pesquisa também possui fragilidades na adesão às medidas de prevenção de ICSR-CVC.

As principais limitações deste estudo dizem respeito ao pouco período de observações e à amostra reduzida. Sugerem-se estudos de intervenção educativa para avaliar o impacto na adesão e conhecimento dos profissionais em relação às IRAS com enfoque para as ICSR-CVC. Por fim, não foram observadas dificuldades estruturais para a prática de cuidados com pacientes em uso de CVC, mas, sim, de cunho teórico. Os profissionais demonstraram possuir dúvidas no manejo do CVC e desconhecimento sobre as medidas de prevenção, ratificando, dessa forma, a necessidade que os gestores implementem medidas de educação continuada para esses profissionais abrangendo tal temática. Sugere-se que sejam instituídos e implementados protocolos, normas e rotinas visando à segurança do paciente, em especial o controle e a prevenção das ICSR-CVC em ambientes de cuidados críticos.

REFERÊNCIAS

1. Latif A, Halim MS, Pronovost PJ. Eliminating infections in the ICU: CLABSI. *Curr Infect Dis Rep*. 2015;17(7):1-9. PubMed PMID:26031963.
2. Pereira FGF, Chagas ANS, Freitas MMC, Barros LM, Caetano JA. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Vigil sanit debate* [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 29];4(1):70-7. Available from: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/614>
3. Rickard CM, Marsh NM, Webster J, Gavin NC, McGrail MR, Larsen E et al. Intravascular device administration sets: replacement after standard versus prolonged use in hospitalised patients—a study protocol for a randomised controlled trial (The RSVP Trial). *BMJ Open* [Internet]. 2015 [cited 2016 June 20]; 5(2):1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25649214>
4. Centers for Disease Control and Prevention (US); National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report [Internet]. 2014 [cited 2016 June 29]; Available from: www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf
5. Agência Nacional de Vigilância em Saúde (BR). Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, boletim informativo. Anvisa [Internet]. 2014 [cited 2016 June 29]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/11-boletim-informativo-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude>
6. Oliveira FJG, Caetano JA, Silva VM, Almeida PC, Rodrigues AB, Siqueira JF. Use of clinical indicators in the evaluation of prevention and control practices for bloodstream infection. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 June 29];24:1018-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000401018&script=sci_abstract
7. Furuya EY, Dick A, Perencevich EN, Pogorzelska M, Goldmann D, Stone PW. Central Line Bundle Implementation in US Intensive Care Units and Impact on Bloodstream Infections. *PLoS One* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 16];16(1):1-6. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0015452>
8. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin Res Infect Dis* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 20];52(9):162-93. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>
9. Ministério da Saúde (BR). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Anvisa [Internet]. 2017 [cited 2016 July 20]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude-3>
10. Institute for healthcare improvement (US). How-to Guide: prevent central line-associated bloodstream infections (CLABSI)

Dantas GD, Figueirêdo DSTO, Nobre AMD et al.

Adesão da equipe de enfermagem às medidas...

[Internet]. 2012 [cited 2016 July 20]. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventCentralLineAssociatedBloodstreamInfection.aspx>

11. Williams DW. Use of a Policy-Driven Education Program to Reduce Central Line-Associated Bloodstream Infection Rates. *J Infus Nurs*. 2015; 38(1):63-8. PubMed PMID:25545975.

12. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 July 20];20(3):1-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300212&script=sci_abstract&tlng=pt

13. Ministério da saúde (BR). Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde [Internet]. 2013 [cited 2016 July 20]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>

14. Rodrigues MCS, Oliveira LC. Errors in the administration of antibiotics in the intensive care unit of the teaching hospital [Internet] 2010 [cited 2016 Aug 21];12(3):511-9. Available from: www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a14.htm

15. Wang W, Zhao C, Ji Q, Liu Y, Shen G, Wei L. Prevention of peripherally inserted central line-associated blood stream infections in very low-birth-weight infants by using a central line bundle guideline with a standard checklist: a case control study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 26];15(69):1-6. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0383-y>

16. Oliveira FJG, Caetano JA, Silva VM, Almeida PC, Rodrigues AB, Siqueira JF. Use of clinical indicators in the evaluation of prevention and control practices for bloodstream infection. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 29];24(4):1018-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401018&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en

17. Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelle LCS, Monteiro S. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept 05];36(4):1-

8. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090>

18. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Cogitare enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept 20];20(3):1-8. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40687/26259>

Submissão: 12/04/2017

Aceito: 12/05/2017

Publicado: 01/10/2017

Correspondência

Gisele Dias Dantas

Rua Antônio Faustino Gomes, 46

Bairro Centro

CEP: 58195-000 – Frei Martinho (PB), Brasil