

VIABILIDADE ECONÔMICA E REDUÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE COM A UTILIZAÇÃO DE NOVOS AGENTES DESINFETANTES

ECONOMIC FEASIBILITY AND REDUCTION OF INFECTIONS RELATED TO HEALTH CARE WITH THE USE OF NEW DISINFECTANT AGENTS

LARISSA EUFRÁSIO DAS NEVES¹, MARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA DA SILVA¹, VANESSA CRISTINA LIMA SOARES SILVA¹, ADIBE GEORGES KHOURI², SANDRA OLIVEIRA SANTOS², ALEXSANDER AUGUSTO DA SILVEIRA², THÂMARA MACHADO E SILVA², ADELIANE CASTRO DA COSTA², ARTHUR DE CARVALHO E SILVA², ÁLVARO PAULO SILVA SOUZA^{2*}

1. Bacharel em Farmácia pela Faculdade Estácio de Sá de Goiás-FESGO; 2. Docente do curso de Farmácia da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-FESGO

* Avenida Goiás, Quadra 2.1, Lote Área, Loja 2, , 2151 - Setor Central. CEP: 74063010. alvaro.farmacutico@hotmail.com

Recebido em 01/03/2021. Aceito para publicação em 31/05/2021

RESUMO

Introdução: Na atualidade dentre os maiores problemas relacionados a qualidade de assistência ao paciente em um ambiente hospitalar destaca-se os casos de Infecções Relacionadas a Assistência de Saúde (IRAS), ocasionando a morbidade ou mortalidade do paciente prolongando a sua permanência e consequentemente elevando seu custo conforme a portaria nº 2.616/1998, onde a mudança na denominação não altera o objeto de estudo e prevenção nos casos de infecção adquirida em um ambiente hospitalar. **Objetivo:** Verificar a viabilidade econômica e eficácia do Surfic® em relação à utilização de outros produtos desinfetantes na redução de IRAS em um Hospital particular de médio porte no município de Goiânia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório transversal e retrospectivo que foi realizado em um hospital particular de médio porte localizado no município de Goiânia-GO. **Resultados:** Os resultados obtidos demonstram uma economia financeira significativa após a utilização do Surfic® na limpeza da unidade. A pesquisa identificou ainda que as três principais infecções hospitalares identificadas foram: Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente (IPCS-L); Infecção de Trato Urinário (ITU) e Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) que tiveram redução em dois períodos distintos. **Conclusão:** O Surfic® apresenta viabilidade econômica, pois o mesmo apresentou uma redução de gastos de 14,1% em relação aos demais produtos. Além da economia verificou-se redução das taxas das principais infecções apresentadas nos resultados. Compreende-se que deve haver treinamento e educação continuada para que os profissionais da saúde apliquem as regras de higienização, a fim de garantir o cuidado com a saúde daqueles que estão internados em unidades hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Relacionada a Assistência de Saúde; Viabilidade Econômica; Redução de Infecções.

ABSTRACT

Introduction: Currently, among the biggest problems related to the quality of patient care in a hospital environment, the cases of Health Care Related Infections (HAI) stand out, causing morbidity or mortality of the patient, prolonging their stay and consequently increasing their cost according to ordinance No. 2616/1998, where the change in the name does not change the object of study and prevention in cases of infection acquired in a hospital environment. **Objective:** To verify the economic feasibility and effectiveness of Surfic® in relation to the use of other disinfectant products in the reduction of HAIs in a medium-sized private hospital in the city of Goiânia. **Methodology:** This is a cross-sectional and retrospective exploratory study that was carried out in a medium-sized private hospital located in the city of Goiânia-GO. **Results:** The results obtained demonstrate significant financial savings after using Surfic® to clean the unit. The research also identified that the three main hospital infections identified were: Primary Laboratory Bloodstream Infection (IPCS-L); Urinary Tract Infection (UTI) and Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation (VAP), which had a reduction in two distinct periods. **Conclusion:** Surfic® presents economic viability, as it presented a 14.1% reduction in expenses compared to other products. In addition to the economy, there was a reduction in the rates of the main infections presented in the results. It is understood that there must be training and continuing education for health professionals to apply the hygiene rules, in order to ensure the health care of those who are hospitalized in hospitals.

KEYWORDS: Health Care Related Infection; Economic viability; Reduction of Infections.

1. INTRODUÇÃO

A Infecção Relacionada a Assistência a Saúde (IRAS) é um sério problema de saúde que afeta cerca de 1,5 milhões de pessoas anualmente em todo o mundo. Em termos de incidência, observa-se uma ocorrência de 10% de IRAS a cada 100 pacientes hospitalizados em países em desenvolvimento, gerando problemas éticos, jurídicos e sociais (GIROTI *et al.*, 2018).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil o índice de casos IRAS está em torno de 14% das internações, sendo que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem como meta a redução de 30% dos casos até 2020. Essa projeção se enquadra nos desafios já lançados pela OMS que prioriza a segurança do paciente sob os lemas “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” e “cirurgias seguras salvam vidas” (OPAS/OMS, 2010).

Embora as primeiras comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tenham surgido na década de 1960, as ações governamentais programáticas tiveram início nos últimos anos da ditadura militar após a morte de Tancredo Neves em 1985, decorrente de uma infecção generalizada após sucessivas cirurgias. A partir desse fato, obteve-se maior atenção por parte da regência pública, principalmente, com o desenvolvimento de cursos de capacitação voltados ao controle dessas infecções por meio de normativas do Ministério da Saúde (MS). Decorrente dessas ações houve a criação de legislações pertinentes a prevenção e controle de IRAS e como central dessas diretrizes está a obrigatoriedade da composição de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos hospitais (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Uma das primeiras medidas adotadas no controle de infecções hospitalares foi em 1992, em que o MS publicou a Portaria Nº 930/1992 a qual sustentava a exigência da CCIH e determinava que os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) fossem implantados, tendo como principal medida a redução e a gravidade das infecções hospitalares (DANTAS, 2011).

Atualmente, as legislações pertinentes a prevenção e controle de IRAS têm como base a Lei nº 9.431/1997 que determina que os hospitais constituam uma CCIH, Portaria nº 2.616/1998, que estipula normas e diretrizes para prevenir e controlar infecções hospitalares e também estabelece a criação do Programa de Controle de Infecções Relacionadas a Saúde (PCIRAS), Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 48/2000 que avalia o cumprimento das ações do PCIRAS e por último e mais recente a Portaria de nº 1.218/2012, que deu origem a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CNCIRAS), cujo papel principal é dar suporte a Diretoria Colegiada da ANVISA na regulamentação sanitária favorecendo a prevenção e controle das IRAS e da resistência bacteriana em serviços de saúde, além de identificar e minimizar as

fragilidades da estrutura atual do Programa de Controle de Infecções Relacionadas a Saúde (PCIRAS) nos hospitais (BRASIL, 2013).

Dentre as principais regulamentações a respeito do controle de infecções hospitalares a portaria 2.616 de 12 de maio de 1998 que está em vigor, dispõe das diretrizes que regem as normas e condutas que garantam a segurança do paciente e profissional em casos de risco de infecções em ambientes hospitalares. Para que essas condutas sejam adotadas é necessária a criação de uma CCIH que fica responsável pela avaliação, elaboração e implementação de ações que se adequem a necessidade da instituição, buscando a prevenção de casos de Infecção Hospitalar (IH). A CCIH deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar de nível superior, dividida em membros consultores e executores, sendo o coordenador ou presidente alguém designado pela direção do hospital (BRASIL, 1998).

Uma das principais atribuições da CCIH está no controle de infecções relacionadas assistência e saúde, provocados por microrganismos resistentes presentes nas superfícies. A sua responsabilidade está nas ações que possam prevenir contaminações, por meio das mãos dos profissionais de saúde e de instrumentos ou materiais que podem se contaminar, assim podendo infectar pacientes e outros possíveis ambientes (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a OMS adota medidas de prevenção e controle desses microrganismos resistentes que serão executadas pelo serviço da CCIH por meio da higienização das mãos dos profissionais de saúde, limpeza e desinfecção. A limpeza das instalações hospitalares deve ser realizada diariamente por profissionais capacitados, para que seja mantido de forma limpa e conservada, livre de insetos e de sujidade e riscos de contaminação. Para isso são utilizados equipamentos e produtos capazes de realizar tais medidas (OLIVEIRA, 2008).

Atualmente, quando se fala em processo de desinfecção, subentende-se o uso de agentes químicos, cujos princípios ativos permitidos pelo Ministério da Saúde, por meio da RDC nº 14, de 28 de fevereiro de 2007 são: os aldeídos, fenólicos, quaternário de amônia, compostos orgânicos liberadores de cloro ativo, iodo e derivados, álcoois e glicóis, biguanidas e outros, desde que atendam à legislação específica (BRASIL, 2007).

Ainda de acordo com a RDC nº 14/2007 os aldeídos são os agentes mais utilizados na desinfecção. Os compostos fenólicos são recomendáveis para desinfecção de nível médio ou intermediário, sendo que não podem ser utilizados em artigos que tenha contato com vias aéreas. O quaternário de amônia geralmente é utilizado em associação com outros desinfetantes. O cloro é um agente desinfetante de amplo espectro, iodo é usado como antisséptico e pode ser usado na desinfecção. Já o álcool é amplamente usado como desinfetante no âmbito hospitalar, tanto o álcool etílico 70% (p/v), como o isopropílico, 92%

(p/v) (BRASIL, 2007).

Considerando que as IRAS geram grandes impactos na saúde no contexto das ações de assepsia quanto no controle microbiológico destacando a importância das medidas de prevenção e controle dessas infecções, bem como suas limitações e as inovações disponibilizadas pelo mercado (BRASIL, 2013), o objetivo desse estudo é verificar a viabilidade econômica e efetividade do Surfic® em relação à utilização de outros produtos desinfetantes na redução de IRAS em um Hospital particular de médio porte no município de Goiânia.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório transversal e retrospectivo que foi realizado em um hospital particular localizado no município de Goiânia-GO, onde foram analisados os dados referentes a compras de produtos sanitizantes e planilhas com indicadores sobre infecções hospitalares.

Os dados foram coletados a partir de documentos localizados no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do Hospital. Para a realização da coleta de dados foi elaborado uma ficha para comparação dos valores dos produtos sanitizantes e levantamento de dados sobre os indicadores referentes às infecções hospitalares.

Para determinação da amostra a ser analisados foi considerado o período entre os meses de janeiro/2016 a dezembro/2018. Nesse período analisado foi possível estratificar dados referentes aos custos e surtos de infecções hospitalares antes e depois da utilização do Surfic®. O levantamento de dados foi exclusivamente para apuração de dados referentes à viabilidade econômica e redução de IRAS. Foram incluídos nessa pesquisa todos os documentos referentes a compras de materiais sanitizantes e os indicadores sobre surtos de infecções hospitalares no período estabelecido e foram excluídas as fichas de indicadores que estavam rasuradas ou incompletas. Os dados obtidos foram tabulados e analisados através do Software Excel® versão 2010.

Para andamento da pesquisa, foi solicitado ao

CEP/UNESA a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por ser um estudo observacional, descritivo retrospectivo, que empregará apenas informações de documentos sem previsão de utilização de material biológico, sem intervenções clínicas e garantindo o anonimato das informações coletadas sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos pacientes. A pesquisa iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) UNESA, obedecendo rigorosamente a Resolução n. 466/2012 (CONEP, 2012) sob o número do CAAE: 19716519.3.0000.5284.

3. RESULTADOS

No intuito de verificar em relação a viabilidade econômica dos agentes sanitizantes utilizados na Unidade de Terapia Intensiva 1 (UTI-1) deste hospital em dois períodos diferentes, obteve-se que no período de janeiro de 2016 a junho de 2017 foram utilizados o álcool 70° para desinfecção de superfícies (móveis e aparelhos) com quantidade aproximada de 1.404 litros correspondendo ao valor de R\$ 3.973,32. Além do álcool 70°, também era utilizado o produto Incidin® (cloreto de alquildimetilbenzil amônio, surfactante não iônico, glucoprotamina, solvente, agente complexante, agente anticorrosivo e água), para desinfecção de piso, paredes e teto com a quantidade aproximada de 3 unidades de 5 litros, com valor de R\$ 4.600,00 de custo para o período de 18 meses.

A partir do início do ano de 2017 houve problemas na importação do Incidin®, levando o hospital a buscar uma nova alternativa de agente sanitizante, onde em julho/2017 o Surfic® (Cloreto de alquilbenzil amônio - cloreto de benzalcônio 5,2% e polihexametileno biguanida - PHMB 3,5%) foi introduzido, sendo utilizado para desinfecção de piso, teto, paredes, macas e superfícies (móveis e aparelhos) com gasto aproximado de 10 unidades de 5 litros, com o valor de R\$ 9.340,00 para o período de 18 meses (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparativo de economia anual de agentes desinfetantes em um hospital de médio porte. Goiânia, 2016-2018.

Agentes desinfetantes	1º período (janeiro/2016 a junho /2017)			2º período (julho/2017 a dezembro 2018)			Economia real (%) ¹
	Qdd	Valor unit.	Valor total (18 meses)	Qdd	Valor unit.	Valor total (18 meses)	
Álcool 70°	1.404	R\$ 2,83	R\$ 3.973,32	-	-	-	-
Incidin®	3	R\$ 2.300,00	R\$ 6.900,00	-	-	-	-
Surfic®	-	-	-	10	R\$ 934,00	R\$ 9.340,00	-
Total			R\$ 10.873,32			R\$ 9.340,00	14,1

¹valores gastos no primeiro período, subtraído aos valores gastos no segundo período.

A fim de analisar dados sobre casos de infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada (IPCS-L) na unidade hospitalar do estudo, na Figura 1 demonstra que no primeiro período que decorre de janeiro/2016 a junho/2017, apresentou alguns picos de incidência nos meses de fevereiro/2016 com 47,6%, setembro e novembro com 23,2% e 23,6%, respectivamente. No período apresentado também

houve meses com baixo registro nas taxas de IPCS-L, tendo os meses de abril e maio/2016 e janeiro e março/2017 sem registro de casos. No segundo período, após o início da utilização do Surfic® verifica-se uma maior quantidade de meses como fevereiro e dezembro/2017 e janeiro, fevereiro, junho, novembro e dezembro/2018 sem nenhum caso de IPCS-L registrado.

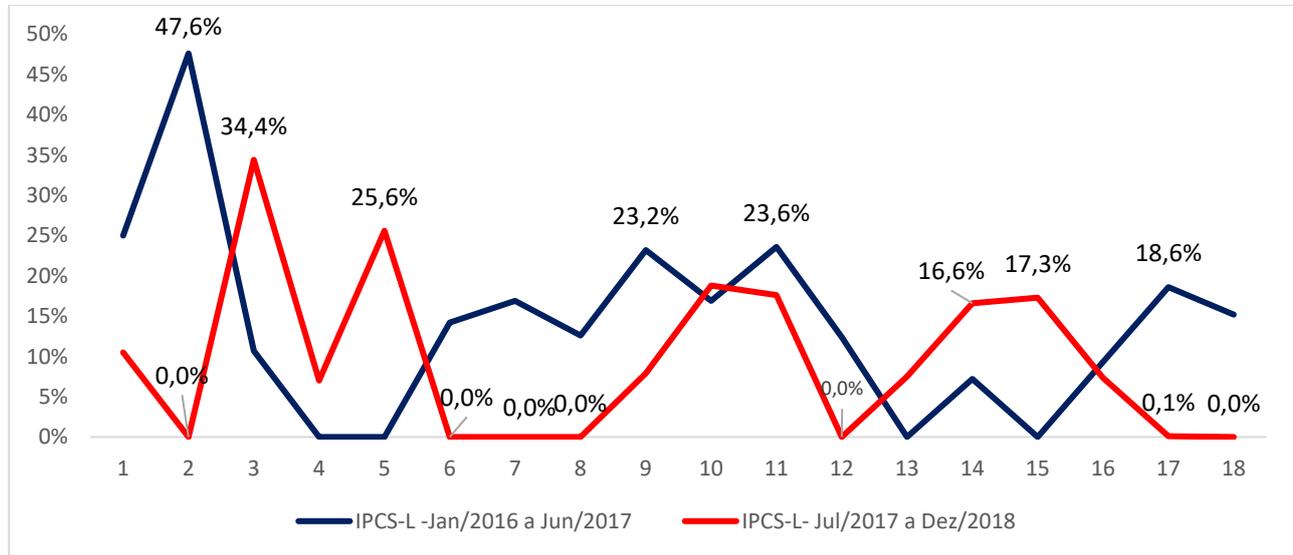


Figura 1 – Casos diagnosticados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente em um hospital de médio porte no município de Goiânia, 2016-2018.

Para obter maiores informações de casos, foram coletados os dados referentes ao número de infecção do Trato Urinário (ITU), em que registrou se no primeiro período picos de incidência nos meses de fevereiro/2016 com 10%, entre os meses de março a dezembro chegando a 12% no mês de maio. Em 2017

foi registrado um aumento no mês de janeiro de (14,3%) e maio (10,8%). No segundo período, após a troca do agente desinfetante registrou-se no mês de março 19,2% e em maio com 18,5%, caindo até dezembro significativamente, mantendo em 3,6% até o último período (Figura 2).

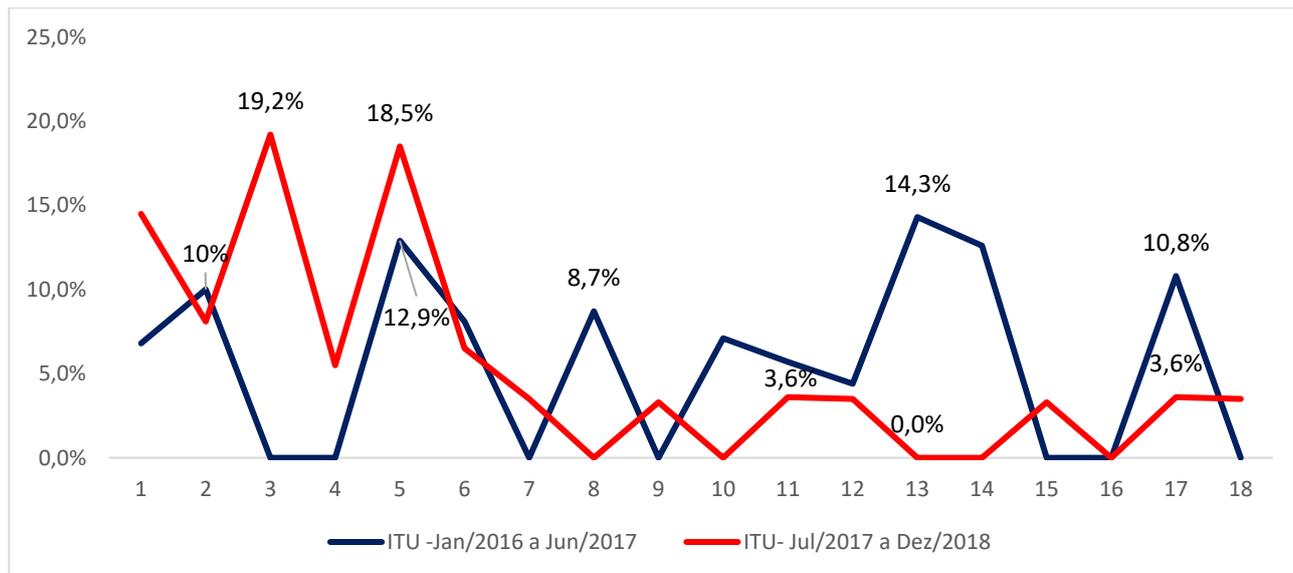


Figura 2 – Incidência de Infecção de Trato Urinário (ITU) Relacionado a Cateterismo de Demora em um hospital de médio porte no município de Goiânia, 2016-2018.

Em relação às infecções causadas por Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV), no primeiro período evidencia-se que houve maior número de casos identificados em março de 2016 com 41,6% de casos. Em seguida verifica-se aumento nos meses de agosto e novembro/2016 com 38,9% e 41% respectivamente. Em março/2017 registrou-se novamente um pico de

infecções com 46,5%. No segundo período, após a utilização do Surfic® notou-se um pico de 23,2% em janeiro/2018 e agosto/2018 com 20,2%. Nos meses de agosto e setembro/2017 e março, maio, setembro e novembro/2018 não foram registrados nenhum caso de infecção (Figura 3).

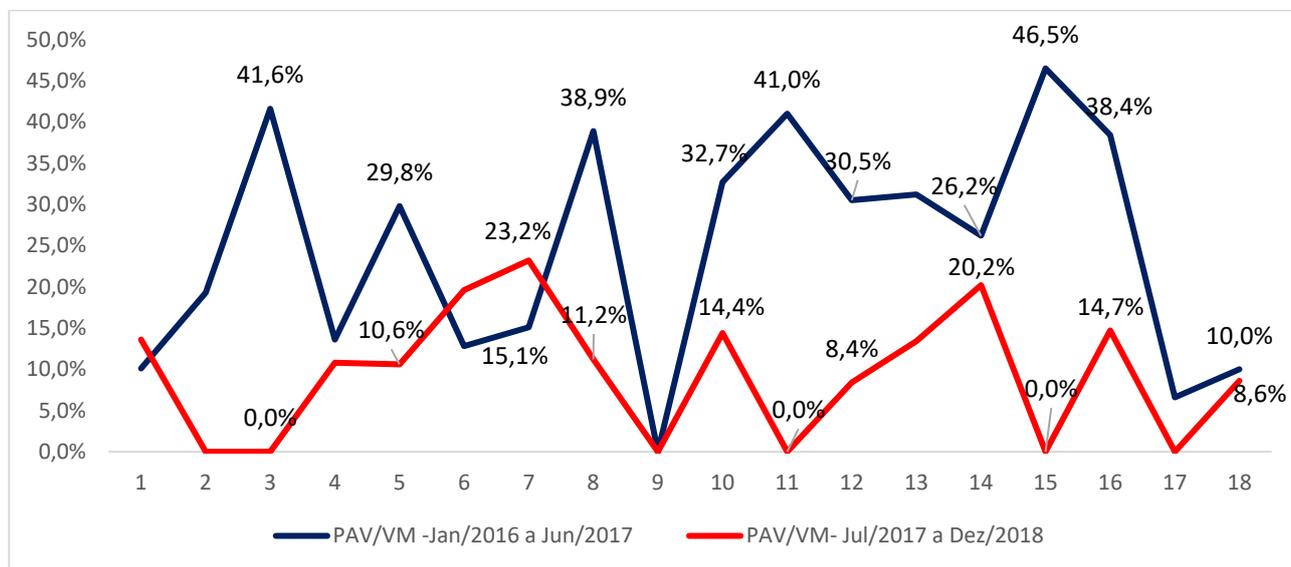


Figura 3 – Análise de dados referentes a Infecção Relacionada a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV-VM). em um hospital de médio porte no município de Goiânia, 2016-2018.

A fim de analisar a média geral dessas infecções hospitalares apresentadas na UTI-1, realizou-se um comparativo entre o primeiro período (janeiro/2016 a junho/2017) com o segundo período (julho/2017 a dezembro/2018), onde observou no primeiro período a média de 14,06%, 5,61% e 24,67% de IPCS-L, ITU e PAV, respectivamente. Já no segundo período observou-se como média 9,48%, 4,79% e 9,37% de IPCS-L, ITU

e PAV, respectivamente (Figura 4). Ressalta-se que no mês de novembro de 2016, houve um surto de infecções a partir da identificação do terceiro microrganismo na UTI-1, sendo necessário notificar as autoridades competentes a fim de comunicar as medidas e precauções tomadas a partir daquela situação.

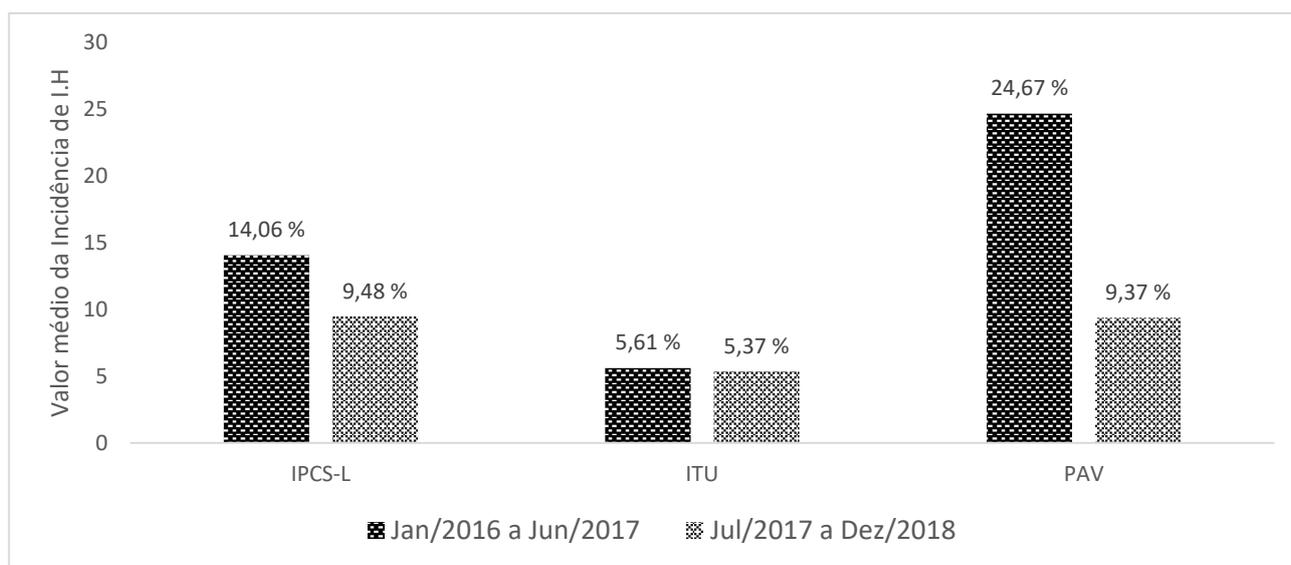


Figura 4 – Comparativo de dados referente a incidência de IRAS em um hospital de médio porte no município de Goiânia, 2016-2018.

4. DISCUSSÃO

Em relação aos agentes desinfetantes utilizados no primeiro período (janeiro/2016 a junho/2017), e no segundo período (julho/2017 a dezembro/2018), notou-se uma redução de 14,1% nos gastos de produtos sanitizantes, nesse último período. No primeiro período era utilizado o álcool 70° para as superfícies, pois o Indicidin® não era indicado devido ficar impregnado e também promovia um desgaste maior dos utensílios e mobiliários. Apesar do álcool também deixar certos materiais ressecados era o mais indicado. No entanto, devido a problemas na importação do Indicidin® (BRASIL, 2017), houve a necessidade de se buscar uma nova alternativa para promover a limpeza dessas áreas.

No segundo período analisado, iniciou a utilização do desinfetante Surfic®, para as áreas em que o Indicidin® e o álcool 70° eram utilizados, porém, demonstrando uma maior conservação dos materiais e utensílios presentes nesses ambientes. Além da conservação, notou-se uma grande economia em relação à compra desses produtos, sem levar em consideração a inflação do período e a utilização de um menor local para armazenamento dos produtos, pois o álcool ocupava bastante espaço no estoque. Ressaltando que essa economia é referente a UTI, sendo que o Surfic® tendo como composição (buiganida quartanária) que tem ação bactericida, passou a ser utilizado em todo o hospital refletindo em uma economia ainda maior.

Nesse sentido, Magill et al., (2014), descrevem que a medida que os custos de atendimento aos pacientes continuam aumentando, hospitais de todo o mundo estão lutando para conter suas despesas operacionais. Com um volume cada vez maior de pacientes e a pressão constante para conter os custos de assistência médica, os administradores do hospital estão cientes da necessidade de reduzir despesas.

Contudo, os hospitais estão buscando reduzir as taxas de infecção associadas à assistência médica. As despesas gerais representam uma parcela significativa dos custos operacionais totais, que estão subindo rapidamente e representam uma das principais metas na redução de custos. Os hospitais que controlam com êxito suas despesas operacionais têm uma vantagem imediata sobre aqueles que não tem esse controle bem estabelecido (GIROTI et al. 2018).

Como demonstrado na Tabela 1 ficou evidente a redução de custos no ambiente hospitalar. A aquisição dos produtos deve ser um processo que visa não somente gastos como também a qualidade do serviço oferecido ao paciente. Para os hospitais essa economia representa um grande fator que envolve a participação e integração tanto de setores técnicos quanto do administrativo (MAGILL et al., 2014).

Além da redução dos custos com materiais e medicamentos é extremamente relevante medidas no controle de infecções. Os profissionais. A cada ano, quase 2 milhões de pacientes são afetados por

infecções adquiridas na área da saúde, custando aos hospitais entre R\$ 35 milhões em todo o país (SAIED, et al, 2011).

Nesse sentido, esse estudo demonstra que a IPCS-L, apresentou maior incidência no primeiro período comparado ao segundo após o início da utilização do Surfic®. A IPCS-L é uma complicação infecciosa que acomete principalmente pacientes gravemente enfermos. Representa cerca de 15% de todas as infecções hospitalares e afeta aproximadamente 1% de todos os pacientes hospitalizados, com uma taxa de incidência de 5 pacientes por 1.000 dias (SAX, PITTET, 2002). Considerando que essa doença ocorre com frequência em unidades hospitalares, é muito importante também relacionar aos padrões de assepsia e higienização do ambiente hospitalar. Pensando nisso o SCIH deve adotar um programa de conscientização da lavagem das mãos, contribuindo na diminuição dos casos de IPCS-L.

Embora observou-se uma redução considerável de IPCS-L a ITU manteve-se com incidência semelhante quando comparado os dois períodos. A infecção hospitalar no trato urinário é responsável por quase 40% de todas as infecções. A maioria das ITUs adquiridas em hospitais está associada a cateteres urinários, um dispositivo comumente usado em pacientes hospitalizados. Em torno de 25% dos pacientes hospitalizados têm um cateter urinário colocado durante a estadia; esses cateteres geralmente causam desconforto e constrangimento consideráveis aos pacientes. A morbidade substancial associada à ITU gera custos adicionais de assistência médica (JOHNSON, et al. 2001).

A ITU pode estar ligada tanto com a falta de assepsia correta, quanto ao uso prolongado e inadequado de dispositivos invasivos. Além disso, a incidência relacionada aos casos de ITU é adquirida de forma endêmica, geralmente por auto infecção, porém várias formas de transmissão também são registradas. Durante as investigações tem se notado que a infecção cruzada é a principal forma de disseminação da ITU em unidades hospitalares (APECIH, 2009).

Além das infecções citadas, a PAV teve redução significativa nos casos de infecção. A PAV adquirida em hospital representa aproximadamente 22% de todas as infecções adquiridas nesse ambiente. Como a PAV podem aumentar significativamente as taxas de mortalidade, prolongar a duração da ventilação, levar a estadias hospitalares mais longas, criar complicações mais graves e aumentar o custo dos cuidados, todos os esforços que levam à prevenção e melhor tratamento da PAV podem melhorar os resultados em UTI's (ROSENTHAL, GUZMAN, ORELLANO, 2003).

Conforme estudos de Oliveira e Paula (2013), as IRAS são infecções que levam à perda de dezenas de milhares de vidas e custam bilhões de dólares ao sistema de saúde americano a cada ano. Essas infecções são caracterizadas por pacientes que contraem a doença enquanto recebem assistência médica por outra condição patológica. Podem ocorrer

em qualquer estabelecimento de saúde, incluindo hospitais, centros cirúrgicos ambulatoriais, instalações de doenças renais em estágio terminal e instalações de atendimento de longo prazo, geralmente causadas por bactérias, fungos, vírus ou outros patógenos menos comuns. As IRAS são uma causa significativa de doença e morte e podem ter consequências emocionais, financeiras e médicas devastadoras.

Dessa forma, a Figura 4 representa a comparação dos casos de IRAS dentre o período analisado, evidenciando a redução dos casos após a utilização do Surfic®. Se tratando de números, verifica-se que em casos de IPCS-L, ITU e PAV resultou em uma redução de 4,58%, 0,82% e 15,3% respectivamente. É importante ressaltar que essa redução só foi possível após a implementação de boas práticas de higienização associada ao novo produto desinfetante utilizado. As IRAS podem se desenvolver entre 48 e 72 horas após a admissão do paciente e até dez dias após a alta hospitalar. Hospitais, clínicas comunitárias, casas de repouso e centros de cirurgia ambulatorial, diálise e reabilitação são possíveis fômites para vários micróbios resistentes a medicamentos (OLIVEIRA, PAULA, 2013).

Vale a pena ressaltar que no mês de novembro/2016 correspondendo ao primeiro período, houve a identificação de um microrganismo onde 3 pacientes sendo assistidos na UTI foram diagnosticados com a mesma bactéria, sendo caracterizado como um surto. Durante todo período de investigação os pacientes foram considerados como precaução de contato, onde o menor número de pessoas teve acesso. A equipe multidisciplinar recebeu orientação quanto à necessidade de maior cuidado durante a assistência com o paciente de precaução de contato e a atenção e importância da higienização das mãos. Foram orientados também sobre a limpeza e higienização do local onde se encontrava os pacientes, sobre o uso de produtos para correta desinfecção. No segundo período analisado não houve nenhuma incidência.

Dessa forma, Oliveira, Kovner e Silva (2010) descrevem que as taxas de IH em UTI variam entre 18 e 54%, sendo cerca de cinco a dez vezes maior do que em outras unidades de internação de um hospital. Além disso é responsável por aproximadamente 90% de todos os surtos que ocorrem nessas unidades, elevando as altas taxas de mortalidade variando entre 9 e 38%, chegando a alcançar 60% devido à ocorrência de IH. Outrossim, Paula, Salge e Palos (2017), descrevem que surtos infecciosos ocorrem com frequência em UTI por falta de adesão a higiene de mãos, falhas em técnicas assépticas, na limpeza e desinfecção de superfícies e materiais hospitalares.

5. CONCLUSÃO

Superfícies contaminadas contribuem para a transmissão de patógenos e podem representar um alto risco de infecção. A desinfecção de superfície direcionada com base em um perfil de risco é vista

como um componente indispensável em uma abordagem de precauções de controle universal de infecção. A resistência cruzada depende do agente desinfetante e também das espécies microbianas. A implementação prudente dos regimes de desinfecção de superfície testados para serem eficazes pode prevenir ou minimizar os efeitos adversos. Então, pode-se concluir que a utilização do Surfic® para o hospital estudado gerou uma economia de 14,1%.

As taxas de infecção relatadas podem subestimar a verdadeira incidência devido à dificuldade em obter informações dos registros médicos sobre sinais e sintomas clínicos; a falta de padrões clínicos unificados para solicitar amostras clínicas (por exemplo, cultura de sangue ou urina), levando ao subdiagnóstico de infecções e testes limitados de isolados clínicos nos laboratórios hospitalares. Deixando evidente que a unidade hospitalar deve investir em produtos com alta qualidade para garantir a segurança do paciente.

6. REFERÊNCIAS

- [1] APECIH. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Prevenção de Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionado a assistência à saúde**. São Paulo – SP. 2009.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998. **Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares**. Brasília; 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html Acesso em: 15 de maio de 2019.
- [3] _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 14, de 28 de fevereiro de 2007. Aprova Regulamento Técnico para produtos com ação antimicrobiana, harmonizado no âmbito do Mercosul, e dá outras providências. Diário Oficial da União, nº 43 de 05 de março de 2007, Seção 1. p. 2-4
- [4] _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/sites/portal.saude.gov.br/files/manual_seguranca_do_paciente_limpeza_e_desinfeccao_de_superficies_da_anvisa.pdf Acesso em: 10 de maio de 2019.
- [5] _____. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2019.
- [6] _____. Agência nacional de vigilância sanitária – ANVISA. Assistência Segura: **Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+A+An+Segura+-+ca+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573> Acesso em: 17 de maio de 2019.
- [7] _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária

- ANVISA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>> Acesso em: 10 de maio de 2019.
- [8] DANTAS, S. C. C. Farmácia e controle das infecções hospitalares. **Pharmacia Brasileira** n°80, Fevereiro a Marco 2011.
- [9] GIROTI, A. L. B.; FERREIRA, A. M.; RIGOTTI M. A.; LOPES, Á. F. S.; FROTA, O. P.; ANDRADE, D. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. **Rev. esc. enferm. USP** vol.52, São Paulo.EpubAug 06, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100437&lang=pt> Acesso em: 10/05/2019.
- [10] JOHNSON, T. M.; OUSLANDER, J. G.; UMAN, G. C.; SCHNELLE, J. F. Preferências de tratamento para incontinência urinária em cuidados de longa duração, *J Am Geriatr Soc*, 2001vol. 49.
- [11] MAGILL, S.; EDWARDS, J. R.; STAT, M.; BAMBERG, W.; BELDAVS, Z. Inquérito de prevalência pontual de vários estados de infecções associadas a cuidados de saúde. **N Engl J Med**, 370, 2014, pp. 1198 - 1208
- [12] OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S. A. T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 10(3):775-83.2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/v10n3a23.htm> Acesso em 29 de Abril de 2019.
- [13] OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Rev Mineira Enferm [Internet]**. 2013;17(1):216-20. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/592> Acesso em: 11 mai. 2019.
- [14] OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(2):[08 telas] mar-abr 2010.
- [15] OMS. Organização Mundial da Saúde. **Ficha informativa sobre infecções associadas aos cuidados de saúde** (2014). Disponível a partir de http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf Acessado em 16 de junho de 2019.
- [16] OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura**. 2010. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1106:opas-oms-e-anvisa-apresentam-estrategias-para-seguranca-do-paciente&Itemid=463> Acesso em: 13 de maio de 2019.
- [17] PAULA, A. O.; SALGE, A. K. M.; PALOS, M. A. P. Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, n° 45 Enero 2017.
- [18] PADOVEZEL, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. **Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil**. Março de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100437&lang=pt> Acesso em: 15 de maio de 2019.
- [19] ROSENTHAL, V. D.; GUZMAN, S.; ORELLANO, P. W. Nosocomial infections in medicalsurgical intensive care units in Argentina: attributable mortality and lenght of stay. **Am J Infect Control**, 2003;31:291-295.
- [20] SAX, H.; PITTET, D. Diferenças inter-hospitalares nas taxas de infecção hospitalar: importância do ajuste da combinação de casos. **Arch Intern Med**. 2002; 162 : 2437–42 10.1001 / archinte.162.21.2437
- [21] SAIED, T.; ELKHOLY, A.; HAFEZ, S. F.; BASIM, H.; WASFY, M. O.; EL-SHOUBARY, W, *et al.* Resistência antimicrobiana em patógenos que causam infecções nosocomiais da corrente sanguínea em hospitais universitários no Egito. **Am J Controle de Infecções**, 39, 2011, e61-5.