

HRJ

v.3 n.14 (2022)

Recebido: 30/11/2021

Aceito: 09/12/2021

Mitos e verdades do controle de infecção hospitalar: conhecimento da enfermagem perioperatória de um hospital terciário

Aryanne Fernandes Farias dos Santos¹

Lauane Rocha Itacarambi²

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes³

Ruth Silva Matos⁴

Gleyce Mikaelle da Costa Quirino⁵

Iracema Virginia Noletto⁶

Linéia de Souza Lima Dias⁷

Mônica Yonaha Pereira⁸

Osmar Pereira dos Santos⁹

Maritonia Fernandes Guimarães¹⁰

¹Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

²Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

³Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁴Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁵Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁷ Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁶ Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁸Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁹Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹⁰Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

RESUMO

Introdução: As ações de prevenção e controle das infecções são comprovadamente eficazes, porém permanece o desafio de Semmelweis, torná-las práticas rotineiras nas instituições de saúde. **Objetivo:** Diagnosticar o conhecimento da enfermagem perioperatória sobre os mitos e verdades do controle de infecção hospitalar dentro do ambiente do centro cirúrgico de um hospital terciário do Distrito Federal. **Material e Método:** Trata-se de um estudo observacional analítico transversal, com aplicação de questionário, composto por 28 afirmações (15 verdadeiras e 13 falsas) referentes ao controle de infecção no ambiente

cirúrgico, com escala de três pontos (concordo, tenho dúvida e discordo), contemplando temas específicos. **Resultados e Discussão:** Obtivemos 67% de respostas adequadas e 32% não adequadas, indicando como pouco satisfatório o nível de conhecimento da enfermagem perioperatória sobre controle de infecção. Os mitos e rituais são detectáveis pela alta porcentagem de respostas não adequadas nos seguintes temas: uso do propé, uso de aliança e objetos pessoais, pelo considerado como patógeno, escovação cirúrgica das mãos, avental e campo cirúrgico umedecidos, cirurgia infectada e rotina de limpeza, especificação do uso de luvas e infecção de sítio cirúrgico e tempo de pós-operatório.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Centros Cirúrgicos; Infecção Hospitalar.

Myths and truths on hospital infection control: knowledge of perioperative nursing of a tertiary hospital

ABSTRACT

Introduction: Infection prevention and control actions are proven to be effective, but Semmelweis' challenge remains, making them routine practices in health institutions.

Objective: To diagnose the knowledge of perioperative nursing about the myths and truths of hospital infection control within the operating room environment of a tertiary hospital in the Federal District. **Material and Method:** This is a cross-sectional, analytical and observational study, making use of a questionnaire consisting of 28 statements (15 truths and 13 falses) concerning infection control in the surgical environment with a three-point scale (I agree, I doubt and I disagree). It covers issues related to the patient, to surgical team, to the environment and to perioperative procedures. **Results and Discussion:** We obtained 67% of appropriate responses and 32% inadequate. This indicates how unsatisfactory the level of knowledge of perioperative nursing on infection control is. The myths and rituals are detectable by the high percentage of inappropriate answers in the following areas: use of surgical shoe covers, wedding band and personal items considered as a pathogen, surgical brushing of hands, humid gown and surgical area, infected surgery and cleaning routine, specification of the use of gloves, surgical site infection and time postoperative.

Key words: Perioperative Nursing; Surgical Centers; Hospital Infection.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as infecções hospitalares (IH) representam um sério problema de saúde pública, o qual necessita ser solucionado ou pelo menos reduzido, uma vez que é impossível obter índice zero de infecção^{1,2}.

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de unir evidências de que as IH's constituíam um problema em todo o mundo, realizou um estudo constatando prevalência média encontrada de 8,7%, havendo variações de 3% a 21% entre os estabelecimentos participantes^{3,4}.

No Brasil, quanto à dimensionalidade epidemiológica, sua prevalência exata é, de um modo geral, ainda desconhecida. No entanto, na década de 90, um estudo de abrangência nacional foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com 103 hospitais de nível terciário, distribuídos entre 13 capitais brasileiras. Neste estudo revelou-se uma taxa de IH em torno de 15,5%, destacando maior percentual nas instituições hospitalares públicas de 18,4%².

A infecção hospitalar (IH), também denominada de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), é definida pela Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, como aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com o processo de internação ou procedimentos diagnósticos ou terapêuticos empregados^{2,1,4,5}.

Ainda segundo a Portaria nº 2.616/1998, todos os hospitais devem possuir diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares, estabelecidas dentro de Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), desenvolvidos pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH através de índices⁶. Estes índices podem ser observados principalmente nos serviços de oncologia, terapia intensiva e cirurgia⁷.

A infecção de sítio cirúrgico (ISC) representa um grande ônus socioeconômico: às instituições, pelos custos hospitalares e ao paciente, pelo prolongamento do período de afastamento de suas atividades profissionais e familiares⁸. A infecção em cirurgia é uma complicação clínica com múltiplos fatores envolvidos⁹.

Apesar de, o conhecimento das medidas profiláticas serem comprovadamente eficazes, permanece o desafio de Semmelweis¹⁰, ou seja, tornar as ações de prevenção e controle das infecções, práticas rotineiras nas instituições de saúde¹¹. Sendo assim, o conhecimento aplicado às ações de trabalho – o saber operante e orientador, provoca alterações no processo de trabalho, as quais irão intervir na qualidade da assistência prestada¹².

Muitos mitos e rituais estão sendo utilizados em centro cirúrgico e salas de operações. As práticas e crenças do controle de infecção hospitalar ao paciente cirúrgico, são subdivididas em quatro temas: relacionados ao paciente, equipe cirúrgica, ambiente e procedimentos⁸.

Pretendeu-se, com este trabalho, fomentar e subsidiar reflexões acerca das práticas básicas de controle de infecção hospitalar dentro do ambiente cirúrgico. Através do mesmo, acreditou ser possível compreender o porquê de as medidas básicas de prevenção e controle adotadas não repercutirem na mudança dos índices de IH's nos serviços de saúde, em consonância às reflexões de Santos et al (2008)¹¹.

Objetiva-se com este estudo diagnosticar o conhecimento da enfermagem perioperatória sobre mitos e verdades do controle de infecção hospitalar no centro cirúrgico de um hospital terciário do Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional analítico transversal para diagnosticar o conhecimento da enfermagem perioperatória sobre os mitos e verdades do controle de infecção hospitalar dentro do ambiente do centro cirúrgico.

O local do estudo foi a unidade de centro cirúrgico de um hospital terciário do Distrito Federal. Neste centro cirúrgico, composto por 16 salas de operação (SO) e uma sala de recuperação pós anestésica (SRPA).

A população do estudo abrangeu toda a equipe de enfermagem atuante no centro cirúrgico estudado, representando um quantitativo de 188 indivíduos. O tamanho amostral foi equivalente a 50 indivíduos, caracterizados por abordagem de conveniência.

Como critérios de inclusão foram admitidos, os profissionais de enfermagem efetivos, que atuam no centro cirúrgico e que concederam espontaneamente anuência em participar do

trabalho por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Quanto aos critérios de exclusão, considerou-se os profissionais que não constituem a equipe de enfermagem e aqueles que estavam de licença prêmio, médica e férias.

Quanto aos procedimentos, a coleta de dados consistiu-se da aplicação de um questionário, instrumento elaborado pela pesquisadora, subdividido em duas partes; sendo a primeira com a finalidade de coletar dados profissionais e, a segunda, composta por 28 afirmações, referentes ao controle de infecção no ambiente cirúrgico, retirado do estudo de Kunzle et al⁸ (2006), com escala de três pontos (concordo, tenho dúvida e discordo).

A duração do estudo foi de cinco meses, entre setembro de 2016 a janeiro de 2017 e o período de coleta de dados compreendeu aproximadamente um mês. Os sujeitos participantes da pesquisa foram expostos a riscos mínimos relacionados ao dispêndio de tempo necessário ao preenchimento do questionário.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Centro de Pesquisa Clínica – HBDF sob nº 102-2016 e, após liberação, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde (FEPECS), no qual foram cumpridas as exigências da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde¹³, sendo aprovado sob o parecer de nº 1.800.173 de 31 de outubro de 2016.

O anonimato dos sujeitos da pesquisa e a privacidade e confidencialidade das informações serão mantidos, consoante à legislação brasileira que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Com relação às responsabilidades da pesquisadora, todos os dados colhidos serão mantidos sob a guarda pessoal desta, e terão acesso a eles somente a pesquisadora e a orientadora do projeto.

Para análise das respostas obtidas (concordo, tenho dúvida e discordo) na segunda parte do questionário, todas as 28 afirmações foram confrontadas e classificadas com base na

literatura em adequada e não adequada. Considerou-se não adequada quando o respondente assinalou tenho dúvida ou discordo quando tinha que concordar e, tenho dúvida ou concordo quando tinha que discordar. Nos Quadros 1 e 2 são apresentadas as afirmações segundo a adequação da resposta dentro dos temas propostos pela literatura.

Quadro 1 – Afirmações onde a resposta adequada é a concordância – Brasília - 2016.

TEMA RELACIONADO	SITUAÇÃO
PACIENTE	4. O banho pré-operatório contribui para diminuir a infecção do sítio cirúrgico. 5. O período de hospitalização pré-operatório é importante fator de risco no desenvolvimento de infecção do sítio cirúrgico. 28. A infecção do sítio cirúrgico deve ser considerada até 30 dias após a operação.
EQUIPE CIRÚRGICA	6. As luvas utilizadas pelos membros da equipe cirúrgica possuem duas funções: proteger o paciente da microbiota das mãos do cirurgião e proteger o cirurgião. 7. Realizar a escovação das mãos só é necessário entre os espaços interdigitais e leitos subungueais; as demais áreas das mãos e antebraços devem ser friccionadas. 9. A máscara deve ser usada cobrindo toda boca e nariz, quando na entrada da sala cirúrgica, se a cirurgia estiver começando ou quando o material cirúrgico estiver exposto. 14. O gorro deverá cobrir por completo cabelos da cabeça quando da entrada na sala cirúrgica. 15. O avental e o campo cirúrgico devem assegurar uma barreira efetiva, mesmo quando umedecido.
AMBIENTE	11. Limitar o número de pessoas na sala contribui para o controle das infecções.
PROCEDIMENTO	8. As escovas de lavagem das mãos precisam ser descartáveis e estéreis. 17. O risco de infecção é proporcional à duração do ato operatório. 19. A lavagem das mãos tem um papel fundamental na prevenção e controle de infecção hospitalar. 25. O uso da vacina Hepatite B para profissional de saúde deve ser uma prática rotineira nos hospitais. 26. O profissional de saúde, quando prestar cuidado ao cliente com tuberculose pulmonar, deve usar precauções para aerossóis. 27. Após uma exposição do profissional de saúde com material perfurocortante, o atendimento especializado deverá ser comunicado imediatamente para que possa adotar medidas adequadas.

Quadro 2 - Afirmações onde a resposta adequada é a discordância – Brasília - 2016.

TEMA RELACIONADO	SITUAÇÃO
PACIENTE	2. O uso de adornos pelo paciente no centro cirúrgico, pode favorecer infecção do sítio cirúrgico. 3. O pelo é uma fonte importante de patógeno e por isso deve ser retirado por tricotomia.

	13. Para degermação e antissepsia da pele do cliente devemos usar vários antissépticos.
EQUIPE CIRÚRGICA	1. O uso de propé é importante para contribuir na diminuição da taxa de infecção do sítio cirúrgico.
AMBIENTE	12. As portas das salas operatórias podem ficar abertas durante o ato operatório. 16. Em salas onde houve cirurgias infectadas devemos estabelecer rotina de limpeza especial. 21. As doenças ocupacionais são consideradas hospitalares.
PROCEDIMENTO	10. O pacote esterilizado que caiu no chão poderá ser utilizado. 18. O uso de EPI é uma prática desnecessária, causando apenas desconforto para o profissional de saúde. 20. O uso de precauções-padrão deve ser recomendado somente no diagnóstico do cliente. 22. As luvas de procedimentos não estéreis devem ser usadas quando existir a possibilidade de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, pele não íntegra e qualquer item contaminado. 23. O descarte de material perfurocortante deve ser feito em lixo comum, não necessitando de recipiente próprio. 24. Devemos sempre desconectar a agulha da seringa para desprezo fazendo assim economia do recipiente.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, no formato frequência e porcentagem, através do programa Microsoft Excel 2016®.

RESULTADOS

Serão apresentados a seguir os dados coletados a partir da aplicação dos questionários. Dentre as variáveis coletadas, incluiu-se o perfil profissional e a adequação das afirmações acerca do tema.

Da amostra (n=50), revela-se a prevalência de 43 (86%) profissionais do gênero feminino e 7 (14%) do masculino. Quanto à categoria profissional, nota-se o predomínio de técnicos de enfermagem 44 (88%), quando comparado à 4 (8%) enfermeiros e 2 (4%) auxiliares de enfermagem. De acordo com o tempo de formação, destacamos um período entre 5 a 10 anos e, de 10 a 15 anos, com 16 (32%) e 13 (26%) indivíduos, respectivamente. Em seguimento, verificou-se o tempo de atuação em centro cirúrgico, sendo maior nos períodos de 1 a 5 anos, e, de 6 meses a 1 ano, com 16 (32%) e 14 (28%) profissionais, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais de Enfermagem de um Centro Cirúrgico de um Hospital terciário de Brasília/Distrito Federal, 2016.

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	43	86
Masculino	7	14
Categoria profissional		
Enfermeiro	4	8
Técnico de enfermagem	44	88
Auxiliar de enfermagem	2	4
Tempo de formação		
< 5 anos	9	18
5 a 10 anos	16	32
10 a 15 anos	13	26
15 a 20 anos	4	8
20 a 25 anos	3	6
> 25 anos	5	10
Tempo de atuação em CC		
< 6 meses	0	0
6 meses a 1 ano	14	28
1 a 5 anos	16	32
5 a 10 anos	9	18
10 a 20 anos	5	10
20 anos ou mais	5	10

Na Tabela 2, apresentamos as afirmações conforme a adequação das respostas apresentadas na coleta. Acerca das 28 afirmações, obtivemos respostas adequadas em 67% e não adequadas em 32%. Apenas 12 (1%) afirmações, sem resposta/em branco.

As duas afirmações que obtiveram 100% de adequação foram referentes à higienização das mãos no controle de infecção e ao descarte de material perfurocortante em recipiente próprio.

Também foi identificado a prevalência de respostas adequadas sobre as situações: banho pré-operatório (96%), função da luva (94%), escovas descartáveis e estéreis (90%), especificação do uso de máscara (92%), número de pessoas em sala (92%), sala de operação com porta aberta (84%), uso de EPI (98%), precaução padrão (92%), especificação no descarte de agulha e seringa (82%), vacinação de hepatite B (86%), precaução de aerossóis para tuberculose pulmonar (90%), acidente com perfurocortante e medidas (98%).

Com relação as respostas não adequadas versam as situações: uso do propé (78%), uso de aliança e objetos pessoais (96%), pelo considerado como patógeno (86%), escovação cirúrgica das mãos (88%), avental e campo cirúrgico umedecidos (60%), cirurgia infectada e rotina de limpeza (92%), especificação do uso de luvas (82%) e infecção de sítio cirúrgico e tempo de pós-operatório (52%).

Tabela 2 – Distribuição das afirmações conforme adequação das respostas da equipe de Enfermagem de um centro cirúrgico de um hospital terciário do Distrito Federal, 2016.

SITUAÇÃO	ADEQUADA		NÃO		EM		TOTAL	
			ADEQUADA		BRANCO			
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Uso do propé	10	20	39	78	1	2	50	100
2. Uso de alianças/ outros objetos	2	4	48	96	0	0	50	100
3. Pelo como patógeno	4	8	43	86	3	6	50	100
4. Banho pré-operatório	48	96	1	2	1	2	50	100
5. Período hospitalização pré-operatório	29	58	21	42	0	0	50	100
6. Função da luva	47	94	3	6	0	0	50	100
7. Escovação das mãos	6	12	44	88	0	0	50	100
8. Escovas descartáveis/ estéreis	45	90	5	10	0	0	50	100
9. Especificação do uso de máscara	46	92	4	8	0	0	50	100

10. Queda de pacotes esterilizados/ uso	31	62	19	38	0	0	50	100
11. Número de pessoas em sala	46	92	4	8	0	0	50	100
12. Sala de operação com porta aberta	42	84	8	16	0	0	50	100
13. Degermação antissepsia pele cliente	35	70	15	30	0	0	50	100
14. Especificação do uso de gorro	38	76	12	24	0	0	50	100
15. Avental/campo cirúrgico umedecidos	18	36	30	60	2	4	50	100
16. Cirurgia infectada/ rotina de limpeza	3	6	46	92	1	2	50	100
17. Duração ato cirúrgico/ risco infecção	32	64	18	36	0	0	50	100
18. Uso de EPI	49	98	1	2	0	0	50	100
19. Higienização mãos/control de infecção	50	100	0	0	0	0	50	100
20. Precaução padrão/ diagnóstico cliente	46	92	3	6	1	2	50	100
21. Doenças ocupacionais/ hospitalar	24	48	24	48	2	4	50	100
22. Especificação do uso de luvas	9	18	41	82	0	0	50	100
23. Descarte perfurocortante/ recipiente	50	100	0	0	0	0	50	100
24. Especificação descarte agulha/ seringa	41	82	9	18	0	0	50	100
25. Rotina de vacina Hepatite B	43	86	7	14	0	0	50	100
26. Precaução aerossóis/ tuberculose	45	90	4	8	1	2	50	100
27. Acidente perfurocortante/ medidas ad.	49	98	1	2	0	0	50	100
28. Infecção sítio cirúrgico/ tempo pós-op.	24	48	26	52	0	0	50	100
TOTAL	943	67	445	32	12	1	1400	100

DISCUSSÃO

“A prevenção à infecção é a principal aliada da equipe cirúrgica, para evitar as complicações pós-operatórias”¹⁴. Neste estudo, identificamos a prevalência de 86% de profissionais do gênero feminino. Esta predominância feminina na enfermagem é encontrada por outros autores, reproduzindo a característica histórica da enfermagem, profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios¹⁵.

De acordo com a Portaria nº 2.616, um dos membros da CCIH deve ser, preferencialmente, enfermeiro¹⁴. Apesar disso, a amostra estudada foi constituída por maioria de técnicos de enfermagem, categoria com maior representatividade na força de trabalho da enfermagem.

O tempo de formação e atuação em CC pode ser um indicativo do tempo de experiência do profissional no mercado de trabalho e da relativa maturidade, refletindo o conhecimento e aptidão⁵. Com esta pesquisa, obtivemos tempo de formação situado na faixa entre 5 a 10 anos e, de 10 a 15 anos, ou seja, 32% e 26% respectivamente. Com relação ao tempo de atuação em CC, identificamos menor duração do exercício, com período entre 1 a 5 anos e, de 6 meses a 1 ano, ou seja, 32% e 28% respectivamente.

Observações cotidianas do ambiente de trabalho, permite constatar que ainda existe entre os profissionais de enfermagem muita resistência em aceitar novas práticas de controle de infecção hospitalar. Desta forma, a investigação sobre os mitos e rituais praticados no CC pela equipe de enfermagem, servem como base de reflexões para mudanças de hábitos, práticas e comportamentos, além de abolir os costumes rotineiros e desnecessários⁸.

Segundo Paz et al¹⁶ (2000), as pesquisas disponíveis permitem forte sugestão de que a contaminação do piso não contribui para contaminação do ambiente, nem à infecção do sítio cirúrgico (ISC) em condições rotineiras de trabalho em centro cirúrgico. Porém, a colocação e remoção de propés envolve risco de contaminação no manuseio^{17,18}. Entretanto, neste estudo, 78% dos profissionais consideraram que o uso do propé ainda é importante para diminuir a taxa de ISC.

A maioria (96%) dos sujeitos afirmaram que adornos como alianças e objetos de uso pessoal pelo cliente podem aumentar a taxa de ISC. Os adornos utilizados pelo paciente, devem ser retirados principalmente pelo risco de garroteamento dos dedos e choque elétrico

no intraoperatório¹⁹. Quanto a remoção de roupas íntimas, pijamas e próteses para realização dos procedimentos cirúrgicos, não há fundamentação para o controle de infecção hospitalar⁸.

De acordo com Kunzle et al⁸ (2006), os pelos possuem microbiota passível de antissepsia, e não constituem fonte importante de patógenos, desde que seja realizado um rigoroso preparo do campo operatório. Por outro lado, 86% dos servidores recomendaram sua retirada por tricotomia por ser considerado um patógeno. Com relação à tricotomia, devem ser consideradas, a quantidade de pelos, o local da incisão, o tipo de procedimento e, caso necessário, fazê-la imediatamente antes da cirurgia¹⁹.

Consoante ao estudo de Sena, Nascimento e Maia¹⁹ (2013), o banho pré-operatório se configura como uma etapa do preparo cirúrgico. A literatura recomenda o uso de sabão antisséptico, ao menos na noite anterior à cirurgia eletiva. Este estudo enfatiza esta informação ao verificar que, 96% dos profissionais consideram que o banho pré-operatório contribui para diminuir a taxa de infecção do sítio cirúrgico¹⁹.

Analisando-se o período de hospitalização pré-operatório como fator de risco para desenvolvimento de infecção do sítio cirúrgico, apresentamos 58% de respostas adequadas. Segundo Lima et al²⁰ (2013), quanto mais longa a internação pré-operatória, maior a incidência de infecção. Desta forma, deve-se proporcionar tempo de hospitalização pré-operatório mais curto possível²¹.

A literatura destaca que, originariamente, o objetivo do uso da luva era estabelecer uma barreira impermeável para proteger o cliente da flora microbiana das mãos da equipe cirúrgica. Entretanto, atualmente, também é reconhecida a proteção da equipe cirúrgica haja vista o risco de infecção ocupacional pelo contato^{22,18}. Esta observação também se encontra em nosso trabalho, que evidenciou 94% de respostas adequadas quanto às duas funções para o uso de luvas.

Em referência a escovação cirúrgica das mãos, 88% dos sujeitos discordaram da técnica apresentada. Porém, Barreto et al²³ (2012) afirma que, a remoção mecânica de sujidade pode ser executada pelas ações de escovação ou fricção. No entanto, a escovação somente é necessária nos leitos subungueais e espaços interdigitais, enquanto, mãos e antebraços devem ser apenas friccionados, visto que a escova pode lesar a pele, aumentando o risco de contaminação e colonização²⁴.

A maioria (90%) dos profissionais concordam que as escovas para lavagem das mãos devem ser descartáveis e estéreis. Ainda em Rothrock¹⁸ (2007), para a escovação cirúrgica, podem ser usadas as escovas e esponjas descartáveis embaladas individualmente ou esponjas sintéticas sem uma escova.

A Occupational Safety and Health Administration determina a utilização de máscaras que permitam a cobertura total da boca e nariz e a Association of Perioperative Registered Nurses recomenda a utilização por todos ao entrarem na sala de operação, quando materiais e equipamentos estéreis estiverem abertos²⁵. Achado confirmado também em nosso estudo, com 92% de respostas adequadas quanto à especificação para uso de máscara.

Acerca do uso de pacotes esterilizados que caíram no chão, identificamos ainda 62% de respostas adequadas contra 38%, não adequadas. Considerando o apresentado na literatura, qualquer objeto com esterilidade duvidosa, deve ser considerado não estéril. Como exemplos: objetos estéreis encontrados em áreas não-estéreis, embalagens esterilizadas embrulhadas em materiais permeáveis molhados, objetos esterilizados sem integrador ou outro indicador interno, e embalagens esterilizadas embrulhadas em materiais permeáveis que caíram¹⁸.

O intuito do controle ambiental da unidade de CC é isentar o paciente do risco de contrair uma infecção hospitalar durante o ato anestésico-cirúrgico, visto que, durante esse período, há maior vulnerabilidade a uma contaminação ambiental, devido ao número e trânsito/circulação de pessoas na SO e abertura de portas constantemente²⁴.

Essas afirmações também estão presentes em nosso estudo, quando 92% dos sujeitos concordaram em limitar o número de pessoas na SO e 84% discordaram que as portas poderiam ficar abertas durante o ato operatório.

Com relação à degermação e a antissepsia da pele, 70% dos servidores consideraram incorreto o uso de antissépticos de forma concomitante. Este achado também está presente no estudo de Kunzle et al⁸ (2006) que afirma, ao se optar por uma solução, não utilizar outro antisséptico concomitantemente ou após o preparo da pele pelo risco de incompatibilidade.

O Centers for Diseases Control and Prevention recomenda a utilização do gorro com a finalidade de impedir a contaminação do sítio cirúrgico por cabelo ou microbiota presente nele²⁵. Contudo, apresentamos 24% de respostas não adequadas quanto às especificações para uso do gorro.

Orienta-se o uso de roupas que não permitam a passagem de sangue e materiais potencialmente contaminados, sob condições habituais de uso e durante todo o ato anestésico-cirúrgico²². Segundo Rothrock¹⁷ (2007), campos cirúrgicos e aventais devem constituir barreiras apropriadas para microrganismos, matéria particulada e líquidos¹⁸. No entanto, 60% da amostra estudada apresentou desconhecimento quanto à barreira que o avental e campo cirúrgico devem assegurar mesmo quando umedecidos.

Conforme Barreto et al²⁷ (2011), a limpeza da SO após procedimentos contaminados ou infectados requer limpeza concorrente. A necessidade de limpeza das paredes e teto é levada em consideração, se houver contaminação por matéria orgânica. Apesar disto, apuramos que 92% dos profissionais acreditam na existência da rotina de limpeza especial após cirurgias infectadas.

Com relação à comparação de ato cirúrgico prolongado e maior risco de infecção, identificamos 36% de respostas não adequadas. Todavia, há diversos estudos que apontam

maior probabilidade da ocorrência de ISC quanto maior for a duração da cirurgia, decorrente da maior exposição tecidual²⁶.

Dentre os sujeitos estudados, a maioria (98%) discordou que o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é uma prática desnecessária. A utilização de EPI consiste na adoção de medidas preventivas, com a finalidade de minimizar os riscos ocupacionais, biológicos e químicos²⁷.

Relativamente ao tema higienização das mãos na prevenção e controle de infecção hospitalar, obtivemos 100% de respostas adequadas. Segundo Brasil²⁸ (2009), “a higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde”.

Com relação às precauções padrão, 92% da amostra estudada discorda da recomendação após prévio diagnóstico do cliente. Este achado foi observado em Rothrock¹⁸ (2007) que relata serem as precauções padrão aplicado a todos os pacientes que recebem tratamento, independentemente do diagnóstico ou do estado infeccioso presumido.

Quanto à doença ocupacional ser considerada hospitalar, obtivemos uma imparcialidade das respostas com 48% de respostas adequadas e 48% não adequadas. Segundo Oliveira e Murofuse²⁹ (2001), a área hospitalar é escolhida por apresentar maior diversidade de riscos de acidentes e doenças ocupacionais quando comparada às outras atividades de saúde.

As luvas de procedimentos devem ser utilizadas quando há contato com sangue, líquidos orgânicos, secreções, excreções, artigos contaminados, mucosas e pele não íntegra; ou seja, quando há contato direto das mãos do profissional⁸. Entretanto, neste estudo, 82% dos sujeitos acreditam na sua utilização quando há possibilidade de contato.

Relativamente ao descarte de material perfurocortante em lixo comum, identificamos 100% de respostas adequadas. A literatura esclarece que objetos pontiagudos descartáveis

utilizados devem ser acondicionados em recipientes resistentes específicos à punção localizados o mais próximo possível do local de uso dos mesmos¹⁸.

Sobre o material perfurocortante, a maioria (82%) dos sujeitos demonstraram conhecimento acerca do descarte do conjunto agulha-seringa. Não reencapar agulhas, desprezar o conjunto agulha-seringa, não manusear diretamente bisturis e agulhas, utilizar pinça para o descarte, são medidas para prevenção de possíveis acidentes^{21,8}.

Tocante a vacina contra hepatite B, somente 7 funcionários (14%) discordaram da prática rotineira para o profissional de saúde. Porém, segundo a pesquisa de Pinheiro e Zeitouné³⁰ (2008), o risco de transmissão do vírus da Hepatite B em profissionais da área de saúde está estimado em três a cinco vezes maior do que aos demais membros da população. A Norma Regulamentadora nº 32 determina o fornecimento do programa de imunização ativa contra hepatite B a todo trabalhador de serviços de saúde gratuitamente³¹.

Quanto ao uso de precauções para aerossóis na tuberculose pulmonar, 45 servidores (90%) reconheceram sua importância. A tuberculose pulmonar, é uma doença de transmissão aérea, e por consequência, é obrigatória a adoção de precauções aéreas³².

Obtivemos 98% de respostas adequadas sobre as medidas após exposição à material perfurocortante. Após o acidente deve-se assegurar avaliação com infectologista e oferecer, se necessário, tratamento profilático com drogas, vacinas ou imunoglobulinas³³.

Com referência ao diagnóstico de ISC, identificamos 52% de respostas não adequadas, revelando desconhecimento sobre o tema. Segundo o CDC, as ISC podem ser diagnosticadas até 30 dias após a realização do procedimento e, em caso de implante de órtese e prótese, prorrogado para até um ano²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu caracterizar a amostra de indivíduos da Enfermagem segundo o perfil profissional. Dentre os 50 profissionais selecionados, a maioria pertencia ao gênero feminino, com categoria profissional de técnicos de enfermagem, formação de 5 a 10 anos atrás, e atuantes em CC entre 1 a 5 anos.

A partir da análise das 28 proposições sobre mitos e verdades do controle de infecção hospitalar no ambiente cirúrgico, foram obtidas 67% de respostas adequadas e 32% não adequadas. Conclui-se que o conhecimento da enfermagem sobre controle de infecção pode ser indicado como pouco satisfatório. Com base neste diagnóstico, é possível detectar a prática de mitos e rituais pela alta porcentagem de respostas não adequadas em alguns dos itens pesquisados.

Em face dos resultados obtidos, sugerimos a elaboração de um plano de ação pautado na educação continuada e permanente dos recursos humanos, buscando desmistificar e respaldar as práticas destes profissionais em conhecimento teórico-científico. Isto reflete, também, no desenvolvimento das medidas de prevenção e controle de infecção, na qualidade da assistência de enfermagem prestada, na otimização dos recursos hospitalares e na realização de mais estudos científicos.

REFERÊNCIAS

1. Scremin N. Responsabilidade civil dos hospitais e os índices de controle de infecção hospitalar. *Rev Eletr do Curso de Dir UFSM* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2021 Mai 31];3(1): 34-50. doi: <https://doi.org/10.5902/198136946826>
2. Monteiro TS, Pedroza RM. Infecção hospitalar: visão dos profissionais da equipe de enfermagem. *Rev Epidemiol Control Infect* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2021 Mai 31]; 5(2): 84-88. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v5i2.5665>

3. Oliveira SLT. Análise bioética das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares [dissertação na Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010 [acessado 2021 Jun 23]. 97p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/7733>
4. Oliveira R, Maruyama SAT. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2021 Mai 31];10(3):775-83. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm>
5. Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2021 Mai 31];14(2):250-7.doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200013>
6. Oliveira AC, Carvalho DV. Avaliação da subnotificação da infecção do sítio cirúrgico evidenciada pela vigilância pós alta. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2021 Mai 31];15(5):992-7.doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500017>
7. Turrini RNT, Santo AH. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. *J. Pediatr (Rio J)* [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2021 Mai 31];78(6):485-90. doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000600008>
8. Kunzle SRM, Pereira CS, Alves KC, Pelá NTR, Gir E. Auxiliares e técnicos de enfermagem e controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico: mitos e verdades. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2021 Mai 31];40(2):214 – 20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200009>
9. Medeiros AC, Neto TA, Filho AMD, Júnior FELP, Uchôa RAC, Carvalho MR. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário. *Acta Cir Bras* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2021 Mai 31];18(supl. 1):15-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502003000700003>

10. Puccini PT. Perspectivas do controle da infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2021 Mai 31];16(7):3043-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800004>
11. Santos AMR, Cabral LAF, Brito DS, Madeira MZA, Silva MEDC, Martins MCC. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2008 Jul- Ago [acessado 2021 Mai 31];61(4):441-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400007>
12. Azambuja EP, Pires DP, Vaz MRC. Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2021 Mai 31];13(n.esp):79-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000500009>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. 2013 Jun 13 [acessado 2021 Jun 1]. (Seção 1):59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Reis UOP. Controle da infecção hospitalar no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2014 Set- Dez [acessado 2021 Jun 1];28(3):303-310. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v28i3.9085>
15. Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2006 Jul-Set [acessado 2021 Jun 1];15(3):472-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300012>
16. Paz MSO, Lacerda RA, Monteiro CE, Conceição VP. Paramentação cirúrgica: avaliação de sua adequação para a prevenção de riscos biológicos em cirurgias. Parte I: a utilização

durante as cirurgias. *Rev Esc Enf USP* [periódico na Internet]. 2000 Mar [acessado 2021 Jun 1];34(1):108-117. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100014>

17. Santos AML, Lacerda RA, Graziano KU. Evidência de eficácia de cobertura de sapatos e sapatos privativos no controle e prevenção de infecção do sítio cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2005 Jan- Fev [acessado 2021 Jun 1];13(1):86-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100014>

18. Rothrock, JC. Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Tradutor: Figueiredo JEF, et al. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. 1247p

19. Sena AC, Nascimento ERP, Maia ARCR. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acessado 2021 Jun 1];34(3):132-137. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300017>

20. Lima ALLM, Cunha AKB, Santos ELB, Souza IAG, Bronzatti JAG, Salles MJC, et al. Medidas de Prevenção de Infecção Cirúrgica. In: *Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde* [Internet]. 1 ed. Brasília; 2013 [acessado 2021 Jun 15]:67-87. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/4%20Medidas%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Infec%C3%A7%C3%A3o%20Relacionada%20%C3%A0%20Assist%C3%Aancia%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf>

21. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *SOBECC. Prática Recomendadas SOBECC – 6 ed. rev. e atual. – São Paulo: Manole; 2013.*

22. Monteiro CEC, Lacerda RA, Paz MSO, Conceição VP. Paramentação cirúrgica: Avaliação de sua adequação para a prevenção de riscos biológicos em cirurgias - Parte II: Os

- componentes da paramentação. *Rev Esc Enf USP* [periódico na Internet]. 2000 Jun [acessado 2021 Jun 07];34(2): 185-95. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000200008>
23. Barreto RASS, Vilefort LOR, Souza ACS, Barbosa MA, Paula GR, Prado MA. A antissepsia cirúrgica das mãos no cotidiano de um Centro Cirúrgico. *Saúde, Santa Maria* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2021 Jun 07];38(2):09-16. doi: [10.5902/223658344163](https://doi.org/10.5902/223658344163)
24. Nobre LF, Galvão CM, Graziano KU, Corniani F. Avaliação de indicadores do controle da contaminação ambiental da sala de operação: um estudo piloto. *Medicina, Ribeirão Preto* [periódico na Internet]. 2001 Jun [acessado 2021 Jun 07];34(2):183-193. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v34i2p183-193>
25. Cataneo C, Silveira CA, Simpionato E, Camargo FC, Queiroz FA, Cagnin MC. O preparo da equipe cirúrgica: aspecto relevante no controle da contaminação ambiental. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2004 Mar- Abr [acessado 2021 Jun 07];12(2):283-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200021>
26. Oliveira AC, Ciosak SI. Infecção de sítio cirúrgico em hospital universitário: vigilância pós-alta e fatores de risco. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2007 Jun [acessado 2021 jun 07];41(2):258-63. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200012>
27. Barreto RASS, Vilefort LOR, Souza ACS, Palos MAP, Barbosa MA, Borges VPFN. Processo de limpeza da sala operatória: risco à saúde do usuário e do trabalhador. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2011 Abr- Jun [acessado 2021 Jun 07];13(2): 269-75. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.9191>
28. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.
29. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev latino-Am*

Enfermagem [periódico na Internet]. 2001 Jan [acessado 2021 jun 07];9(1):109-115. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000100016>

30. Pinheiro J, Zeitoune RCG. Hepatite B: conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. *Esc Anna Nery* [periódico na Internet]. 2008 Jun [acessado 2021 Jun 07];12(2): 258-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000200009>

31. Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do ministro. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 16 de novembro de 2005 [acessado 2021 Jun 07]. Disponível em: <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>

32. Figueiredo RM, Leite C. As práticas de precauções/isolamento a partir do diagnóstico de internação em unidade de moléstias infecciosas. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2021 Jun 07];8(3):358-62. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a06.htm

33. Oliveira AC, Gonçalves JA. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2010 Jun [acessado 2021 Jun 07];44(2):482-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200034>