

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UTI

IMPLEMENTATION OF NURSING PROTOCOLS AND BEST PRACTICES FOR REDUCING INFECTION IN THE ICU

Giovana Alves Lasnik¹

Flavio Ademilson Corradini Junior²

Andréia Caron³

¹Discente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

²Orientador e Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

³Coorientador e Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

Resumo

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes especializados, criados para oferecer cuidados intensivos e de alta complexidade aos pacientes que enfrentam problemas graves de saúde. Quando o paciente é admitido em uma UTI, ele se encontra em uma situação delicada e necessita de cuidados constantes para sobreviver e com isso são frequentemente submetidos a procedimentos invasivos para melhor manutenção de sua saúde, estabilidade e bem estar. É estimado que este setor represente 30% das Infecções Relacionadas à Saúde (IRAS) do hospital por ser um ambiente conveniente para presença de patógenos. Estas infecções são aquelas que são adquiridas durante o processo de tratamento do paciente e configuram um grave problema de saúde pública em escala global, por esta razão seguir os protocolos assistenciais e *bundles* é de suma importância. **Objetivo:** Justifica-se pela necessidade de reforçar a importância da prática baseada em evidências, promovendo a excelência do cuidado em saúde dentro de um dos setores mais sensíveis do ambiente hospitalar. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura narrativa realizada através de bases de dados eletrônicas LILACS e SciELO (Scientific Electronic Library Online) nos idiomas inglês e português. **Desenvolvimento:** Os *bundles* e protocolos assistenciais são excelentes ferramentas para prevenção das Infecções Relacionadas à Saúde (IRAS), favorecem o cuidado prestado de maneira holística, humanizada e integral, evitando novas complicações, prolongamento do tempo de internação e custos adicionais. **Conclusão:** Conclui-se que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados, ressaltando a relevância da adesão aos *bundles* e sua eficácia quando utilizados de forma correta.

Palavras-Chave: Infecção Hospitalar; Cuidados de Enfermagem; Protocolos Hospitalares; Unidade de Terapia Intensiva; Bundle.

Abstract

Introduction: Intensive Care Units (ICUs) are specialized environments designed to provide intensive and highly complex care to patients facing severe health problems. When a patient is admitted to an ICU, they are in a delicate condition and require continuous care to survive. As a result, they are frequently subjected to invasive procedures to better maintain their health, stability, and well-being. It is estimated that this sector accounts for 30% of Healthcare-Associated Infections (HAIs) in hospitals, as it is a favorable environment for the presence of pathogens. These infections are those acquired during the patient's treatment process and represent a serious public health problem on a global scale. For this reason, adhering to care protocols and bundles is of utmost importance. **Objective:** This study is justified by the need to reinforce the importance of evidence-based practice, promoting excellence in healthcare within one of the most sensitive areas of the hospital environment. **Method:** This is a narrative literature review conducted through the electronic databases LILACS and SciELO (Scientific Electronic Library Online) in English and Portuguese. **Development:** Care bundles and protocols are excellent tools for the prevention of Healthcare-Associated Infections (HAIs). They promote comprehensive, humanized, and holistic care, preventing new complications, prolongation of hospital stays, and additional costs. **Conclusion:** It is concluded that the objectives proposed in this study were achieved, highlighting the relevance of adherence to bundles and their effectiveness when properly implemented.

Keyword: Hospital Infection; Nursing Care; Hospital Protocols; IntensiveCareUnits; Bundle.

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes especializados, criados para oferecer cuidados intensivos e de alta complexidade aos pacientes que enfrentam problemas graves de saúde. Quando o paciente é admitido em uma UTI, ele se encontra em uma situação delicada e necessita de cuidados constantes para sobreviver e com isso são frequentemente submetidos a procedimentos invasivos para melhor manutenção de sua saúde, estabilidade e bem estar (Vicente; Contrin; Werneck, 2023).

É estimado que este setor represente 30% das Infecções Relacionadas à Saúde (IRAS) do hospital por ser um ambiente conveniente para presença de patógenos. Estas infecções são adquiridas durante o processo de tratamento do paciente, também são consideradas eventos adversos em saúde e configuram um grave problema de saúde pública em escala global. Na Europa, estima-se que aproximadamente 6,8% dos pacientes hospitalizados desenvolvam ao menos uma infecção deste tipo durante o período de internação. Nos Estados Unidos, os números

são ainda mais expressivos, com mais de dois milhões de casos registrados anualmente. No contexto brasileiro, cerca de 15% dos pacientes internados são acometidos pelas IRAS, o que representa um desafio significativo para o sistema de saúde. Estas infecções contribuem diretamente para o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar, prolongam o tempo de internação e elevam substancialmente os custos associados ao tratamento, impactando negativamente a eficiência e a sustentabilidade dos serviços de saúde (Silva; Barros, 2022).

Essas infecções, conforme classificadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo Centers for Disease Control and Prevention, podem se manifestar de diversas formas, a depender do tipo de microrganismo envolvido, da susceptibilidade do paciente e da via de entrada do agente infeccioso. Entre as IRAS, mais frequentes observadas em unidades hospitalares, especialmente em UTIs destacam-se: a pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), a infecção do trato urinário (ITU) relacionada ao uso de cateter vesical, a infecção da corrente sanguínea (ICS) associada ao cateter venoso central, as infecções de pele e tecidos moles, e a infecção de sítio cirúrgico (ISC) (ANVISA, 2017; CDC, 2020).

No Brasil, segundo a ANVISA com dados de 2017, a prevalência das IRAS em UTI adulto foram 11,5% para PAV, 4,0% para ITU associada ao cateter vesical e 4,1% para ICS associada ao uso de cateter venoso central, o que reflete um aumento de 3,64% dos dados de 2015. Já de acordo com dados do Relatório de Vigilância Epidemiológica do Estado de Rondônia, entre os anos de 2012 e 2020, observou-se um aumento nas notificações das IRAS nas UTIs destinadas a pacientes adultos. No entanto, em 2020, apenas metade das instituições hospitalares com UTI no estado, ou seja, 16 hospitais, realizou ao menos uma notificação ao longo do ano, o que evidencia uma possível subnotificação dos casos. No que se refere à densidade de incidência (DI) das infecções específicas no mesmo período, os dados de 2020 revelam que, para as Infecções Primárias de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada (IPCSL), a DI foi de 4,9% para a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) a taxa foi de 17,4% e para as Infecções do Trato Urinário (ITU) registrou-se uma DI de 6,1%. Esses indicadores demonstram não apenas a persistência das IRAS nas unidades intensivas, mas também apontam a importância da vigilância ativa e do fortalecimento das notificações como ferramentas essenciais para o controle e a prevenção dessas infecções. (Pereira *et al.*, 2023).

A segurança do paciente na prestação de serviços em saúde tem se tornado um tema cada vez mais discutido e valorizado, sendo considerada um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade assistencial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), segurança do paciente consiste na redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um nível mínimo aceitável, considerando o conhecimento técnico-científico disponível, os recursos existentes e o contexto em que o cuidado é prestado. Nesse sentido, a busca pela qualidade em saúde envolve o enfrentamento constante de desafios por parte dos profissionais, que devem promover uma assistência eficaz, eficiente e segura, pautada em conhecimentos atualizados e em tecnologias modernas. Historicamente, esse princípio já era enfatizado por Hipócrates, considerado o pai da medicina, ao afirmar “*primum non nocere*”, ou seja, “em primeiro lugar, não causar dano”, destacando a importância de uma prática clínica voltada à preservação da integridade do paciente. Com base nesse entendimento, as instituições de saúde atualmente adotam estratégias de gerenciamento de riscos assistenciais, com o objetivo de prevenir eventos adversos (EAs) e garantir um ambiente de cuidado mais seguro e de maior qualidade (Hinestrosa, 2021).

Diante da complexidade das demandas apresentadas por pacientes com necessidades ampliadas de cuidado, torna-se imprescindível a atuação de uma equipe multiprofissional, com ações articuladas e bem direcionadas. A organização da assistência deve ser pautada em estratégias que contemplem não apenas os aspectos físicos, mas o paciente como um todo, garantindo uma abordagem integral e resolutiva. Nesse contexto, os protocolos assistenciais de saúde configuram-se como instrumentos fundamentais para a sistematização das condutas clínicas promovendo a uniformização, qualidade e eficiência do atendimento das equipes multidisciplinares. Os protocolos existem para garantir que cada pessoa receba um cuidado de qualidade, com segurança, respeito e atenção às suas necessidades. Ao seguir esses protocolos, os profissionais conseguem oferecer este atendimento promovendo maior confiança e satisfação de quem está sendo cuidado, além de reduzir os riscos das IRAS que prolongam o tempo de internação e aumentam os custos do tratamento (Estrela *et al.*, 2021).

Pela ANVISA na RDC nº 36/2013, estabelece ações para segurança do paciente em serviços de saúde e torna obrigatória a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Dentro desse programa é exigida a

adesão de protocolos específicos, como: As seis metas internacionais de Segurança do Paciente, definidas pela *Joint Commission International (JCI)*, foram criadas para tornar o cuidado em saúde mais seguro, fidedigno e confiável para todos, elas envolvem ações simples, mas muito importantes no dia a dia dos profissionais de saúde. São elas: identificar corretamente cada paciente, para garantir que todos recebam o cuidado adequado e não haja riscos para erro; melhorar a comunicação entre os membros da equipe, evitando erros por falhas de informação e entrosamento da equipe; garantir o uso seguro de medicamentos que exigem uma atenção maior em sua administração; realizar cirurgias com todos os cuidados para que sejam feitas no local certo, com o procedimento correto e no paciente certo; prevenir as IRAS; e reduzir os riscos de lesões, como quedas e feridas causadas pela permanência prolongada em leito hospitalar. Todas essas metas têm um único objetivo: proteger a vida e o bem-estar de quem está sob os cuidados da equipe de saúde (Figueiredo *et al.*, 2024).

Por sua vez, o conceito de *bundle* foi introduzido pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* em 2001, com o objetivo de promover a excelência na assistência à saúde por meio de pacotes de intervenções baseadas em evidências científicas. Ganhou destaque a partir de 2004, com a criação de campanhas de saúde que visavam padronizar e qualificar os cuidados prestados aos pacientes. De acordo com o IHI, um *bundle* consiste em um pequeno conjunto de intervenções, que quando aplicadas em conjunto a uma população específica, produzem resultados significativamente melhores do que implementadas isoladamente. As principais campanhas responsáveis por difundir essa prática foram a “Campanha 100.000 Vidas”, lançada em dezembro de 2004, e a “Campanha 5 Milhões de Vidas”, em 2006, ambas nos Estados Unidos, cujo propósito era reduzir mortes evitáveis relacionadas à assistência, por meio da implementação sistemática de intervenções baseadas em evidências, com ênfase na adoção dos *bundles* (Silva; Almeida; Loreto, 2020).

A estrutura dos *bundles* é composta, em geral, por três a cinco medidas simples e eficazes, aplicadas de maneira integrada, com foco em cuidados direcionados a pacientes com risco elevado em determinados contextos clínicos, como por exemplo as pneumonias adquiridas na comunidade. Essas medidas englobam ações como vigilância contínua, educação em saúde, treinamentos, monitoramento de indicadores e coleta de dados. Entre os *bundles* mais utilizados estão os voltados para a inserção de cateter venoso central, prevenção da pneumonia

associada à ventilação mecânica (PAV), prevenção de infecção da corrente sanguínea (ICS) e prevenção da infecção relacionada a inserção de cateter periférico em urgências. Um exemplo prático é o *bundle* para prevenção da PAV, implantado pelo Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM-UFMT), com o objetivo de reduzir a incidência desse tipo de infecção em pacientes sob ventilação mecânica, nesse modelo de *bundle* inclui intervenções como a elevação da cabeceira da cama de 30 a 45 graus, interrupção diária da sedação com avaliação das condições de extubação, profilaxia para úlcera péptica e trombose venosa profunda, além da higienização oral com clorexidina a 0,12%. A implementação correta e sistemática dessas ações está diretamente relacionada à melhora nos desfechos clínicos e à qualificação da assistência de enfermagem nas unidades de terapia intensiva (Silva; Almeida; Loreto, 2020).

Um dos aspectos mais intrigantes observados na prática assistencial é a confusão frequente entre os termos *bundle* e *checklist*, os quais, embora relacionados, possuem finalidades distintas e não devem ser utilizados como sinônimos. A literatura científica evidencia que ambos os instrumentos têm propósitos específicos, embora, em determinadas situações, possam ser aplicados de forma complementar, promovendo melhorias na qualidade do cuidado. O *bundle* consiste em um conjunto de três a cinco intervenções baseadas em evidências científicas, padronizadas conforme o perfil da unidade hospitalar e as necessidades dos pacientes, com o objetivo de assegurar a eficácia clínica e a segurança do paciente (Silva; Almeida; Loreto, 2020).

Já no conceito do *checklist* os autores Silva; Almeida; Loreto (2020) complementam que, é uma lista estruturada de tarefas e lembretes, elaborada com base na prática clínica e frequentemente na experiência de especialistas, com a finalidade de orientar rotinas, promover a comunicação entre as equipes de saúde e garantir a execução adequada dos processos assistenciais. Além disso, enquanto os *bundles* possuem respaldo em diretrizes nacionais e internacionais, os *checklists* tendem a ser ferramentas mais flexíveis e adaptáveis ao contexto local. Assim, é inadequado substituir um pelo outro, considerando que suas funções, fundamentações e composições são distintas, ainda que possam ser utilizados de forma integrada para potencializar os resultados na assistência em saúde.

As IRAS representam um dos principais desafios enfrentados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), impactando diretamente na morbimortalidade e

mortalidade dos pacientes e nos custos hospitalares. Diante da complexidade do ambiente intensivo e da vulnerabilidade dos pacientes críticos, torna-se essencial adotar medidas sistematizadas e baseadas em evidências que promovam a segurança e a qualidade do serviço prestado.

A implementação de protocolos e boas práticas de enfermagem, surgem como estratégia fundamental para a padronização das condutas assistências, prevenção de falhas, e promoção da segurança do paciente. Essa abordagem não apenas contribui para a redução significativa de infecções, como também fortalece a atuação ética e técnica da equipe de enfermagem.

Assim, o presente estudo justifica-se pela necessidade de reforçar a importância da prática baseada em evidências, promovendo a excelência do cuidado em saúde dentro de um dos setores mais sensíveis do ambiente hospitalar.

Método

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura narrativa, caracterizada pela busca ativa, análise crítica e interpretação dos resultados de pesquisas relevantes ao tema. Este tipo de revisão permite maior flexibilidade na seleção e abordagem dos estudos, estando sujeita a interpretação dos autores (Galvão; Pereira, 2022).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS, utilizando os descritores: Infecção Hospitalar; Cuidados de Enfermagem; Protocolos Hospitalares; Unidade de Terapia Intensiva; Bundle, combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”.

Inicialmente, foram identificados 55 artigos. Como critérios de inclusão, consideram-se publicações em inglês e português, disponíveis integralmente, com foco no tema e publicadas entre 2015 e 2025. Como critérios de exclusão, foram excluídos os artigos duplicados, fora do período delimitado ou que não abordavam diretamente o objetivo do estudo. Após a aplicação dos critérios, foram selecionados 16 artigos: 5 provenientes da base LILACS e 11 da SciELO, os quais subsidiaram a construção teórica do trabalho.

Desenvolvimento

A partir da análise dos resultados obtidos neste estudo, reafirma-se a importância crucial da adesão criteriosa da equipe de enfermagem, bem como dos demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional, aos *bundles* e protocolos assistenciais voltados ao cuidado com o paciente em UTI. Os dados relacionados às Infecções Relacionadas à Saúde, como Infecção de Sítio Cirúrgico, Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, Infecção da Corrente Sanguínea, e Infecção do Trato Urinário, estão em consonância com evidências produzidas por estudos nacionais e internacionais na área. Conforme relatórios recentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) observa-se que a taxa média de incidência de IRAS no Brasil permanece elevada, com variações significativas entre diferentes regiões do país. Dados de um período de janeiro de 2012 a dezembro de 2023 registraram que todos os 38 hospitais cadastrados no Distrito Federal notificaram PAV em 2023. Estas disparidades refletem, em grande medida, fragilidades persistentes tanto na infraestrutura hospitalar, quanto na organização dos processos de trabalho, aspectos que se alinham com a urgência de intervenções sistemáticas e baseadas em evidências para enfrentamento deste cenário (ANVISA, 2023).

Ao se comparar os índices encontrados com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), observa-se que a taxa de mortalidade associada às IRAS em países de média renda é até três vezes superior à observada em países de alta renda, evidenciando desigualdades significativas na aplicação e no monitoramento de protocolos de segurança e controle de infecções. No cenário brasileiro, estudos multicêntricos mostram que a adoção sistemática de *bundles*, pode reduzir em até 40% a incidência de ICS e PAV, estas evidências reforçam a importância da adesão contínua a medidas preventivas como estratégia eficaz para redução das IRAS e para melhoria dos indicadores de qualidade hospitalar e assistencial (OMS, 2022; Pereira *et al.*, 2023).

Um aspecto relevante identificado é a dificuldade de adesão plena aos protocolos por parte das equipes, influenciada por fatores como sobrecarga de trabalho, falhas na comunicação interprofissional, insuficiência de treinamentos contínuos e ausência de auditorias frequentes. A literatura sugere que intervenções como checklists diários, auditorias regulares e metodologias ativas de educação permanente podem aumentar significativamente a conformidade com as boas práticas (Estrela *et al.*, 2021; Hinestrosa, 2021).

Um estudo realizado na UTI de um hospital em Porto Velho-Rondônia identificou 10,49 casos de RAS por 100 pacientes e estes apresentaram 10 vezes maiores riscos de morte. Em termos de topografia, temos os seguintes dados: ISC 21,43%, PAV 17,86%, ICS 17,86%, ITU 7,14% e em conjunto PAV e ITU 14,29%. Além disso, o estudo evidenciou a associação de IRAS ao uso de ostomias aumentando o risco em 9,22% (incluindo traqueostomias 10,23%), sonda vesical de demora 5%, cateter venoso central 1,09%, cateter venoso periférico 0,53% e estar internado por um período excedente a 5 dias aumentou em 6,98% os riscos para IRAS. As principais causas dessas infecções estão relacionadas à quebra de técnica na inserção, manejo e manutenção de dispositivos invasivos. A diminuição dos casos destes eventos adversos foi fortemente associada à alta adesão da equipe de enfermagem aos protocolos de boas práticas, bem como ao uso de *bundles*, que são estratégias baseadas em evidências para a prevenção de complicações associadas aos cuidados intensivos. Este cenário demonstra a importância da adesão rigorosa da equipe de enfermagem a protocolos para a redução das infecções e melhoria da segurança do paciente (Pereira *et al.*, 2023).

Adicionalmente, outro estudo realizado em um hospital de ensino, localizado na cidade de São José do Rio Preto, interior do estado de São Paulo, por meio de checklist elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) analisou as UTI adulto pós-cirúrgica, UTI adulto neurológica e UTI adulto cardíaca. Foram aplicados 552 *bundles* nas três unidades, a maior adesão foi para o sítio de inserção do cateter sem sinais flogísticos e a de menor adesão se deu pelos curativos limpos, secos e bem aderidos. Além disso, observou-se que a maior taxa de incidência de ICS foi observada na Unidade Pós-Cirúrgica, com 5,8% e média de 2,1 casos mensais, seguida pela Unidade Cardíaca, com 2,4% e média de 0,67, e pela Unidade Neurológica, com 1,78% e média de 0,5 ICS por mês. O mês que apresentou o maior número de infecções (6 casos), coincidiu com o menor índice de adesão aos *bundles* preventivos (7,43%). Essa alta incidência pode estar relacionada à defasagem na prática de cuidados durante a inserção do CVC. Apesar de uma adesão de 96,38% ao critério de inserção sem sinais flogísticos, outro estudo realizado em UTIs de um hospital-escola na Paraíba evidenciou que muitos profissionais de enfermagem, desconheciam as definições clínicas das ICS, o que contribuiu para o atraso na identificação de sinais locais, como dor, rubor e aumento de temperatura,

comprometendo o início precoce do tratamento e favorecendo a evolução para infecção sistêmica (Vicente; Contrin; Werneck, 2023).

Seguindo ainda na mesma linha de raciocínio, a mediana do custo de pacientes que adquiriram IRAS mostrados em estudo foi de R\$ 39.668,21 mil, valor que demonstra consonância com uma pesquisa realizada nos hospitais do estado de Nova Iorque, nos Estados Unidos, onde se observou um aumento aproximado de US\$ 10.000,00 no custo médio por paciente com IRAS, em comparação àqueles que não desenvolveram infecção. O custo foi significativamente mais elevado entre os pacientes com diagnóstico de dois ou mais focos infecciosos, especialmente nos casos de pneumonia e sepse. Um dos principais fatores que contribuem para o aumento dos custos relacionados às IRAS é o uso de terapias antimicrobianas, sobretudo em casos de infecções causadas por microrganismos resistentes, que exigem medicamentos de última geração, com preços mais elevados. Nos Estados Unidos, o impacto econômico da resistência antimicrobiana é alarmante, com custos que chegam a 20 bilhões de dólares por ano, podendo alcançar até 35 bilhões de dólares anuais, quando considerados os desdobramentos clínicos e a necessidade de tratamentos mais avançados (Leoncio *et al.*, 2018).

Segundo, Jaime *et al.*, (2022) o uso de celulares em ambiente hospitalar tem sido uma porta aberta de contaminação e revelando a quebra de um dos protocolos principais de boas práticas na assistência, como a correta higienização das mãos. Apesar de os celulares estarem cada vez mais presentes no ambiente hospitalar, ainda são escassas as pesquisas que os reconhecem como potenciais fontes de contaminação, bem como inexistem protocolos específicos que orientem seu uso seguro nesses contextos. Um estudo realizado com estudantes da área da saúde revelou que 96,2% dos celulares testados apresentavam contaminação bacteriana. Entre os participantes, 59% relataram utilizar o celular ao ir ao banheiro e a maioria dos aparelhos apresentou mais de um tipo de microrganismo, sendo que, em 16,2% deles, foi identificado o *Staphylococcus aureus*. A presença de coliformes *enterococos* e *Staphylococcus aureus* nos dispositivos móveis é indicativa de hábitos de higiene pessoal inadequados. Diante disso, reforça-se a importância da correta higienização das mãos, tanto dentro quanto fora do ambiente hospitalar, como medida fundamental para evitar a aquisição e disseminação de agentes patogênicos associados à má prática de assepsia. Ainda, este estudo amplia a discussão sobre o

papel multiprofissional, destacando que médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais também compartilham responsabilidade na prevenção das IRAS. A integração entre diferentes áreas do cuidado é essencial para resultados consistentes, visto que a segurança do paciente depende de toda linha assistencial.

A gestão da qualidade em saúde está diretamente vinculada à organização dos processos de trabalho, sendo essencial para a promoção de um cuidado seguro. Nesse contexto, a adoção de boas práticas inclui desde o fortalecimento de uma cultura organizacional voltada à segurança até a definição de metas, medidas e protocolos específicos que visam reduzir os riscos inerentes à assistência. A implementação e a contínua revisão e atualização de protocolos assistenciais configuram-se como estratégias fundamentais para a prevenção de eventos adversos. Dessa forma, o uso de protocolos de segurança do paciente contribui significativamente para uma assistência mais eficaz, minimizando complicações e evitando prolongamentos desnecessários no tempo de internação. A elaboração de um protocolo assistencial multiprofissional possui relevância científica, pois promove benefícios diretos aos pacientes, como a prevenção de agravos, alta precoce, maior conforto e qualidade de vida, sendo eficaz para o cuidado ao padronizar as condutas profissionais. Para que esse processo ocorra de forma efetiva, destaca-se a importância da comunicação entre as equipes e multiprofissionais, permitindo um trabalho compartilhado, dialógico e transformador (Estrela *et al.*, 2021; Hinestroza, 2021).

Assim, a criação de protocolos assistenciais multiprofissionais representa um instrumento valioso de gerenciamento em saúde, com foco na segurança de usuários e trabalhadores, reforçando a padronização das práticas assistenciais. Tal abordagem é respaldada por estudos nacionais e internacionais que indicam a necessidade de que protocolos, fluxos e normas sejam amplamente divulgados e respeitados por todos os profissionais envolvidos na assistência. (Estrela *et al.*, 2021; Hinestroza, 2021).

Para que a aplicação do bundle de prevenção seja bem-sucedida e contribua efetivamente para a redução das infecções no ambiente de terapia intensiva, é essencial a participação ativa do enfermeiro nos processos de treinamento e educação permanente da equipe multiprofissional. Cabe a esse profissional repassar,

por meio de feedback contínuo, os dados referentes à adesão às medidas propostas e às taxas de incidência de infecções, promovendo o engajamento coletivo e incentivando a reflexão crítica sobre a qualidade da assistência prestada ao paciente crítico. Nesse contexto, o enfermeiro se destaca como o profissional mais capacitado para conduzir a implementação e o acompanhamento tanto dos *bundles* quanto dos checklists, sendo responsável por garantir que essas ferramentas, sejam aplicadas de forma correta e eficaz. Diante da complexidade do cuidado intensivo, reconhece-se que o enfermeiro, por estar presente 24 horas ao lado do paciente, deve dominar os conceitos relacionados às boas práticas assistenciais, buscando estratégias que favoreçam a recuperação clínica e contribuam para a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade do cuidado saúde (Silva; Almeida; Loreto, 2020; Carvalho *et al.*, 2024).

Por fim, cabe ressaltar lacunas científicas como ausência de protocolos que sejam objetivos, claros e eficientes sobre a real necessidade da utilização de dispositivos invasivos em ambiente hospitalar, indicando a necessidade urgente de novas normativas e pesquisas voltadas a prevenção da disseminação de microrganismos em virtude ao tempo e/ou necessidade de uso. Apesar de existirem estudos relevantes que indicam a seriedade e a necessidade alarmante de mudanças em relação a adesão dos profissionais de saúde aos protocolos de prevenção de IRAS, esta temática ainda precisa ser muito mais explorada e não só ela, como a percepção dos profissionais quanto as suas práticas e o nível de conhecimento dos mesmos sobre a temática, pois primeiramente, o profissional precisa ter uma boa correlação entre teoria e prática, para entender o porquê não realizar a técnica da maneira correta pode acarretar inúmeros agravos e prejuízos para o paciente e para a própria instituição, prestadora de serviço (Jaime *et al.*, 2022; Silva; Barros *et al.*, 2023).

Conclusão

Conclui-se que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados, ao analisar a adesão da equipe de enfermagem aos *bundles* e protocolos de boas práticas adotados em UTIs, ressaltando a sua relevância fundamental na prevenção das IRAS e na promoção da segurança e bem estar do paciente. Apesar da limitação referente a não aplicação sistemática dos *bundles* diários a todos os pacientes

internados nas UTIs analisadas, os achados reforçam o impacto positivo de intervenções simples e baseadas em evidências científicas. Tais achados evidenciam que a consolidação de rotinas assistenciais seguras depende não apenas da existência de protocolos, mas da incorporação efetiva desses instrumentos pela equipe de saúde em sua prática cotidiana.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de consolidar e fortalecer uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente, por meio da implementação contínua de programas de capacitação profissional e da adoção de metodologias ativas de ensino. Estas estratégias favorecem a participação efetiva e consciente de toda equipe multiprofissional nos protocolos assistenciais, promovendo maior adesão às boas práticas clínicas e favorecendo o compromisso coletivo com a qualidade do cuidado. Ressalta-se, ainda, que a utilização adequada e sistemática desses protocolos não apenas contribui significativamente para a redução dos índices de morbidade e mortalidade hospitalar, como também está diretamente associada a diminuição do tempo de permanência dos pacientes nas instituições de saúde e a otimização dos recursos financeiros, beneficiando de forma abrangente os usuários do sistema, suas famílias e as próprias organizações prestadoras de serviços.

Adicionalmente, o presente estudo fomenta uma reflexão crítica sobre a necessidade premente de revisão e atualização dos protocolos assistenciais existentes, especialmente frente aos desafios contemporâneos que emergem no cenário hospitalar, como por exemplo, o crescente uso de tecnologias móveis durante a assistência. Neste sentido, enfatiza-se a relevância de desenvolver novos protocolos adaptados à realidade atual, considerando a constante evolução dos recursos tecnológicos e seus impactos na prática clínica. Paralelamente, destaca-se a importância de incentivar a realização de pesquisas multicêntricas, capazes de abranger diferentes contextos regionais e estruturais do sistema de saúde brasileiro, de modo a possibilitar análises comparativas e a construção de evidências mais robustas e aplicáveis à diversidade dos serviços de saúde no país.

Referências

BARROS, M. N. *et al.* Percepção dos profissionais de enfermagem na linha de frente da pandemia de covid-19. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 2, 2023. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/issue/view/caparecima21> Acesso em: 20 de set. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: [Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 036, de 25/07/2013](#) . Acesso em: 07 abr. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Relatório Nacional de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/copy_of_infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude?b_start:int=0. Acesso em: 12 set. 2025.

CARVALHO, A, S, *et al.* Bundles de prevenção de infecções como boas práticas de enfermagem para segurança do paciente em terapia intensiva. **Rev. Ft**, Rio de Janeiro, v.28, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.10642613. Disponível em: <https://revistaft.com.br/bundles-de-prevencao-de-infeccoes-como-boas-praticas-de-enfermagem-para-seguranca-do-paciente-em-terapia-intensiva/>. Acesso em: 15 set. 2025.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN) PatientSafetyComponent Manual. Atlanta: CDC, 2020. Disponível em: [NHSN Patient Safety Component Manual](#). Acesso em: 07 abr. 2025.

ESTRELA, F, M, *et al.* Elaboração de um protocolo assistencial multiprofissional para pessoas com feridas complexas na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.8, p. 83118-83139 ago. 2021. DOI: 10.34117. Disponível em: [ISSN: 2525-8761](#). Acesso em: 10 abr. 2025.

FIGUEIREDO, A. P, *et al.* Atuação da enfermagem nas metas internacionais de segurança do paciente. **Rev. Remecs**, São Paulo, v. 9, n.15. dez. 2024. DOI: 10.24281. Disponível em: [Atuação da enfermagem nas metas internacionais de segurança do paciente | Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde](#). Acesso em: 10 abr. 2025.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas e outros tipos de síntese: comentários a série metodológica publicada na Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Revista do SUS**, Brasília, e2022422, 2022. DOI 10.1590/S2237-96222022000300023. Disponível em: scielo.br/j/ress/a/Y9kdncBVqh4bHx9CBN8xHCd/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 maio. 2025.

HINESTROSA, P.F.V. Segurança do paciente: Avaliação de protocolos assistenciais em unidade de terapia intensiva. **Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, São José do Rio Preto, p. 97. 2021. Disponível em: http://201.55.48.176/bitstream/tede/762/2/PaulaFerreiradeVasconcelosHinestrosa_Diassert.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

JAIME, M. *et al.* Uso de celulares e infecções relacionadas à assistência à saúde: revisão integrativa. **Rev Sobec**, São Paulo. 2022. DOI:10.5327. Disponível em: [Vista do Uso de celulares e infecções relacionadas à assistência à saúde: revisão integrativa](#). Acesso em: 01 abr. 2025.

LEONCIO, J.M. *et al.* Impacto das infecções relacionadas à assistência à saúde nos custos da hospitalização de crianças. **Rev da escola de enfermagem da USP**, São Paulo. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018016303486>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KfbjZ3JFq9s7CGpjh4Mqj8H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global report on infection prevention and control**. Geneva: WHO,2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 set. 2025.

PEREIRA, P.P. *et al.* Fatores de risco para infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva. **Rev. Enferm.UFPI**, Porto Velho. 2023. DOI:10.26694. Disponível em: [View of Risk factors for healthcare-associated infections in intensive care units](#). Acesso em: 09 abr. 2025.

SILVA, A.L.; ALMEDA, B.L.; LORETO, R.G.O.; Bundle e checklist aplicado a área da saúde: uma análise conceitual. **Pontifícia Universidade Católica de Goiás**. Goiás. 2020. Disponível em: https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/680/1/FORMATADO_ALEX%20E%20BRUNA.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

SILVA, D.D.; BARROS, M.C.; SILVA, L.S.R. Controle de infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva: Uma revisão integrativa. **Revista Nursing**, Pernambuco. 2022. DOI: 10.36489. Disponível em: [Vista do Controle de infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva: Uma revisão integrativa](#). Acesso em: 01 abr. 2025.

VICENTE, A.P.R.; CONTRIN, L.M.; WERNECK, A.L. Adesão da equipe de enfermagem ao bundle de prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central nas unidades de terapia intensiva. **CuidArte Enfermagem**, São José do Rio Preto. 2023. Disponível em: [0ec3c0f0e938c5ee91cf662e1e85c8b5.pdf](#). Acesso em: 01 abr. 2025.