



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ANA SILVIA SOUZA DO CARMO

**INCIDÊNCIA DA COLONIZAÇÃO POR *ACINETOBACTER BAUMANNII*
MULTIRESISTENTE EM PACIENTES COM COVID-19 INTERNADOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

GOIÂNIA, 2022

ANA SILVIA SOUZA DO CARMO

**INCIDÊNCIA DA COLONIZAÇÃO POR *ACINETOBACTER BAUMANNII*
MULTIRESISTENTE EM PACIENTES COM COVID-19 INTERNADOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso III, apresentado ao Curso de enfermagem/Escola de Ciências Sociais e da Saúde da PUC Goiás, como requisito parcial para conclusão de curso de graduação em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias métodos e processos de educar em saúde

Sob orientação da Prof.^a Dr^a Sergiane Bisinoto Alves.

Coorientação da Prof.^a Dr^a Thais Arvelos Salgado

GOIÂNIA, 2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA SILVIA SOUZA DO CARMO

INCIDÊNCIA DA COLONIZAÇÃO POR *ACINETOBACTER BAUMANNII* MULTIRESISTENTE EM PACIENTES COM COVID-19 INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Trabalho de Conclusão de Curso III, apresentado ao Curso de enfermagem/Escola de Ciências Sociais e da Saúde da PUC Goiás, como requisito parcial para conclusão de curso de graduação em Enfermagem.

Aprovado em: 14 de junho de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr^a Sergiane Bisinoto Alves – Orientadora

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Silvio José de Queiroz

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof.^a Dra. Zilah Cândida das Neves

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Adão Ferreira e Edivania Oliveira e ao meu esposo Ademilso Rodrigues, que foram as pessoas que acompanharam de perto toda minha trajetória, bem como alegrias e sofrimentos, ao longo desses cinco anos de graduação.

Dedico também a minha excelente orientadora Sergiane porque sem ela não teria sido possível concluir esta última etapa de graduação.

Dedico a todos os familiares e vítimas da Covid-19 em especial a aqueles que tiveram seus quadros de saúde agravados em decorrência de microrganismos multirresistentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido chegar até aqui, pois depois de cinco anos de muita luta e com muita fé consegui concluir esta graduação.

Agradeço aos meus pais por todo o apoio e incentivo sempre e por sempre acreditarem em mim e no meu potencial e apesar da distância sempre encontravam uma forma de me ajudar.

Agradeço ao meu esposo por todo apoio de sempre e por estar ao meu lado em todos os momentos ao longo desses cinco anos e por sempre compreender as minhas ausências e noites em claro.

Agradeço a todos meus amigos que permaneceram ao meu lado durante esta trajetória em especial Isadora Abdalla, pois trilhamos juntas essa caminhada sempre apoiando uma a outra.

Agradeço a querida professora Sergiane por ter me conduzido de forma tão tranquila e bondosa na construção deste trabalho e por toda a paciência nas orientações.

Agradeço a todos os professores que contribuíram com meu crescimento acadêmico e profissional ao longo desses cinco anos da graduação, em especial professor Silvio José que sempre me inspirou.

Agradeço a minha excelente banca avaliadora, composta pelo professor Dr. Silvio José de Queiroz e professora Dr^a. Zilah Cândida Pereira das Neves, por aceitarem fazer parte deste momento de formação e por suas valiosas contribuições para a finalização e adequação do meu trabalho.

Por fim, direciono meus agradecimentos a todos que convivi ao longo desta graduação que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

*"Por vezes sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no mar. Mas o
mar seria menor se lhe faltasse uma gota."*

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Introdução: Pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) tem alto risco de estarem colonizados por bactérias multirresistentes, pois além de estarem fisiologicamente suscetíveis, têm o agravante do uso de equipamentos invasivos nos procedimentos terapêuticos pelos quais são submetidos. Entre estas bactérias destaca-se o *Acinetobacter baumannii*. No contexto pandêmico da COVID-19, apesar do aumento da adesão as medidas de precauções, alguns estudos apontam que houve o aumento no número de colonização por microrganismos multirresistentes. **Objetivo:** Descrever a incidência de colonização por *Acinetobacter baumannii* em pacientes internados em unidades de terapia intensiva específicas para tratamento de paciente com COVID-19. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo. Realizado em um Hospital Universitário, de grande porte, da capital de Goiás. A instituição possui duas unidades de terapia intensiva que atenderam exclusivamente pacientes de COVID-19 durante a pandemia, UTI 1 e 2, com 30 e 40 leitos, respectivamente. Participaram do estudo todos os 847 pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva destinada ao tratamento de pacientes com COVID-19. Os dados foram coletados nos formulários de busca ativa do serviço de controle de infecção da instituição, no banco de dados de exames laboratoriais e registros de internação da instituição. **Resultados:** No período de janeiro a dezembro de 2021, foram encontrados 52 pacientes adultos com COVID-19 e positivos para *Acinetobacter baumannii* internados nas UTI adulto analisadas. Metade dos pacientes colonizados foi do sexo masculino e metade do sexo feminino. O mês com maior índice de casos de colonização por *Acinetobacter baumannii* foi dezembro de 2021, com 17,3% do total de casos, seguido dos meses de maio, julho e agosto todos com 15,4% do total de casos. A colonização por *Acinetobacter baumannii* foi identificada predominantemente em swab pele/retal (50,0%), seguida de secreção traqueal (28,9%), sangue (17,0%) e urina e ponta de cateter (1,9%). A incidência total de colonização por *Acinetobacter baumannii* em pacientes com COVID-19 na UTI 1 foi de 1,9% e na UTI 2 foi de 10,1%. **Conclusão:** Este estudo revelou a taxa de infecção mensal por *Acinetobacter baumannii* nos pacientes com COVID-19 internados nas Unidades de Terapia Intensiva, a taxa de infecção mensal por *Acinetobacter baumannii* nos pacientes com COVID-19 internados nas Unidades de Terapia Intensiva, bem como a incidência de colonização por *Acinetobacter baumannii* multirresistente em pacientes internados.

Palavras-chave: Resistência Microbiana a Medicamentos, infecção hospitalar, enfermagem

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. <i>Acinetobacter baumannii</i>	20
Figura 2. Precaução padrão	24
Figura 3. Precauções específicas: gotículas e aerossóis	25
Figura 4. Precauções específicas: contato	26
Figura 5. Colonização por <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistente, conforme sítios anatômicos de isolamento, em pacientes com COVID-19 internados em unidade de terapia intensiva.	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número e frequência de pacientes adultos com COVID-19 internados em unidades de terapia intensiva colonizados por <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistente, conforme o mês.	33
Tabela 2. Taxa de incidência de colonização por <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistente em pacientes adultos internados na UTI do 3° andar conforme número de internação por mês.	34
Tabela 3. Incidência de colonização por <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistente em pacientes adultos internados na UTI do 12° andar conforme número de internação por mês.	35

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
MDR	Multe Droga Resistente
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
SASRS-CoV2	Causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave ou SARS
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos	18
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
4	MÉTODO	31
5	RESULTADOS.....	32
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÃO.....	39
	REFERENCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Os antimicrobianos têm fundamental importância na saúde, pois são medicamentos desenvolvidos com a finalidade de eliminar ou inibir o desenvolvimento de microrganismos. A descoberta dos antibióticos foi um marco revolucionário na medicina, pois até então muitos eram os óbitos causados por esse tipo de infecção (GUIMARÃES et al., 2010).

Os antimicrobianos salvam vidas, combatem infecções, propiciam a realização de delicados processos cirúrgicos, entre outros benefícios (ANDRADE; LEOPOLDO; HAAS, 2006). Porém, sabe-se que desde a descoberta da penicilina as bactérias vêm adquirindo mecanismos de resistência aos antimicrobianos, e muitas vezes, ficam resistentes a múltiplas classes desses medicamentos. Essa questão está diretamente ligada ao uso indiscriminado desses medicamentos tanto nos hospitais, quanto pelos indivíduos na comunidade. A multirresistência já se tornou um problema de saúde pública em escala global, e é atualmente uma das maiores causas de morbimortalidade no mundo (DAVID, 2021).

São considerados microrganismos multi-droga-resistentes (MDR) aqueles que resistem ao tratamento com três ou mais classes de antibacterianos. E entre os principais microrganismos que são considerados MDR estão: *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacteriaceae* resistente aos carbapenêmicos, *Enterococcus faecium*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* (BRASIL, 2021).

Dentre estes microrganismos destaca-se a bactéria *Acinetobacter baumannii*, que se trata de um patógeno Gram-negativo oportunista nosocomial com capacidade de formação de biofilme e sobrevivência por longos períodos em superfícies secas (MURRAY, 2017).

A principal causa de resistência do *A. baumannii* é a produção de beta-lactamase que é responsável pela degradação dos antibióticos beta lactâmicos e, entre eles, os carbapenêmicos. Essa resistência pode ser inerente ao paciente ou adquirida. Os sítios mais afetados por infecção por *A. baumannii* multirresistente são: trato respiratório inferior, corrente sanguínea, pele, tecidos moles e trato

urinário, sendo a pneumonia relacionada aos equipamentos de ventilação a principal infecção causada por esta bactéria (VIEIRA; PICOLI, 2015).

Com o crescente índice de resistência do *A. baumannii*, as opções terapêuticas ficam cada vez mais limitadas, gerando aumento nos dias de internação em UTI e enfermaria e, conseqüentemente, aumentando os custos do tratamento. Estudos apontam que o índice de mortalidade em decorrência de infecção por *A. baumannii* em pacientes internados em UTI é de 10%- 43% (FALAGAS; BLIZIOTIS; SIEMPOS, 2006).

No que concerne ao índice de incidência de bactérias MDR, pacientes internados em UTI são geralmente os mais acometidos, cerca de 70% desses pacientes são tratados de algum tipo de infecção durante a internação, pois além de estarem fisiologicamente suscetíveis, têm o agravante do uso de equipamentos invasivos nos procedimentos terapêuticos pelos quais são submetidos. Portanto, o risco de infecção é cinco a dez vezes maior em comparação com as demais unidades, as quais representam 20% do total das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em um hospital (AMIB, 2014).

Por esse motivo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2021) determina a vigilância da colonização por esses microrganismos nas UTIs. Essa vigilância é de extrema importância, pois tem por finalidade identificar precocemente pacientes colonizados por MDR. É realizada por meio da coleta de material, com a utilização de *swab* em região orofaríngea, endotraqueal, inguinal, retal ou de feridas. Geralmente são realizadas no momento da admissão do paciente, na transferência de unidade ou triagem de pacientes que tiveram contato com portadores de MDR. O monitoramento de pacientes, em UTI, por exemplo, pode ser realizado periodicamente. Além disso também pode ser realizado a cultura de vigilância de superfícies do ambiente (ANVISA, 2021).

A partir de dezembro de 2019, foi incluído um agravante à situação das infecções por microrganismos multirresistentes, principalmente em UTIs, que é a infecção pelo novo coronavírus, SARS-COV-2 (COVID-19). Esta infecção, que surgiu na China em dezembro de 2019, propagou-se rapidamente pelo mundo, dando origem a uma pandemia, devido à sua facilidade de transmissão,

principalmente pelas vias aéreas, por meio de gotículas e aerossóis e por contato, (PHELAN; KATZ; GOSTIN, 2020). A melhor forma de proteção contra a COVID-19, é o distanciamento social, ou distanciamento físico, uso de máscara e a higiene das mãos (ANVISA, 2021).

Esses métodos de prevenção têm vantagem de possuir baixo custo e grande eficácia contra a transmissão da doença, além de conferir proteção contra outros tipos de infecções, principalmente em ambiente hospitalar. Porém, o que se observou no decorrer desta pandemia, em uma parcela da população, foi uma certa resistência a essas práticas, recorrendo então a outros métodos de tratamento e prevenção (MIRANDA, 2020).

No início da pandemia do novo coronavírus houve uma disseminação muito grande do uso de antibióticos como medida profilática e até mesmo tratativa de sintomas leves a moderados da COVID-19, por ter sintomas parecidos com de pneumonia bacteriana, mesmo sem eficácia comprovada (ABREU; SILVA, 2021), visto que é uma doença viral. Houve o uso do “kit-covid”, em que dentre os medicamentos utilizados havia hidroxicloroquina ou cloroquina, azitromicina, ivermectina e nitazoxacina (MELO et al., 2021).

Uma das justificativas para o uso exacerbado de antimicrobianos na pandemia da COVID-19 foi o fato de patógenos como a *A. baumannii* causar graves infecções secundárias à contaminação por SARS-COV-2, as quais necessitam ser tratadas com antibióticos de amplo espectro. Este fato tem causado bastante preocupação às autoridades sanitárias devido ao risco aumentado de resistência dos microrganismos, incluindo a *A. baumannii*, nos próximos anos (CONFESSOR et al., 2021).

Os sintomas da COVID-19 variam de leves, como sintomas gripais à complicações graves como síndrome respiratória aguda grave com presença de dispneia ou associada à baixa saturação de oxigênio ($spO_2 < 95\%$), sinais de desconforto respiratório, piora das condições clínicas das doenças de base, hipotensão e insuficiência respiratória aguda (BRASIL, 2020). Podendo, portanto, aumentar os dias de internação em UTI, o que leva à necessidade de utilizar dispositivos invasivos como: cateter venoso central, sonda vesical de demora e

ventilação mecânica, acarretando assim em risco aumentado para adquirirem uma IRAS (SILVA *et al*, 2018). Correto (SILVA *et al.*, 2018)

Assim como a COVID-19, as infecções por microrganismos multirresistentes podem ser transmitidas por contato, gotículas e aerossóis por meio do contato direto ou próximo a pessoa infectada, por meio de saliva ou secreções/ gotículas respiratórias durante a fala, espirro ou tosse (OPAS, 2020).

Em UTI, essa transmissão se dá principalmente pelas mãos dos profissionais durante a assistência, que em muitas das vezes não realizam a higiene das mãos ou a fazem de forma inadequada, levando assim microrganismos de um paciente a outro. A pele é capaz de armazenar microrganismos e transferi-los a outras superfícies ou indivíduos e essa transferência de microrganismos dá origem às colonizações e as IRAS (SOARES, 2019).

Nesta pandemia tivemos um fator agravante à situação da infecção por *A. baumannii*, que foi a escassez ou até a falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI), situação que deixou os profissionais de saúde e os pacientes suscetíveis à contaminação por SARS-COV-2 e outros microrganismos, em especial nas UTIs. Como consequência, veio o medo dos profissionais de retirarem o EPI e contaminarem-se ou não terem outro EPI para substituir (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Ainda, segundo Teixeira *et al* (2020), o problema da escassez de EPI e o uso indevido pelos profissionais, afetou a qualidade da assistência prestada aos pacientes, contribuindo com a suscetibilidade de pacientes portadores de microrganismos multirresistentes contaminarem-se com o novo coronavírus e, por outro lado, pacientes internados com o COVID-19 colonizarem com microrganismos multirresistentes e, desenvolverem uma IRAS.

Portanto, diante do exposto, e com o aumento de microrganismo MDR, incluindo o *A. baumannii*, faz-se o seguinte questionamento: Qual a frequência de colonização por *A. baumannii* multirresistente em pacientes com COVID-19 internados em UTI?

Conhecer a incidência de colonização de *A. baumannii* multirresistente, entre os pacientes com COVID-19 possibilita conhecer a epidemiologia dos

microrganismos na instituição, desenvolver medidas de proteção aos pacientes colonizados, prevenção de surtos e novas contaminações.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Descrever a incidência de colonização por *Acinetobacter baumannii* multirresistente em pacientes internados em unidades de terapia intensiva específicas para tratamento de paciente com COVID-19.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar a taxa de infecção mensal por *Acinetobacter baumannii* multirresistente nos pacientes com COVID-19 internados em Unidades de Terapia Intensiva.

- Descrever os sítios de isolamento de *Acinetobacter baumannii* multirresistente nos pacientes com COVID-19 internados em Unidades de Terapia Intensiva.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Segundo Murray (2017) a colonização de um indivíduo por microrganismos pode ser definida como a existência destes em órgãos ou tecidos sem que venha a alterar suas funções ou que desenvolver resposta imune inflamatória. Diferente da infecção, onde esses mesmos microrganismos multiplicam-se excessivamente, provocando alterações no organismo.

As Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS) são aquelas que se manifestam no indivíduo após a internação, durante este período e até mesmo após a alta hospitalar, se esta tiver relação com a internação ou com procedimentos realizados neste período. Este é um agravo que ocorre há bastante tempo e é comum no ambiente hospitalar. Tal situação causa grande preocupação, pois implica diretamente na qualidade da assistência, melhora no quadro do paciente e consequentemente no tempo de internação (HESPANHOL *et al.*, 2019).

Ainda conforme Hespanhol *et al* (2019), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o ambiente hospitalar em que o paciente está mais suscetível a adquirir uma IRAS. Neste local de assistência o paciente encontra-se em estado crítico de saúde e necessita de procedimentos invasivos, o que culmina em complicações não só ao indivíduo, mas também à instituição e ao estado, pelo fato de que além do aumento no índice de morbimortalidade, tem aumento no tempo de internação, queda na qualidade da assistência prestada e aumento nos custos operacionais.

De acordo com estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) as IRAS acometem cerca de 1,7 milhões de pacientes ao ano, dos quais 99.000 vão a óbito (KLEVENS *et al.*, 2007), enquanto na Europa essas infecções atingem um a cada dez pacientes e levam cerca de 5.000 ao óbito (INWEREGBU *et al.*, 2005).

Estudo recente realizado no Brasil mostram que cerca de 720 mil pacientes são infectados em hospitais e que desse total aproximadamente 20% vão à óbito. Revelam ainda que em UTI essa taxa de infecção relacionada à assistência à saúde chega aos 60% (DELGMAN; OLIVEIRA; FRANÇA, 2020).

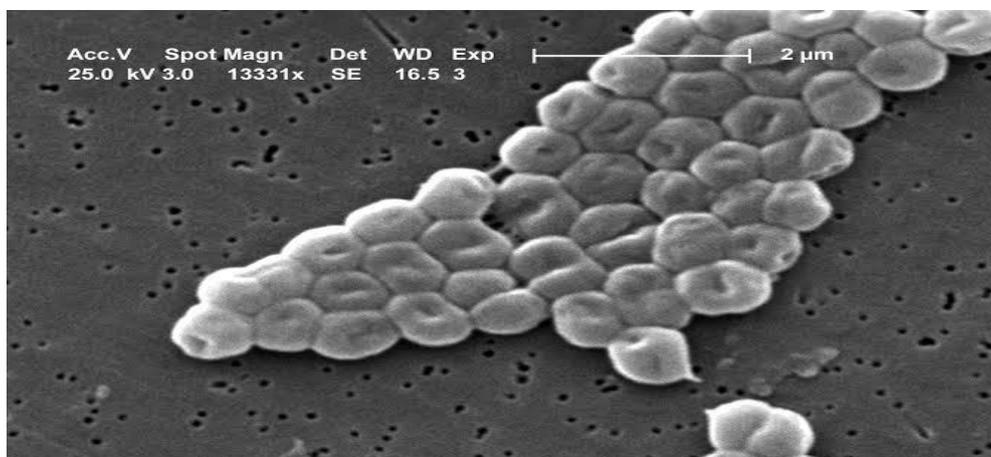
Quando se trata de IRAS por microrganismos multirresistentes (MDR) essa situação é ainda mais alarmante, uma vez que aumenta a dificuldade no

tratamento. Portanto, estudo realizado nos EUA e na Europa elucidam que a cada ano 25 mil pessoas morrem por consequência de infecção por MDR e na China esse número chega a 100 mil mortes por ano. Com isso, se não houver mudanças nesse cenário, até 2050 esse marco atingirá a casa dos 10 milhões de mortes ao ano (O'NEILL, 2016).

Entre os microrganismos multirresistentes, destaca-se o *A. baumannii* (figura 1), que é uma bactéria da família *Moraxellaceae*, da classe não-fermentadores, do tipo cocobacilos Gram-negativas imóveis, portanto, oxidase negativa e produtora de catalase. É oportunista nosocomial, e com maior incidência em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) devido à sua capacidade de formar biofilme por meio da proteína OmpA e por sua capacidade de sobrevivência em superfícies secas por até seis meses. Dessa forma, pode colonizar pacientes, equipamentos e dispositivos hospitalares (MEDEIROS; LINCOPAN, 2013).

Figura 1: *Acinetobacter baumannii*

Fonte: Google imagens



Conforme a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), os principais fatores de risco para colonização e infecção por *A. baumannii* multirresistente incluem: longos períodos de internação, cirurgia recente, internação em UTI, uso de cateteres e outros dispositivos invasivos, traqueostomia, ventilação mecânica, dieta parenteral, prematuridade em recém-nascidos e terapia antimicrobiana prévia com fluoroquinolonas, cefalosporinas de amplo espectro ou carbapenêmicos.

Portanto, as infecções de maior incidência relacionadas ao *A. baumannii* multirresistente são as pneumonias causadas por ventilação mecânica, infecções

do trato urinário, endocardites, infecções na pele ou tecidos moles e bacterianas. Desse modo, os principais sítios de colonização deste patógeno são pele, feridas, trato respiratório e gastrointestinal (ANVISA, 2021).

2.2 Medidas de controle de infecção relacionada à assistência à saúde

As medidas de controle de contaminação por microrganismos nos serviços de saúde podem ser definidas como a implementação de uma série de estratégias que têm por finalidade prevenir a disseminação de microrganismos entre assistentes e assistidos durante a prestação dos cuidados de saúde. Estas estratégias são classificadas em medidas de precaução padrão, e específicas: contato, gotículas e aerossóis (CDC, 2007; CDC, 2016).

Dentre as medidas de controle e prevenção mais recomendadas tanto em ambiente hospitalar quanto social está a higienização das mãos, que apesar de ter ganhado maior destaque com o advento da COVID-19, sempre foi muito eficaz no combate à disseminação de patógenos, e necessita ser praticada com eficiência, uma vez que a disseminação de microrganismos multirresistentes pode ser uma consequência, a longo prazo, da COVID-19 (MIRAMDA *et al*, 2020).

A prática de higienização das mãos teve sua eficácia comprovada desde que Ignaz Philip Semmelweis conseguiu reduzir a mortalidade de puérperas, introduzindo esta ação entre a realização de um procedimento e outro (FIOCRUZ, 2021). Desde então, estudos apontam a importância da higiene adequada das mãos (NEVES, *et al.*, 2006; CDC, 2007; NEVES, *et al.*, 2009; TIPPLE; MENDONÇA, 2021). Portanto, é fundamental que os profissionais saibam os cinco momentos desta prática durante a assistência ao paciente, que são: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluídos corporais; após tocar o paciente; após tocar superfícies próximas ao paciente (WHO, 2009).

O tipo de higienização das mãos é escolhido de acordo com a finalidade pretendida, portanto divide-se em: Higienização simples das mãos; Higienização antisséptica das mãos; Fricção de antisséptico nas mãos; Antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos (ANVISA, 2007).

Na assistência hospitalar destaca-se principalmente a higienização simples das mãos que tem por objetivo a retirada de sujidades visíveis e microrganismos que colonizam superficialmente a pele, com duração de 40-60 segundos (WHO, 2006; CDC, 2007; ANVISA, 2007). Cujas técnicas consistem em:

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.

Outra técnica bastante utilizada é a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, com duração de 20-30 segundos, a qual segue os mesmos

passos da higienização com água e sabão. Esta técnica é aplicada quando não há presença de sujidades visíveis (ANVISA 2007).

Outro fator importante para a prevenção e controle de IRAS é a adesão às medidas de precaução padrão, entre elas, o uso adequado de EPI. A falta de EPI, uso excessivo ou de forma incorreta, confere falha nas precauções padrão e específicas, culminando em risco para o profissional e principalmente para o paciente (SILVA; et al., 2018).

A precaução padrão é aquela comum a todos os pacientes, independente do diagnóstico. Pois, presume-se que todo e qualquer paciente esteja possivelmente infectado por algum microrganismo passível de transmissão, portanto esta precaução deve ser incluída em todas as práticas assistenciais. Tem como um dos principais componentes a prática de higiene das mãos, além de utilização de luvas, avental, máscara e óculos de proteção sempre que houver risco de exposição ocupacional a fluidos e/ou secreções dos pacientes, e descarte adequado de resíduo perfurocortante, conforme ilustrado na figura 2 (CDC, 2007; ANVISA, 2021).

Figura 2. Medidas de Precaução Padrão



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

As precauções específicas são medidas adotadas no contexto hospitalar para o cuidado de pacientes com suspeita ou diagnóstico de doença de transmissão aérea e por contato. Incluem precaução por contato, gotículas e aerossóis (CDC, 2007).

A precaução por gotículas é implementada no controle de patógenos transmissíveis por gotículas respiratórias. As gotículas podem atingir as mucosas tanto das fossas nasais quanto bucais, pois são maiores que $5\mu\text{m}$, e são disseminadas por meio de espirro, tosse ou fala. Entre as patologias transmitidas por gotículas, tem-se: caxumba, coqueluche, difteria e meningite. Para prevenir a disseminação de doenças transmitidas por gotículas nos serviços de saúde, são recomendados: higiene de mãos, uso de máscara cirúrgica pelo profissional e manter o paciente em quarto privativo. E, máscara cirúrgica para o paciente, caso necessite sair do quarto (figura 3).

Enquanto a precaução por aerossóis é utilizada no controle de microrganismos transmissíveis por aerossóis, que são partículas menores que $5\mu\text{m}$ e por isso podem ficar suspensas no ar por maior período de tempo e atingem profundamente o sistema respiratório. São disseminadas também por meio de espirro, tosse e fala, e transmitem doenças como: herpes zoster, sarampo, tuberculose, varicela e Síndrome respiratória aguda grave. A precaução por

aerossol determina o uso de máscara PFF-2 pelo profissional e quarto privativo para o paciente. E, máscara cirúrgica para o paciente, caso necessite sair do quarto (figura 3).

Figura 3. Medidas de precauções específicas: gotículas e aerossóis



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A precaução de contato é utilizada para controle de microrganismos transmitidos pelo contato. Inclui surtos e prevenir a disseminação de microrganismos MDR que são transmitidos por meio de contato com mãos, superfícies e equipamentos contaminados. Nesta precaução as medidas adotadas são: higiene de mãos, uso de aventais exclusivos e descartáveis; quarto privativo ou coorte de pacientes colonizados pelo mesmo microrganismo (figura 4). Para a adoção desta precaução, recomenda-se a capacitação constante sobre maneira correta e segura de paramentação e desparamentação com os EPI. Essas medidas são aplicadas em pacientes transferidos de unidade com alto índice de microrganismo MDR ou paciente com alto risco para colonização (CDC, 2016).

Figura 4: Medidas de precauções específicas: contato



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

As medidas de controle implementadas na prevenção da transmissão de MDR, como por exemplo, *A. baumannii*, são essenciais para a redução da incidência e complicações causadas por este patógeno, que são a associação da precaução padrão e de contato, que consiste em: detecção da origem da infecção, uso de EPI'S, limpeza e desinfecção ambiental, coorte de pacientes e equipe de saúde, isolamento clínico, administração de antibióticos e vigilância epidemiológica (figura 4) (VIEIRA e PICOLI, 2015).

Para assegurar que essas e outras medidas possam ser implementadas de forma adequada nas UTI, a instituição deve seguir as boas práticas em serviços de saúde expressas na RDC Nº 63 (ANVISA, 2011). Também adotar as recomendações dispostas na resolução nº 7, da ANVISA (BRASIL, 2010), que se destacam:

- Cumprir as medidas de prevenção e controle de IRAS definidas pelo Programa de Controle de Infecção do hospital;
- Realizar ações de prevenção e controle de IRAS;
- A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) deve estruturar uma metodologia de busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos,

dos microrganismos multirresistentes e outros microrganismos de importância clínico-epidemiológica, além de identificação precoce de surtos;

- A equipe da UTI deve colaborar com a CCIH na vigilância epidemiológica das IRAS e com o monitoramento de microrganismos multirresistentes na unidade;

- A CCIH deve divulgar os resultados da vigilância das infecções e perfil de sensibilidade dos microrganismos à equipe multiprofissional da UTI, visando a avaliação periódica das medidas de prevenção e controle das IRAS;

- As ações de prevenção e controle de IRAS devem ser baseadas na avaliação dos indicadores da unidade;

- A equipe da UTI deve aderir às medidas de precaução padrão, às medidas de precaução baseadas na transmissão (contato, gotículas e aerossóis) e colaborar no estímulo ao efetivo cumprimento das mesmas, além de orientar visitantes e acompanhantes quanto às ações que visam a prevenção e o controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH, e também deve proceder ao uso racional de antimicrobianos, estabelecendo normas e rotinas de forma interdisciplinar e em conjunto com a CCIH, Farmácia Hospitalar e Laboratório de Microbiologia;

- Devem ser disponibilizados os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização de mãos de profissionais de saúde e visitantes;

- O Responsável Técnico e os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais e visitantes;

Além de tomar medidas administrativas que possam confirmar essas práticas, como por exemplo: disponibilizar recursos humanos e materiais para a prática das medidas de controle, bem como pessoal específico para o controle e prevenção de MDR; implementação de educação continuada para aperfeiçoamento e adesão as medidas de precaução, pelos colaboradores; implantar também, na instituição

sistema de comunicação sobre infecções por microrganismos multirresistentes (ANVISA, 2007).

Outra medida de grande importância no combate a transmissão de microrganismo MDR é a vigilância, pois possibilita a descoberta precoce e o acompanhamento desses microrganismos, para assim, avaliar a eficiência das medidas implementadas (WHO, 2017). Um dos parâmetros utilizados é a cultura, a qual é realizada periodicamente nos pacientes que estão em unidade de terapia intensiva, e na admissão e/ou em contactantes com colonizados/infetados por algum tipo de microrganismos multirresistente. A cultura de material é realizada tanto em indivíduos, através de swab em regiões como orofaringe, endotraqueal, inguinal, retal ou de feridas, quanto no ambiente em que o mesmo está inserido (ANVISA, 2021).

Ainda de acordo com ANVISA (2021), é indicado realizar a cultura de vigilância no momento que o paciente é admitido na instituição, na transferência de unidade ou na triagem de paciente que teve contato com pessoa com microrganismo MDR. Porém, o custo benefício desta prática vai depender da incidência e prevalência de microrganismo MDR em cada instituição, pois onde o índice de incidência é baixo ou quase inexistente, esta medida gera impacto financeiro negativo.

A cultura de vigilância quando comparada a nenhum outro tipo de cultura pode reduzir em 39% a transmissão de microrganismo multirresistente. Além disso, esta medida combinado com a precaução de contato aplicadas em pacientes colonizados pode diminuir ou até mesmo erradicar a disseminação de microrganismo MDR (De Angelis; *et al.*, 2014).

2.3 Pandemia de COVID-19

Recentemente foi adicionado um agravante à implementação das medidas de controle de infecção por microrganismo MDR, que foi o surgimento do SARS-COV-2 que causa a COVID-19, que é uma doença de origem viral, que teve origem na província de Hubei- Wuhan na China em dezembro de 2019. O vírus espalhou rapidamente pelo país e em seguida pelo mundo, originando então uma nova

pandemia (PHELAN; KATZ; GOSTIN, 2020). Seu modo de infecção se dá principalmente pelas vias aéreas através de gotículas, aerossóis ou contato, tendo então, seu quadro agravado no caso de o paciente possuir doença pulmonar crônica prévia, necessitar de ventilação mecânica ou de um período de internação prolongado (BRASIL, 2020).

O Brasil teve seu primeiro caso notificado e registrado pelo Ministério da Saúde em 26 de fevereiro de 2020, a partir de então os casos espalharam-se rapidamente alcançando todas as regiões do país. Desde este dia até 8 de junho de 2022 foram confirmados 31.315.777 casos e 667.647 óbitos pelo novo corona vírus no país(BRASIL, 2022).

Existem várias complicações que podem ocorrer em pacientes acometidos pelo vírus SARS-CoV-2, e entre elas está o desenvolvimento de uma infecção secundária, podendo, por exemplo, ser causada por bactérias que adquiriram, ao longo do tempo, resistência aos antibacterianos, e este processo é chamado de coinfeção (LIMA; BRITO; CRUZ, 2020). Em estudo de meta-análise recente, Musuuza et al, 2021, mostram que dentre os pacientes diagnosticados com COVID-19, até 19% deles têm coinfeções, as quais estão associadas a desfechos ruins, incluindo o aumento da mortalidade.

Portanto, de acordo com estudo realizado por Lansburg et al (2020), a taxa de infecção em pacientes internados com COVID-19 é de 7%, aumentando para 14% quando se trata de pacientes com COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva.

O advento da COVID-19 tornou a prática de medidas de controle de infecção menos eficazes, pelo fato de que no início da pandemia houve uma grande escassez de EPI's, fazendo com que o mesmo equipamento fosse utilizado por vários dias, dificultando a implementação das precauções padrão e específicas. Além do foco dos profissionais na autoproteção e não atentando para a não transmissão cruzada de microrganismos no ambiente hospitalar, os quais encontravam-se superlotados e com escassez de pessoal treinado em práticas de controle de infecção (RUSSO; et al, 2022).

Para detectar uma coinfeção, faz-se necessário uma observação de critérios epidemiológicos seguidos de rastreio e identificação do agente infeccioso por meio de testes laboratoriais. Essa correta identificação e o perfil de antibiograma a um tratamento adequado, na grande maioria dos casos, resulta em desfecho favorável. Em contrapartida, a utilização de antibióticos de forma empírica leva ao uso indiscriminado desses medicamentos, que por sua vez, culminam em cepas resistentes, resultando então em desfecho clínico contrário ao esperado (ABREU; SILVA, 2021)

Nesse contexto, considerando medidas preventivas e fatores de risco de IRAS, especialmente IRAS por patógeno MDR, uma medida não recomendada no combate ao COVID-19 é o uso de antibioticoterapia como medida profilática à esta doença. Uma vez que esta prática ao invés de atuar como aliada no combate ao SARS-CoV-2, tornar-se-ia uma vilã, aumentando ainda mais a resistência antimicrobiana (DAVID, 2020).

3 MÉTODO

Tipo e local de estudo

Estudo transversal, descritivo, retrospectivo. Realizado em um Hospital Universitário, de grande porte, da capital de Goiás. A instituição possui duas unidades de terapia intensiva que atenderam exclusivamente pacientes de COVID-19 durante a pandemia, UTI 1 e 2, com 30 e 40 leitos, respectivamente.

Em ambas as UTI atuaram profissionais da equipe multiprofissional composta por enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Não foi possível quantificar quantos profissionais atuaram em cada unidade.

O protocolo de monitoramento de microrganismos multirresistentes foi implementado em ambas as UTI e previa a realização de cultura de vigilância de colonização por microrganismos multirresistentes na admissão do paciente e, semanalmente (EBSERH, 2017).

População

Participaram do estudo todos os 847 pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva destinada ao tratamento de pacientes com COVID-19. Foram filtrados para este estudos apenas os positivos para *A. baumannii*, que totalizaram 52 pacientes.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todos os pacientes admitidos nas UTIs destinadas ao atendimento a pacientes com COVID-19 no período de janeiro a dezembro de 2021, que permaneceram por mais de 48 horas internados na UTI, realizaram o monitoramento de colonização por microrganismo multirresistente por meio da cultura de vigilância em até 48 horas de internação e, após, semanalmente.

Foram excluídos aqueles pacientes que apresentaram resultados de cultura de vigilância positivos para *Acinetobacter baumannii* dentro das primeiras 48 horas de internação.

Coleta de dados

Os dados foram coletados nos formulários de busca ativa do serviço de controle de infecção da instituição, no banco de dados de exames laboratoriais e registros de internação da instituição (ANEXO A).

Análise de dados

Os dados foram registrados no formulário impresso e posteriormente digitados em uma planilha do Excel. Foram analisados de forma descritiva, com apresentação de medidas de frequência simples e incidência.

O cálculo da frequência de colonização de *A. baumannii* multirresistente nos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva com COVID-19 foi encontrada multiplicando o quantitativo deste microrganismo isolado a cada mês por 100 e dividindo pela quantidade total de pacientes colonizados no mês.

O cálculo da frequência de *A. baumannii* multirresistente por sítio de isolamento foi feito utilizando o quantitativo de colonização de cada sítio dividido pelo total de pacientes colonizados por *A. baumannii* e multiplicado por 100.

A incidência de colonização por *A. baumannii* foi calculada pela divisão do número de pacientes em tratamento intensivo colonizados por *A. baumannii* identificados no mês pelo total de internação em UTI destinada ao atendimento a pacientes com COVID-19 no referido mês, multiplicado por 100.

Aspectos éticos

Este estudo está inserido ao projeto Monitoramento da cultura de vigilância de um hospital universitário do estado de Goiás, o qual passou pela avaliação do coordenador geral do Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e Gestão de ensino e pesquisa. Posterior a esta, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da plataforma Brasil, tendo então parecer favorável nº 3.087.908 – conforme resolução 466/2012 (ANEXO B).

Foram assegurados todos os princípios éticos para o desenvolvimento de pesquisa.

4 RESULTADOS

No período de janeiro a dezembro de 2021, foram encontrados 52 pacientes adultos com COVID-19 e positivos para *Acinetobacter baumannii* internados nas UTI adulto analisadas.

Do total de pacientes colonizados por *Acinetobacter baumannii*, metade foi do sexo masculino e metade do sexo feminino.

O mês com maior índice de casos de colonização por *Acinetobacter baumannii* foi dezembro de 2021, com 17,3% do total de casos, seguido dos meses de maio, julho e agosto todos com 15,4% do total de casos, conforme gráfico 1.

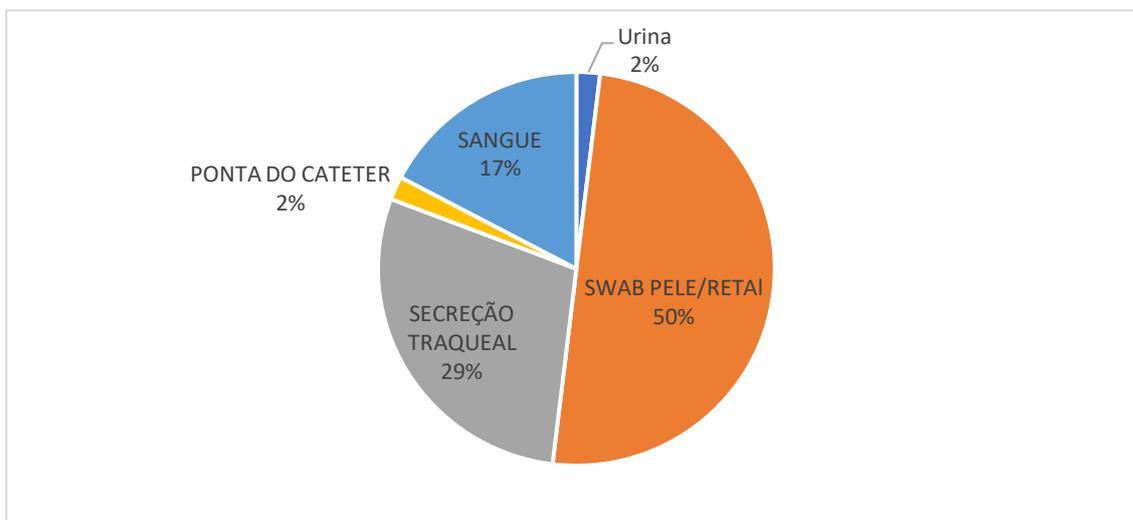
Tabela 1. Número e frequência mensal de pacientes adultos com COVID-19 internados em unidades de terapia intensiva colonizados por *Acinetobacter baumannii*. Goiânia, 2021

Mês	N	%
Janeiro	0	0%
Fevereiro	0	0%
Março	0	0%
Abril	0	0%
Maio	8	15,40%
Junho	4	7,70%
Julho	8	15,40%
Agosto	8	15,40%
Setembro	4	7,70%
Outubro	7	13,40%
Novembro	4	7,70%
Dezembro	9	17,30%
TOTAL	52	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Para identificar a colonização por microrganismos multirresistentes são coletados material biológico de vários sítios anatômicos. A colonização por *A. baumannii* foi identificada predominantemente em swab pele/retal (50,0%), seguida de secreção traqueal (28,9%), sangue (17,0%) e por fim, urina e ponta de cateter (1,9%), conforme gráfico 1.

Gráfico 1. Colonização por *Acinetobacter baumannii*, conforme sítios anatômicos de isolamento, em pacientes com COVID-19 internados em unidade de terapia intensiva. Goiânia, 2021.



A incidência total de colonização por *A. baumannii* em pacientes com COVID-19 na UTI 1 foi de 1,9%, e o mês com maior índice de colonização por *Acinetobacter baumannii* foi dezembro (25,0%), seguido de novembro (8,5%) e julho (4,3%), conforme tabela 1.

Tabela 2. Taxa de incidência mensal de colonização por *Acinetobacter baumannii* em pacientes adultos internados na UTI 1 conforme número de internação. Goiânia, 2021

MÊS	UTI 3	internação	incidência
Janeiro	0	19	0,0%
Fevereiro	0	31	0,0%
Marco	0	75	0,0%
Abril	0	23	0,0%
Maio	0	45	0,0%
Junho	0	52	0,0%
Julho	2	47	4,3%
Agosto	0	36	0,0%
Setembro	0	30	0,0%
Outubro	0	21	0,0%
Novembro	1	12	8,3%
Dezembro	5	20	25,0%
TOTAL	8	411	1,9%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A incidência total de colonização por *Acinetobacter baumannii* em pacientes com COVID-19 na UTI 2 foi de 10,1%, e o mês com maior índice de colonização por *Acinetobacter baumannii* foi dezembro (44,4%), seguido de agosto (42,1%) e outubro (36,8%), conforme tabela 2.

Tabela 3. Incidência de colonização mensal por *Acinetobacter baumannii* em pacientes adultos internados na UTI 2 conforme número de internação. Goiânia, 2021

MÊS	UTI 12	internação	incidência
Janeiro	0	7	0,0%
Fevereiro	0	12	0,0%
Março	0	87	0,0%
Abril	0	52	0,0%
Mai	8	53	15,1%
Junho	4	67	5,9%
Julho	6	66	9,1%
Agosto	8	19	42,1%
Setembro	4	28	14,3%
Outubro	7	19	36,8%
Novembro	3	17	17,6%
Dezembro	4	9	44,4%
Total	44	436	10,1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5 DISCUSSÃO

O *Acinetobacter baumannii* está entre os MDR resistente aos carbapenêmicos considerados críticos no quesito de ameaça à vida humana—(WHO, 2017). Pacientes internados em UTI colonizados por *Acinetobacter baumannii* multirresistente aumentam em 24,4% a chance de vir ao óbito durante a hospitalização em relação aos não colonizados por este patógeno (HARDING; *et al*, 2018).

Pacientes infectados por *Acinetobacter baumannii* multirresistente têm complicações como infecção do trato respiratório que desencadeia dispneia, pirexia e angina, pode também atingir a corrente sanguínea provocando infecção do sistema circulatório, resultando em sepse com pirexia alta e persistente, hipotensão arterial, náuseas e vertigem, podendo ter como consequência final o óbito (MELO; MOL; LOPES, 2021).

No presente estudo os dados revelam que a partir de maio a instituição começou a identificar o *A. Baumannii* multirresistente nos pacientes com COVID-19 internados nas UTI e a presença de pacientes colonizados por este microrganismo foi constante até dezembro de 2021, com predomínio na UTI 2. Este achado é preocupante em função da gravidade do quadro clínico dos pacientes e da real possibilidade do microrganismo potencializar este quadro, causando uma infecção relacionada a assistência à saúde. Salienta-se que ambas as UTI atendiam a pacientes com o mesmo perfil clínico, encaminhados via regulação, pela rede de saúde.

Acredita-se que a diferença no perfil de colonização encontrado nas duas UTI possa ser explicada pelo fato de que a UTI 2 foi constituída para atender a demanda da pandemia, com contratação de pessoal e início de trabalho imediato. Apesar das capacitações realizadas, houve dificuldade da implementação dos protocolos, uma vez que a efetiva implementação exige tempo, discussão ampliada, monitoramento, feedbacks à equipe, o que foi comprometido em decorrência do contexto pandêmico. A UTI 1 por sua vez, já funcionava na unidade para tratamentos crítico de pacientes cirúrgicos, e com o aumento de número de

casos na pandemia do COVID-19 foi destinada apenas para internação de pacientes positivos por SARS-COV-2.

Estudo mostra que mesmo com o fortalecimento das medidas de controle de infecção em decorrência da COVID-19 a incidência de MDR elevou em algumas instituições (TIRI; *et al.*, 2020). O aumento da incidência pode estar relacionado à falta de EPI vivenciada no início da pandemia e também pelo medo dos profissionais de infecção no momento da troca de EPI e, portanto, permanecendo com os mesmos equipamentos durante toda a assistência, não atentando para a infecção cruzada (RUSSO; *et al.*, 2022).

Por outro lado, alguns autores afirmam que durante a pandemia da COVID-19 houve aumento de 63,0% nas culturas de vigilância em UTI (SAINI; *et al.*, 2021). Este fato pode ter contribuído com o aumento na incidência de MDR em algumas instituições uma vez que aumentou a possibilidade do diagnóstico.

Conforme dados obtidos no presente estudo, o material biológico que apresentou maior incidência de *Acinetobacter baumannii* multirresistente conforme o sítio anatômico foi predominantemente o coletado em swab pele/retal com 50,0% dos casos, seguido de Secreção traqueal (28,9%), sangue (17,0%) e urina e ponta de cateter (1,9%). O que difere de dados obtidos em estudo realizado antes da pandemia do COVID-19, onde a cultura de maior incidência do microrganismo foi urocultura (49,0%) e os swabs por sua vez apresentaram incidência de 12,2% (MOTA; OLIVEIRA; SOUTO, 2018).

A presença do *A. Baumannii* multirresistente na pele é preocupante uma vez que ele pode migrar para a corrente sanguínea. De acordo com estudo dos autores Peleg, Seifert e Peterson (2008) o *Acinetobacter baumannii* é responsável por 1,3% das mortes por infecção na corrente sanguínea.

O estudo apontou ainda que a incidência de *A. Baumannii* multirresistente encontrado em secreção traqueal foi de 28,9%. Infecções nesse sítio podem desenvolver pneumonias associadas a ventilação mecânica (PAV) as quais levam ao óbito 44,0% dos pacientes com esse tipo de infecção (SILVA *et al.*, 2017).

A limitação deste estudo foi não identificar os fatores associados ao aumento da colonização. Contudo, com o desenvolvimento deste estudo foi possível notar

que durante a pandemia do COVID-19 a instituição permaneceu realizando as coletas para monitoramento da cultura de vigilância, o que contribuiu com a descoberta dos pacientes colonizados com microrganismo MDR, como o *Acinetobacter baumannii*. Portanto a manutenção da cultura de vigilância torna possível adotar precocemente medidas de precaução de contato e prevenir surtos, além da criação de um banco de dados que pode identificar paciente com culturas positivas em internações prévias e então usar medidas de controle de infecção adequadas (MAGALHÃES; CRUZ; SILVA, 2018).

6 CONCLUSÃO

Este estudo revelou a taxa de infecção mensal por *Acinetobacter baumannii* nos pacientes com COVID-19 internados nas Unidades de Terapia Intensiva. O mês com maior índice de casos de colonização por *Acinetobacter baumannii* multirresistente foi dezembro de 2021, com 17,3% do total de casos, seguido dos meses de maio, julho e agosto todos com 15,4% do total de casos.

Este estudo revelou a taxa de infecção mensal por *Acinetobacter baumannii* nos pacientes com COVID-19 internados nas Unidades de Terapia Intensiva. O maior coeficiente de incidência foi em swab pele/retal (50,0%), seguida de secreção traqueal (28,9%), sangue (17,0%) e por fim urina e ponta de cateter (1,9%).

A incidência de colonização por *Acinetobacter baumannii* multirresistente em pacientes internados em unidades de terapia intensiva específicas para tratamento de paciente com COVID-19, foi de 1,9% na UTI 1 e de 10, 1% na UTI 2.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário também a adoção de estratégias de limpeza e desinfecção de superfícies e materiais, além de adesão às medidas de precaução padrão e específicas. Uma vez que o *Acinetobacter baumannii* multirresistente pode sobreviver por longos períodos em superfícies secas e transitar facilmente nas mãos e equipamentos dos profissionais.

Além disso faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos acerca desta temática, com identificação de fatores associados à positividade e estratégias de melhorias.

REFERENCIAS

ABREU, J. A. C.; SILVA, F. B. A. Uma “espada-de-dois-gumes”: bactérias & Covid-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.5, p. 53750-53769 may. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n5-670. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index>. Acesso em: 20 Set. 21.

AMIB- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Infecções nas UTIs**. 2014. Disponível em: <https://www.google.com/https://www.amib.org.br/noticia/nid/infecoes-nas-utis>. Acesso em: 01 Nov. 2021.

ANDRADE, D.; LEOPOLDO, V. C.; HAAS, V. J. Ocorrência de Bactérias Multirresistentes em um Centro de Terapia Intensiva de Hospital Brasileiro de Emergências. **RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva**. V. 18 – N. 1 – Jan/Mar 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000100006>. Acesso em: 01 Nov. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm. Acesso em: 05 Jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Módulo 5- Intervenções e medida de prevenção e controle da resistência microbiana**. 2007. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/ops_web/modulo5/def_diretrizes2.htm. Acesso em: 15 Abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Resolução RDC N°7**, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.htm. Acesso em: 15 Abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução- RDC N° 63**, de 25 de Novembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.htm. Acesso em: 05 Jun. 2022.

Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 07/2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-COV-2 (Covid- 19) dentro dos serviços de saúde. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/view/Nota_tecnica_nº_07_de_2020 — Português (Brasil) - Governo Federal. Acesso em: 20 Set. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prevenção de infecções por microrganismos multirresistentes em serviços de saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde- Brasília: ANVISA, 2021. Disponível em: <https://pncq.org.br/wpcontent/uploads/2021/03/manualprevencaodemultirresistentes7.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Boletim epidemiológico especial** | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Semana Epidemiológica 13 27/3 a 2/4/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-107-boletim-coe-coronavirus.pdf>. Acesso em: 17 Abr. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **Guideline for Isolation Precautions: Preventing transmission of Infections Agents in Healthcare Settings** 2007. Disponível em: www.cdc.gov/incidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf. Acesso em: 05 Jun. 2022

CONFESSOR, M. V. A.; et al. Antibioticoterapia exacerbada no tratamento da COVID-19: um fator impactante na resistência à antibióticos. **Medicina: Aspectos Epidemiológicos, Clínicos e Estratégicos de Tratamento 3**. Editora: Atenas, v.3, p. 20-29. Ponta Grossa- PR. 2021. DOI 10.22533/at.ed.5892117055. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/52140>. Acesso em: 20 ago. 2021.

DAVID, M.T.S.S. O impacto do uso indiscriminado de antibióticos na pandemia do COVID-19. **Pandemia: caminhos para a aprendizagem**. Editores: Pedro & João. São Carlos- SP, p.165-174. 2021. DOI 10.51795/986558694045. Disponível em: <https://pedroejoaoeditores.com.br/site/pandemia-caminhos-para-aprendizagem>. Acesso em: 20 ago. 2021.

DE ANGELIS, G.; et al. Infection control and prevention measures to reduce the spread of vancomycin-resistant enterococci in hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. **J Antimicrob Chemother**. 2014 May;69(5):1185-92. DOI: 10.1093/jac/dkt525. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 20 Mai. 2022.

DELGMAN, R. C.; OLIVEIRA, D.; FRANÇA, P. H. C. Perfil fenotípico da resistência a colistina e tigeciclina em um hospital público no Brasil. **Jornal de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 4, jan. 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/13345>. Acesso em: 14 Nov. 2021.

FALAGAS, M.E.; BLIZIOTIS, I.A.; SIEMPOS, I.I. Mortalidade atribuível de infecções por *Acinetobacter baumannii* em pacientes criticamente enfermos: uma revisão sistemática de estudos de coorte pareados e caso-controle. **Crit Care**. 2006; 10(2):R48. Doi: 10.1186/cc4869. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 29 Set. 2021.

FIOCRUZ. **Ignaz Semmelweis: as lições que a história da lavagem das mãos ensina**. Disponível em: <http://coc.fiocruz.br/index.php>. Acesso em: 30 Set. 2021.

GUIMARÃES, D.O.; et al. Antibióticos: importância terapêutica e perspectivas para a descoberta e desenvolvimento de novos agentes. **Quim. Nova**, Vol. 33, No. 3, 667-679, 2010. Departamento de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, Brasil. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-40422010000300035>. Acesso em: 01 Nov. 2021.

HARDING, C. M.; HENNON, S. W.; FELDMAN, M. F. Uncovering the mechanisms of

Acinetobacter baumannii virulence. **Nat Rev. Microbiol.**, v. 16, n. 2, p. 91-102, 2018.

Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrmicro.2017.148>. Acesso em: 25 Mai. 2022.

HESPANHOL, L. A. B. Infecção relacionada à Assistência à Saúde em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Enfermeria Global. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem**, nº53, p. 229-241. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.296481>. Acesso em 06 Nov. 2021.

INFECTION CONTROL BASICS. **Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention**, 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/index.html/>. Acesso em 10 Mai. 2022.

INWEREGBU, K.; DAVE, J.; PITTARD, A. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain. The **Board of Management and Trustees of the British Journal of Anaesthesia**. Volume 5, n.1. 2005. Disponível em: DOI10.1093/bjaceaccp/mki006. Acesso em: 06 Nov. 2021.

KLEVENS, R. M.; et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. **Public. Health Rep.** 2007 Mar-Apr; 122(2): 160-6. Disponível em: 10.1177/003335490712200205. Acesso em: 06 Nov. 2021.

LANSNURG, L.; LIM, B.; BASKARAN, V.; LIM, W. S. Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **J Infect.** 2020 Aug; 81(2):266-275. Doi: 10.1016/j.jinf.2020.05.046. 2020. Acesso em: 09 Nov. 2021.

LIMA, W. G.; BRITO, J. C. M.; CRUZ, W. S. N. Ventilator-associated pneumonia (VAP) caused by carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii in patients with COVID-19: **Two problems, one solution? Med. Hypotheses.** 2020; 144:110139. Disponível em: DOI 10.1016/j.mehy. 2020.110139. Acesso em: 15 Nov. 2021.

MAGALHÃES, M. C.; CRUZ, R. F.; SILVA, G. M. S. **Perfil microbiológico dos pacientes submetidos à cultura de vigilância ativa em um hospital universitário da Região Sudeste de Minas Gerais.** 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/16951>. Acesso em: 30 Mai. 2022.

MEDEIROS, M.; LINCOPAN, N. Oxacilinase (OXA)-producing Acinetobacter baumannii in Brazil: clinical and environmental impact and therapeutic options. **J Bras. Patol. Med. Lab.**, 2013; 49(6): 391-05. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 29 Set. 2021.

MELO, C. C.; MOL, T. I. M.; LOPES, M. A. C. INFECÇÃO POR ACINETOBACTER BAUMANNII EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 94, 2021. DOI: 10.51161/rem/2851. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/2851>. Acesso em: 29 Mai. 2022.

MELO, J. R. R.; et al. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**; 37(4): ee00053221. Fortaleza- CE. 2021. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00053221. Acesso em: 29 Set. 2021.

MIRANDA, C.; SILVA, V.; CAPITA, R.; ALONSO, C. C.; IGREJAS, G.; POETA, P. Implications of antibiotics use during the COVID-19 pandemic: present and future. **J. Antimicrob Chemother.** 2020. Doi: 10.1093/jac/dkaa350. Acesso em: 15 Nov. 2021.

MIRANDA, V. S. G.; RECH, R. S.; MAAHS, M. A. P. **Revista Enfermagem Atual In Derme | edição especial covid19** – e-020013. Mohammadpour, S., Torshiziesfahani, A., Halaji, M., Lak, M., & Ranjbar, R. (2020). Uma revisão atualizada da associação de fatores genéticos do hospedeiro com susceptibilidade e resistência ao COVID - 19. *Journal of Cellular Physiology. Research, Society and Development*, 9(9), e841997245. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9>. Acesso em: 30 Set. 2021.

MOTA, F. S.; OLIVEIRA, H. A.; SOUTO, R. C. F. Perfil e prevalência de resistência aos antimicrobianos de bactérias Gram-negativas isoladas de pacientes de uma unidade de terapia intensiva. *RBAC*, v. 50, n. 3, p.270-277, 2018. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2019/01/RBAC-vol-50-3-2018-ref-740-final.pdf>. Acesso em: 26 Mai. 2022.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiologia médica**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. Acesso em: 10 Nov. 2021.

MUSUUZA, J.S.; WATSON, L.; PARMASAD, V.; PUTMAN-BUEHLER, N.; CHRISTENSEN, L.; SAFDAR, N. Prevalência e resultados de coinfeção e superinfecção com SARS-CoV-2 e outros patógenos: uma revisão sistemática e meta-análise. **PLOS ONE** 16(5): e0251170. 2021. Disponível em: doi: 10.1371/journal. pone. 0251170. Acesso em: 10 Mar. 2022.

O'Neill, J. **Combatendo infecções resistentes a medicamentos em todo o mundo: relatório final e recomendações / a revisão sobre resistência antimicrobiana**. 2016. Disponível em: <https://amr-review.org/Publications>. Acesso em: 06 Nov. 2021.

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde. **Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção (atualização)**. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOV-1920089_por.pdf. Acesso em: 01 Nov. 2021.

PELEG, A. Y.; SEIFERT, H.; PATERSON, D.L.; *Acinetobacter baumannii*: emergence of a successful pathogen. **Clín. Microbiol. Rev.** 2008. Jul.; 21(3): 538-82. Disponível em: doi: 10.1128/CMR. 00058-07. PMID: 18625687; PMCID: PMC2493088. Acesso em: 28 Mai. 2022.

PHELAN, A.L.; KATZ, R.; GOSTIN, L.O. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. **JAMA**. 2020 Fev. 25; 323(8):709-710. Disponível em: doi: 10.1001/jama.2020.1097. PMID: 31999307. Acesso em 30 Set. 2021.

RUSSO, A.; et ai. **Infecções por *Acinetobacter baumannii* multirresistentes em pacientes com COVID-19 internados em unidade de terapia intensiva**. *Infecção* 50, 83-92. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s15010-021-01643-4>. Acesso em: 18 mar. 2022.

SAINI, S. K; et al. "SARS-CoV-2 genome-wide T cell epitope mapping reveals immunodominance and substantial CD8⁺ T cell activation in COVID-19 patients." **Science immunology**, vol. 6,58 (2021): eabf7550. doi:10.1126/sciimmunol.abf7550. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33853928>. Acesso em: 05 Jun. 2022.

SIEGEL, J.D.; RHINEHART, E.; JACKSON, M.; CHIARELLO, L. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. **Atlanta: CDC**, 2007. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>. Acesso em: 05 Jun. 2022.

SILVA, B. R.; et al. Monitoramento da adesão à higiene das mãos em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, 26, e33087. 2018 Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33087>.. Acesso em: 01 Out. 2021.

SILVA, T.G.; SOUZA, G.N.; SOUZA, S. S.; BITENCOURT, J.V.V.; MADUREIRA, V. F.; LUZARDO, A.R. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Fund Care Online**. 2017 out/dez; 9(4): 1121-1125. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4>. 1121-1125. Acesso em: 30 Mai. 2022.

Teixeira, C.F.S; *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva** 25 (9) 28. Ago. 2020 - Set 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 01 de outubro de 2021.

TIPPLE, A. F. V.; MENDONÇA, K. M. Adesão à higiene de mãos: uma herança esperada da pandemia da COVID-19. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 23, p. 1-3, 2021. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/93znf>. Acesso em: 05 Jun. 2022.

TIRI, B.; et al. Antimicrobial Stewardship Program, COVID-19, and Infection Control: Spread of Carbapenem-Resistant *Klebsiella Pneumoniae* Colonization in ICU COVID-19 Patients. What Did Not Work? **J Clin Med**. 2020 Aug 25; 9(9):2744. doi: 10.3390/jcm9092744. Acesso em: 29 Mai. 2022.

VIEIRA, P. B.; PICOLI, S.U. *Acinetobacter baumannii* Multirresistente: Aspectos Clínicos e Epidemiológicos. **Revista brasileira de ciências da Saúde**. 19(2):151156,2015. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em: 30 Set. 2021.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Guidelines on hand hygiene in health care (Advanced Draft). **Global Patient Safety Challenge 2005-2006: "Clean Care Is Safer Care"**. Geneva: WHO Press, 2006. 205 p. Disponível em: <http://www.who.org>. Acesso em: 05 Jun. 2022.

WHO - World Health Organization. **Guidelines on hand hygiene in health care**. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 01Out. 2021.

WHO- World Health Organization. **Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii and Pseudomonas aeruginosa in health care facilities**. World Health Organization.2017. Disponível em:< <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259462>. Acesso em: 15 nov.2021.

NEVES, Z. C. P. ; TIPPLE, A. F. V.; SOUZA, A. C. S.; PEREIRA, M. S.; MELO, D. S.; FERREIRA, L. R.; hand hygiene: the impact of incentive strategies on adherence among healthcare workers from a newborn intensive care unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto), v. 14, p. 546-552, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a12.pdf>>. Acesso em: 05 Jun. 2022.

NEVES, Z. C. P.; TIPPLE, A. F. V.; MELO, D. S.; FERREIRA, L. R.; SOUZA, A. C. S.; SILVA, E. A. C. Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo a higienização de mãos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, p. 738-45, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47237>. Acesso em: 05 Jun. 2022.

ANEXO A- Formulário para Coleta de Dados

sexo	M.O.	Foco	Data do	Document	Comunicado	PRONTUÁRIO
M	Staphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	BOX-02	44232	36/2021	866496-3
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1204-B	44271	72/2021	1045012-9
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1219-B	44271	74/2021	1045010-5
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1209-I	44273	80/2021	999123-3
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1207-I	44279	91/2021	647936-4
F	Staphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1210-B	44293	116/2021	420404-6
M	Staphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1216-A	44293	118/2021	1046086-6
F	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1215-A	44298	122/2021	1045812-4
F	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1209-I	44298	123/2021	911341-6
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1214-B	44300	131/2021	1046352-0
M	Staphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1214-B	44300	132/2021	1046352-0
M	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1210-A	44306	137/2021	93070-1
F	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1223-B	44306	138/2021	702721-2
M	PSEUDOMONAS AERUGINOSA (MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1205-A	44306	139/2021	1046328-1
F	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1225-A	44309	146/2021	988465-1
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	PONTA DE CATETER	1229-B	44312	150/2021	1047042-9
F	PSEUDOMONAS AERUGINOSA (MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1204-A	44312	151/2021	1045946-8
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SANGUE	1226-A	44313	152/2021	1047138-7
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SECREÇÃO VAGINAL	1227-B	44321	158/2021	1047469-5
M	STEnotrophomonas maltophilia(MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1221-A	44321	159/2021	748336-5
F	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1223-A	44321	160/2021	1047353-7
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1205-A	44321	161/2021	1047020-5
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1229-B	44323	165/2021	1047042-9
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1215-A	44327	167/2021	1047778-8
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1229-A	44330	175/2021	1047042-9
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1205-B	44330	176/2021	1048447-1
M	Acinetobacter spp.(MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1226-B	44333	178/2021	1048024-3
M	Staphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1207-I	44334	180/2021	1047930-7
M	Acinetobacter spp.(MR)	SWAB PELE/RETAL	1212-A	44334	181/2021	1048366-7
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1226-B	44335	182/2021	1048024-3
F	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1229-A	44335	183/2021	1047042-9
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1224-A	44336	186/2021	1047353-7
F	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1224-A	44336	187/2021	1047353-7
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1224-A	44336	188/2021	1047353-7
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE E SECREÇÃO TRAQUEAL	1229-A	44341	192/2021	1047042-9
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1219-A	44341	193/2021	1048890-0
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1229-A	44341	196/2021	1047042-9
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1222-A	44341	198/2021	1048622-0
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1213-A	44341	199/2021	574418-0
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1224-B	44342	201/2021	1047353-7
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1215-A	44343	204/2021	1048371-3
M	PSEUDOMONAS SPP (MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1213-A	44343	205/2021	574418-0
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1227-A	44344	207/2021	342062-7
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1222-B	44348	209/2021	1048622-0
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1229-I	44348	211/2021	1047042-9
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1214-B	44348	213/2021	1049137-0
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1208-B	44349	217/2021	1048629-8
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1203-B	44355	218/2021	1049487-1
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1223-B	44355	222/2021	1049479-5
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1214-A	44355	226/2021	1049266-0
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1212-B	44355	227/2021	733467-5
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1210-A	44355	231/2021	1049319-8
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1202-A	44355	232/2021	1049293-0
M	Pseudomonas aeruginosa (MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1208-A	44361	240/2021	1049300-6
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1206-B	44362	243/2021	1049580-9
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1222-A	44365	249/2021	1049447-1
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1219-A	44365	252/2021	960971-0
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1226-A	44365	253/2021	1049455-7
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1226-B	44365	254/2021	1049515-3
M	Pseudomonas spp	SECRECAO TRAQUEAL	1206-B	44368	258/2021	1049580-9
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1208-B	44371	260/2021	1049946-8
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1205-B	44371	267/2021	1050493-0
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1201-A	44371	274/2021	467150-9
M	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1227-A	44371	275/2021	342062-7
F	Burkholderia Cepacia	URINA	1213-B	44372	277/2021	1050160-8

M	Acinetobacter baumannii(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1202-B	44376	279/2021	655250-9
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SANGUE	1213-B	44376	280/2021	1050160-8
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1214-B	44377	290/2021	1050807-4
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1210-A	44377	292/2021	1050145-2
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1216-A	44377	294/2021	695048-9
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1206-B	44379	302/2021	1049447-1
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SANGUE	1229-A	44379	303/2021	1047042-9
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1225-B	44383	310/2021	10509403
M	KLEbsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1225-B	44383	311/2021	10509403
F	PSEUDOMONAS AERUGINOSA (MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	333	44383	313/2021	10510093
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1207-I	44384	315/2021	10510149
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1203-A	44384	316/2021	10506770
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1204-A	44384	317/2021	10509764
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE / RETAL	1227-B	44384	325/2021	4395109
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE / RETAL	1212-B	44384	326/2021	6231625
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE / RETAL	1212-A	44384	328/2021	4659306
F	Serratia marcescens	SANGUE	1229-A	44385	329/2021	10470429
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1225-B	44386	330/2021	10509403
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1206-B	44386	331/2021	10494471
F	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1201	44386	332/2021	10495330
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1202	44386	333/2021	10510018
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1217-A	44389	337/2021	10516263
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1213-A	44389	338/2021	10514177
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1203-B	44389	339/2021	8694937
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1203-B	44389	340/2021	8694937
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1215-B	44389	347/2021	10512080
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1215-B	44390	348/2021	10512080
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1201-B	44391	350/2021	10495330
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1229-A	44391	351/2021	10515243
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1215-B	44391	354/2021	10512080
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1215-B	44391	355/2021	10512080
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB NASAL	1202-A	44391	356/2021	10509764
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1228-A	44391	358/2021	10517747
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE	1226-B	44392	359/2021	10512080
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1202-A	44397	366/2021	10509764
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1216-B	44397	367/2021	10520432
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1216-B	44397	368/2021	10520432
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1229-A	44398	371/2021	10515243
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1202-B	44400	377/2021	10510018
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1215-B	44400	378/2021	10517784
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1216-B	44403	379/2021	10517784
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1227-B	44403	383/2021	10518074
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1217-B	44404	387/2021	10517547
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1205-B	44404	388/2021	10520425
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1225-B	44404	391/2021	10522573
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1203-B	44404	393/2021	10523263
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1210-B	44404	394/2021	10520418
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1208-B	44405	395/2021	10517677
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1207-I	44407	398/2021	2149805
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1229-A	44407	399/2021	10515243
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1215-A	44407	402/2021	2546414
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1215-B	44407	403/2021	10520425
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1215-A	44410	405/2021	2546414
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SANGUE	1207-I	44411	406/2021	10509764
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SANGUE	1211-A	44411	407/2021	10523419
F	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1212-B	44411	408/2021	10527416
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SANGUE	1210-B	44411	409/2021	7264203
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SANGUE	1213-B	44411	410/2021	4645719
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1204-B	44412	411/2021	10516302
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1208-A	44412	412/2021	10513663
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1204-B	44412	415/2021	10516302
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1208-A	44412	416/2021	10513663
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1226-B	44413	421/2021	8141418
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1211-A	44413	422/2021	10523419
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1201-A	44413	423/2021	10524984
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1201-A	44413	424/2021	10524984

F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1201-A	44413	424/2021	10524984
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1205-A	44413	426/2021	10523263
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1217-B	44413	427/2021	10517547
F	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1215-B	44413	428/2021	10517784
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1203-B	44413	430/2021	6920011
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SWAB NASAL	1224-A	44413	431/2021	10529234
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1225-A	44413	435/2021	10517730
M	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1228-A	44413	436/2021	10527423
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1208-A	44413	437/2021	10513663
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1226-B	44414	439/2021	8141418
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1217-B	44414	440/2021	10517547
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1225-A	44414	443/2021	10517730
F	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1215-B	44414	445/2021	10517784
F	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1217-B	44414	447/2021	10517547
M	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1213-B	44414	448/2021	4645719
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1215-A	44417	451/2021	4341665
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1214-B	44418	453/2021	10521890
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1202-A	44418	455/2021	1705300
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1227-B	44418	456/2021	1518074
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1217-A	44418	457/2021	10517677
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1213-B	44418	459/2021	4645719
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1214-A	44420	462/2021	10527547
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SANGUE	1214-B	44420	463/2021	10521890
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1227-B	44420	470/2021	10518074
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SECRECAO TRAQUEAL	1212-B	44420	472/2021	10527416
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1226-A	44421	473/2021	10533302
F	Acinetobacter baumannii(MR)	SANGUE	1207-I	44427	OBITO	10524984
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1202-A	44427	478/2021	2605491
M	Stenotrophomonas maltophilia(MR)	SANGUE	1209-I	44428	481/2021	10529234
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1204-A	44432	483/2021	10518074
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1206-A	44432	485/2021	10540025
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1204-A	44434	487/2021	10518074
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1212-B	44435	490/2021	5685672
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1209-I	44438	492/2021	10529234
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1203-A	44439	495/2021	10542543
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE	1206-B	44441	OBITO	10540686
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1206-B	44441	OBITO	10540686
F	Acinetobacter baumannii(MR)	PONTA DE CATETER	1201-B	44448	506/2021	10215405
M	Acinetobacter baumannii(MR)	URINA	1205-B	44452	507/2021	8928129
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1208-B	44452	508/2021	8887739
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1202-A	44454	510/2021	10549264
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1202-A	44454	511/2021	10549264
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1205-B	44454	512/2021	8928129
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1205-B	44454	513/2021	8928129
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1208-B	44454	515/2021	8887739
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1208-B	44454	516/2021	8887739
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1209-I	44454	524/2021	10529234
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1206-A	44455	530/2021	10554330
F	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1226-A	44455	531/2021	10554853
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1226-A	44455	532/2021	10554853
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1219-A	44461	547/2021	10557230
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1224-B	44461	549/2021	10553433
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1209-I	44461	552/2021	10529234
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1205-B	44461	554/2021	8928129
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1209-I	44462	559/2021	10529234
M	STaphylococcus aureus(MRSA)	SANGUE	1203-A	44463	561/2021	10554816
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1209-I	44463	563/2021	10529234
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1221-A	44473	OBITO	10549264
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1205-A	44473	571/2021	10563119
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1210-A	44474	576/2021	10366947
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1210-A	44474	577/2021	10366947
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1204-B	44474	579/2021	10565929
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECRECAO TRAQUEAL	1201-A	44482	582/2021	10565973
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1209-I	44483	OBITO	10565029
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1209-I	44483	OBITO	10565029
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1202-B	44483	OBITO	10565966
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1202-B	44483	OBITO	10565966
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SWAB PELE/RETAL	1203-B	44483	588/2021	5990924
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1203-B	44483	592/2021	5990924
M	Enterococcus Faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1207-I	44483	594/2021	10565929
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1207-I	44483	595/2021	10565929
M	Acinetobacter baumannii(MR)	SWAB PELE/RETAL	1207-I	44490	608/2021	10572829
M	Enterococcus faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1207-I	44490	609/2021	10572829

F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1204-A	44490	611/2021	10567660
F	Enterococcus faecium(VRE)	SWAB PELE/RETAL	1207-I	44494	613/2021	10576240
F	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	1209	44495	618/2021	10570262
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE	333	44495	619/2021	3162963
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	1201-B	44495	622/2021	10568574
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE	338	44498	626/2021	10571252
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1201-B	44498	627/2021	10568574
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	1205-B	44498	629/2021	10572866
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	1204-A	44503	639/2021	10089930
F	Acinetobacter baumannii (MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	1207-I	44503	640/2021	10576240
F	Acinetobacter baumannii (MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	332	44505	654/2021	3147196
F	Acinetobacter baumannii (MR)	SECREÇÃO TRAQUEAL	335	44509	657/2021	10576263
M	Staphylococcus aureus (MRSA)	SWAB NASAL	1212	44509	658/2021	10579041
M	VRE	SWAB PELE/RETAL	1204	44509	663/2021	10089930
F	Acinetobacter baumannii (MR)	SANGUE	332	44509	666/2021	3147196
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SANGUE	1212	44510	667/2021	10579041
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE	335	44510	668/2021	10576263
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE	332	44510	669/2021	3147196
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SECREÇÃO TRAQUEAL	338	44511	671/2021	10568550
F	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	329	44517	674/2021	10584791
M	Staphylococcus aureus (MRSA)	SWAB NASAL	1202A	44517	675/2021	10585980
F	Staphylococcus aureus (MRSA)	SWAB NASAL	337	44517	676/2021	10582097
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	334	44523	683/2021	10587553
F	VRE	SWAB PELE/RETAL	337	44524	686/2021	10582097
F	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	332	44531	691/2021	10590225
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	1204B	44531	693/2021	10590355
M	VRE	SWAB PELE/RETAL	1209A	44531	694/2021	10591552
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE	1204B	44532	697/2021	10590355
M	Proteus mirabilis	SANGUE	334	44532	702/2021	7846199
M	Staphylococcus aureus (MRSA)	SWAB NASAL	1210	44536	703/2021	10596394
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SANGUE	BOX04	44537	706/2021	10582736
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	1210	44538	709/2021	10596394
M	Pseudomonas aeruginosa	SECREÇÃO TRAQUEAL	1203	44538	710/2021	10586119
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	1203	44538	711/2021	10586119
F	klebsiella pneumoniae(KPC)	SANGUE	1206	44539	713/2021	10590425
M	klebsiella pneumoniae(KPC)	URINA	BOX01	44540	715/2021	7419849
M	VRE	SWAB PELE/RETAL	1204B	44544	721/2021	2112130027
M	VRE	SWAB PELE/RETAL	1207	44551	725/2021	10600083
M	VRE	SWAB PELE/RETAL	332	44551	727/2021	10603416
M	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	339	44558	729/2021	10603423
F	Pseudomonas aeruginosa	FRAG. DE LESAO MUSCULAR - PEF	UTI 30	44558	731/2021	9873894
F	Acinetobacter baumannii (MR)	SWAB PELE/RETAL	336	44561	732/2021	10011089

ANEXO B – Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MONITORAMENTO DA CULTURA DE VIGILÂNCIA DE UM HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DE GOIÁS

Pesquisador: Líllian Kelly de Oliveira

Lopes Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97442718.7.3001.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.087.908

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de coorte das práticas de culturas de vigilância realizadas em um Hospital Universitário do Município de Goiânia, no período de setembro/2018 a dezembro/2021, cuja coleta de dados será a partir dos prontuários e dos resultados de exames laboratoriais dos pacientes internados desde o início da implantação. Também será utilizado o banco de dados existente no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Serão inclusos no estudo todos os prontuários de pacientes admitidos no serviço de saúde que atendem aos critérios do protocolo institucional para cultura de vigilância, que são: - Pacientes procedentes de outra instituição, com permanência igual ou superior a 48h; - Pacientes procedentes de outra instituição, em uso de dispositivos invasivo; - Pacientes contactantes, em mesmo quarto de internação, por mais de 48h, de paciente em que foi isolado VRE ou gram-negativos resistentes a carbapenêmicos; Pacientes internados em unidades de terapia intensiva adulto; Serão excluídos os prontuários de pacientes que não atendem aos critérios do protocolo institucional para cultura de vigilância. Os dados serão coletados por meio de um formulário estruturados que conterà variáveis sociodemográficos (idade, sexo, grau de escolaridade, etc.), local hospitalização prévia, tempo de hospitalização prévia, presença de dispositivos invasivos (cateter venoso periférica, cateter venoso central, sonda vesical de demora, traqueostomia, etc.), data da internação do hospital atual, data da instituição de precauções de contato, data da coleta dos swabs de vigilância, resultado da cultura de vigilância e

do antibiograma, entre outras variáveis. **HIPÓTESE DO ESTUDO** Pacientes procedentes de outros serviços de saúde com tempo de permanência 48 horas ou portando dispositivos invasivos, independente do tempo de permanência prévia, tem elevado risco de estarem colonizados por microrganismos multirresistentes.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prática da cultura de vigilância para detecção precoce de bactérias multirresistentes em um Hospital Universitário do Estado de Goiás.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os investigadores referem que o risco será mínimo, pois tratar de uma pesquisa realizada com dados secundários e prontuários. No entanto, referem o risco de perda de sigilo e confidencialidade dos dados que pertencem aos pacientes pelo acesso aos prontuários; perda de sigilo sobre as instituições procedentes as quais encaminharam os pacientes. Para evitar esses riscos, a coleta de dados ao banco de dados e prontuários será realizada apenas por integrantes da equipe de pesquisa e essas informações serão utilizadas exclusivamente para responder os objetivos propostos nessa pesquisa.

Os benefícios produzidos por essa pesquisa serão a análise do atual protocolo de Prevenção e Controle da Resistência Microbiana existente na instituição para propor novas estratégias de melhorias no que se refere à detecção precoce e controle da disseminação de microrganismos resistentes, pelo SCIRAS em consonância com a direção do hospital.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inseriram todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os investigadores responderam às pendências referentes à dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aos riscos e benefícios do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação

sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.

2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Lista_de_Pendencias_Atendidas.pdf	29/10/2018 22:03:01	Líllian Kelly de Oliveira Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_de_Ausencia.pdf	29/10/2018 22:02:22	Líllian Kelly de Oliveira Lopes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido.pdf	08/10/2018 01:31:31	Líllian Kelly de Oliveira Lopes	Aceito
Outros	Autorizacao_chefe_do_setor.pdf	19/08/2018 12:36:40	Líllian Kelly de Oliveira Lopes	Aceito
Outros	Autorizacao_Gerencia_de_Ensino_e_Pesquisa.pdf	19/08/2018 12:36:02	Líllian Kelly de Oliveira Lopes	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracao_do_Patrocinador.pdf	19/08/2018 12:34:37	Líllian Kelly de Oliveira Lopes	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Declaracao_de_Manuseio_Material_Biologico.pdf	19/08/2018 12:33:48	Líllian Kelly de Oliveira Lopes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 17 de Dezembro de 2018

Assinado por:

ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA

Coordenador(a)



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
 PRO-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO
 INSTITUCIONAL
 Av. Universitária, 1.029 | Setor Universitário
 Caixa Postal 93 | CEP 74021-910
 Goiânia | Goiás | Brasil
 Fone: (62) 3946.3081 ou 3089 | Fax: (62) 3946.3080
 www.pucgoias.edu.br | prodi@pucgoias.edu.br

RESOLUÇÃO
n° 038/2020CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

A estudante Ana Sílvia Souza do Carmo, do Curso de Enfermagem, matrícula 20172002400882, telefone: 62 985746460, e-mail anasilvia02@hotmail.com, na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado INCIDÊNCIA DA COLONIZAÇÃO POR ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EM PACIENTES COM COVID-19 INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 20 de Junho de 2022.

Assinatura do(s) autor(es): Ana Sílvia Souza do Carmo
 Nome completo do autor: Ana Sílvia Souza do Carmo

Assinatura do professor-orientador: 
 Nome completo do professor-orientador: Seraiane Bisinoto Alves

