



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Franciely Daiana Engel

**Ações gerenciais desenvolvidas para prevenção e controle de infecções relacionadas à
assistência à saúde em serviços de cardiologia**

Florianópolis

2020

Franciely Daiana Engel

Ações gerenciais desenvolvidas para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde em serviços de cardiologia

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra

Engel, Franciely Daiana

Ações gerenciais desenvolvidas para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde em serviços de cardiologia / Franciely Daiana Engel; orientador, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello , 2020.

104 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Controle de Infecções. 3. Administração Hospitalar. 4. Segurança do Paciente. I. Mello , Ana Lúcia Schaefer Ferreira de . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Franciely Daiana Engel

Ações gerenciais desenvolvidas para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde em serviços de cardiologia

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dra. Betina Horner Schlindwein Meirelles
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dra. Aline Lima Pestana Magalhães
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Profa. Dra. Jussara Gue Martini,
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello,
Orientadora

Florianópolis, 2020.

“A qualidade nunca se obtém por acaso; ela é sempre o resultado do esforço inteligente.”

John Ruskin

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem (GEPADES) por oportunizarem minha formação acadêmica.

Agradeço aos meus pais, *Miria Lamb Engel* e *Elir José Engel*, e irmão, *Vitor Eduardo Engel*, pelo apoio em todo o meu processo de formação e crescimento pessoal. Pelo carinho, conforto, palavras de compreensão e de incentivos. Deixo registrado que, sem vocês, não seria possível o alcance dos objetivos que um dia sonhei.

Agradeço aos meus amigos que estiveram ao meu lado durante esta jornada, em especial, agradeço a *Alexandra Ferreira* e a *Kamylla Santos da Cunha* pelos momentos de aprendizado, troca e construção de conhecimento, descontração e compartilhamento de experiências. Também agradeço de forma carinhosa ao meu amigo e companheiro *Marcus Vinicius Veber Lopes*, por todo incentivo, afeto, aconchego e discussões metodológicas. Os dias de trabalho árduos foram mais leves com a companhia de vocês.

Agradeço à minha orientadora, *Prof. Dr. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello* por ter me oportunizado a vaga de acadêmica, por ter aceitado o desafio de me orientar nesta temática, e por todos os momentos de aprendizagem e compartilhamento de conhecimentos.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo fomento à pesquisa, possibilitando minha formação como mestre em enfermagem.

Agradeço aos profissionais da saúde que participaram da pesquisa, disponibilizando-se para a construção de novos conhecimentos na área de estudo.

E por fim, agradeço a mim, por todas as horas de leitura, estudo, escrita, dedicação e comprometimento com a busca e concretização de mais um objetivo.

Obrigada!

RESUMO

Estudo com o objetivo de compreender como ocorrem as ações gerenciais para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em dois hospitais referência em cardiologia. Como referencial metodológico, foi utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados, na vertente relativista de Corbin e Strauss. A pesquisa foi realizada em dois hospitais referência no atendimento ao paciente cardiológico no estado de Santa Catarina e a coleta de dados ocorreu entre março e outubro de 2019, por meio de entrevistas abertas e individualizadas. A seleção dos participantes se deu de forma intencional, por amostragem teórica. Participaram do estudo 21 profissionais de saúde, divididos em dois grupos amostrais, sendo o primeiro constituído por sete profissionais, sendo três atuantes no Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, dois do Setor de Educação Permanente, um do Núcleo de Segurança do Paciente e um do Núcleo de Qualidade. O segundo grupo amostral foi composto por 14 profissionais que ocupavam cargo de coordenação ou liderança na instituição, sendo: dois atuantes em unidade de internação, três em unidade de terapia intensiva, dois em ambulatório hospitalar, dois em emergência, um em hemodinâmica, um em medicina nuclear, um em centro cirúrgico, um no setor de farmácia e um na central de material e esterilização. O processo de coleta de dados aconteceu concomitantemente à análise, utilizando-se da análise comparativa constante, e ocorreu em três etapas distintas: codificação aberta, codificação axial e integração. Para organização e auxílio no processo de análise, utilizou-se o software Nvivo® (versão 12). Após a análise, emergiu o fenômeno central *Compreendendo a corresponsabilização das ações gerenciais como caminhos para uma assistência de saúde de qualidade*, sustentado pelas categorias *Trabalhando com realidades distintas* (condições), *Desenvolvendo atividades de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência de saúde* (ações-interações) e, *Vislumbrando os resultados de um trabalho em conjunto* (consequências). Como resultados, evidenciou-se as ações gerenciais desenvolvidas para prevenção e controle de infecções, bem como as ferramentas utilizadas para execução. O estudo possibilitou a compreensão das ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde como um fenômeno coletivo, no qual a corresponsabilização das ações permeia a efetividade da assistência ofertada. Os comportamentos das equipes de saúde, frente as fragilidades estruturais e humanas, e as necessidades de mudança influenciam na construção da relação de apoio para assistência, bem como, na própria efetividade das ações de segurança do paciente.

Palavras-chave: Controle de Infecções. Administração Hospitalar. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The aim of this study was understand how management actions for the prevention and control of Health Care-Related Infections (HCRI) occur, examined by health professionals who work in patient care. Grounded Theory method guided the data collection and analysis procedures, in the relativistic approach of Corbin and Strauss. The research was carried out in two cardiologic referrals hospitals, in the state of Santa Catarina, southern Brazil, between March and October 2019, through open and individualized interviews. The selection of participants was intentional, by theoretical sampling. A total of 21 health professionals participated in the study, divided into two sample groups, the first consisting of seven professionals: three working in the Infection Control Service, two from the Educational Sector, one from the Patient Safe Sector, one of the Health Quality Sector. The second sample group was composed of 14 professionals who occupy a unit coordination (leadership position) in the institution: two participants in an inpatient unit, three in the intensive care unit, two in ambulatory unit, two in emergency units, one in hemodynamics, one in nuclear medicine, one in surgical center, one in pharmacy, and one in material and sterilization sector. The data collection process occurred concurrently with data analysis, using constant comparative analysis in three distinct stages: open coding, axial coding and integration. Nvivo® software (version 12) was used for organization and assistance in the analysis process. The emerged core category was *Understanding the co-responsibility of managerial actions as paths to quality health care*, supported by the categories *Working with different realities* (conditions), *Developing activities for the HCRI prevention and control* (actions-interactions) and, *Glimpsing the results of co-working together* (consequences). The results show the management actions implemented for infection prevention and control, as well as tools used for their application. Also, revealed the HCRI prevention and control actions as a collective phenomenon, in which the co-responsibility affects the effectiveness of the assistance offered. The behaviors of health teams, in the face of structural and human weaknesses, as well as the needs for change, influence the construction of a supportive relationship for assistance, and also in the effectiveness of the patient safety actions.

Keywords: Infection Control. Hospital Administration. Patient Safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diário de campo	38
Figura 2. Memorandos.....	38
Figura 3. Diagrama do Núcleo de Segurança do Paciente	39
Figura 4. Diagrama da categoria <i>Condições</i>	39
Figura 5. Diagrama da categoria <i>Ações-interações</i>	40
Figura 6. Diagrama da categoria <i>Consequências</i>	40
Figura 7. Fluxograma da sequência metodológica da seleção dos estudos.....	51
Figura 8. Diagrama da categorização dos dados	66
Figura 8. Modelo Teórico Explicativo do Fenômeno Compreendendo a corresponsabilização das ações gerenciais como caminhos para uma assistência de saúde de qualidade.	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégias de busca conforme a base de dados	48
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos participantes no processo de validação da teoria substantiva (n=13). Florianópolis, Santa Catarina, 2020.	41
Tabela 2. Validação da teoria substantiva (n=13). Florianópolis, Santa Catarina, 2020.	43
Tabela 3. Características dos participantes do estudo (n=21). Florianópolis, Santa Catarina, 2019.	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CECIH	Coordenação Estadual de Controle de Infecções Hospitalares
CMCIH	Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar
CNCIRAS	Comissão Nacional de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
CNRIAS	Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
IH	Infecções Hospitalares
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NHE	Núcleos Hospitalares de Epidemiologia
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCIH	Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar
PCIRAS	Programa de Controle e Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PNPCIRAS	Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 MARCO HISTÓRICO E LEGAL.....	22
3.2 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTROLE E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE	25
3.2.1 Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.....	25
3.2.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente	27
3.2.3 Vigilância Epidemiológica Hospitalar	29
3.3 GESTÃO NO CONTROLE E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE	30
3.3.1 Gestão de Qualidade.....	30
3.3.2 Cultura Organizacional	31
3.3.3 Gestão de Risco	33
4 DESENHO METODOLÓGICO	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 LOCAL DO ESTUDO	34
4.3 PARTICIPANTES	35
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	36
4.5 MEMORANDOS E DIAGRAMAS.....	37
4.6 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO	41
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 MANUSCRITO 1 – ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	45

5.2 MANUSCRITO 2 - COMPREENDENDO A CORRESPONSABILIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES COMO CAMINHOS PARA UMA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE DE QUALIDADE	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS	90
ANEXO I – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS	98
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
APÊNDICE A – PARECER Nº 2.985.952 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC.....	102

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Hospitalares (IH), atualmente conceituadas como Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), são consideradas um problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2016; RESENDE *et al.*, 2016). No âmbito das instituições hospitalares, são consideradas infecções associadas ao cuidado de saúde aquelas adquiridas após 48 horas de admissão ou alta hospitalar, estando relacionadas à procedimentos ou com a própria internação (BRASIL, 1997; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Essas infecções têm caráter epidemiológico importante em virtude da fácil disseminação no ambiente, da capacidade de os microrganismos desenvolverem mecanismos de resistência aos antimicrobianos, pelos agravos do prognóstico da doença de base, aumento no tempo de internação e aumento da mortalidade (CARVALHO, ANA SOFIA *et al.*, 2017; CORREA *et al.*, 2017; VIEIRA; VIEIRA, 2018). Além disso, estima-se que a cada 100 pacientes hospitalizados, 7 em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento, irão desenvolver pelo menos uma IRAS (BRASIL, 2016; GIROTI *et al.*, 2018).

No âmbito hospitalar centram-se diversos microrganismos patogênicos que se disseminam facilmente pelo ambiente, materiais e pelas mãos dos profissionais de saúde, sendo a higienização das mãos um procedimento essencial para evitar a transmissão cruzada de patógenos (PAULA, 2015). No Brasil, ainda há poucos documentos que demonstram os índices de IRAS, prejudicando o entendimento da extensão do problema no país, contudo, uma pesquisa realizada com 99 hospitais vinculados ao SUS localizados nas capitais brasileiras, identificou-se a taxa de prevalência de 13% (SOUZA *et al.*, 2015). Segundo Lima e colaboradores, entre 5% e 15,5% dos pacientes hospitalizados adquirem algum tipo de infecção (LIMA, LIMA *et al.*, 2017).

As IRAS podem crescer, em média, cinco a dez dias no tempo de internação, implicando em gastos evitáveis para os sistemas de saúde. No Brasil, considera-se que ocorram 800 mil casos de infecções por ano, crescendo 4 milhões de dias de internação concedidos pelas IRAS. Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) paga R\$ 30,00 reais por Autorização de Internação Hospitalar, os custos de cinco dias acrescidos em uma hospitalização se aproximam a R\$ 120 milhões de reais por ano, contudo, especialistas estimam gastos de R\$ 5 bilhões, considerando casos não diagnosticados e a subnotificação (RIBEIRO; CORTINA, 2016).

Na Europa estima-se que esses índices variam entre 2,0% e 9,5%, afetando mais de quatro milhões de pessoas, além de ser a causa de aproximadamente 37 mil mortes e 16 milhões de dias adicionais de internação, gerando gastos aproximados de 7 bilhões de euros por ano (TARDIVO *et al.*, 2017). Além disso, estima-se que morrem aproximadamente 25 mil pessoas em consequência da resistência aos antibióticos (ALVES *et al.*, 2017).

Conforme estudo realizado nos Estados Unidos, aproximadamente 1 a cada 25 pacientes desenvolve IRAS todos os dias. Em média, 25,6% das infecções estão associadas à dispositivos, 21,8% são infecções de sítio cirúrgico (ISC), 21,8% pneumonias e, 17,7% infecções gastrointestinais. Nesse mesmo estudo, apresentou-se que entre 55% e 75% dessas infecções eram evitáveis, dessa forma, a prevenção e o controle das IRAS é uma das prioridades nacionais no âmbito da saúde (DHAR *et al.*, 2016).

Em relação às infecções de sítio cirúrgico, pacientes que necessitam de intervenções cirúrgicas cardíacas estão suscetíveis a este tipo de evento adverso, gerando aumento no tempo de internação e custos adicionais aos serviços de saúde. Em média, as taxas de infecção cirúrgica cardíaca são entre 3,5% a 21%, e a taxa de mortalidade de pacientes acometidos por estas infecções pode atingir os 25%. Sobre fatores de risco associados às ISC de cirurgias cardíacas, destaca-se a idade, estado nutricional e comorbidades pré-existentes como fatores individuais. Fatores externos também colaboram para a incidência do processo infeccioso, como o não seguimento de técnicas assépticas, procedimentos invasivos, como necessidade de ventilação mecânica, tempo de permanência no pré-operatório e degermação do local cirúrgico (DE ANDRADE *et al.*, 2019).

Quanto à legislação no Brasil, a Portaria nº 2.616/98 prevê ações de controle e prevenção centradas na vigilância ativa dos casos, fornecendo dados retrospectivos que guiam essas atividades, porém não favorecendo ações proativas no fortalecimento de medidas de precaução (ZEHURI; SLOB, 2018). Diante disso, percebe-se que as práticas voltadas às IRAS vêm sendo integradas aos movimentos de Segurança do Paciente e de avaliação em saúde (BRASIL, 1998; OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

A Segurança do Paciente e a qualificação da assistência de saúde são movimentos globais, incluídos na agenda política da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual aborda a problemática das IRAS, estabelecendo recomendações para o controle e prevenção de infecções. Portanto, a Segurança do Paciente é uma forma de avaliar a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais e instituições, e depende de ações que possam reduzir os danos e riscos nos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2017).

A Segurança do Paciente nas instituições hospitalares é guiada por um plano de segurança elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que busca a prevenção, identificação, redução e análise de eventos adversos. A RDC nº 36/2013 instituiu o NSP e conceituou três palavras-chave desse processo: 1) Evento adverso, sendo um incidente que resulta em danos ao paciente; 2) Incidente, referindo-se a circunstâncias que poderiam causar, ou causaram, danos desnecessários à saúde e; 3) Dano, significando qualquer prejuízo físico, social ou psicológico, que comprometa funções orgânicas do corpo (ALVES, EDUARDO ANDRÉ VIANA, 2015; BRASIL, 2013).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) possui um caráter consultivo nos hospitais e tem suas ações voltadas para os eventos adversos de origem infecciosa, bem como a prevenção desses casos, monitoramento de bactérias multirresistentes, fiscalização do uso de antimicrobianos e dos índices de adesão à higienização das mãos. Dessa forma, compreende-se que deve existir vínculo entre as atividades da CCIH e do NSP, que possuem em comum a redução de eventos adversos evitáveis, assim como a realização de atividades de prevenção e educação dos profissionais de saúde, visando a qualificação da assistência ofertada pelas instituições, atuando na assistência indireta ao paciente. (ALVES, EDUARDO ANDRÉ VIANA, 2015) A assistência indireta, conforme a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification- NIC*), são as ações à distância focadas no gerenciamento do ambiente do cuidado, com atividades multiprofissionais, dando suporte à assistência direta ao paciente (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Para garantir a qualidade das atividades voltadas as IRAS, necessita-se do envolvimento da equipe, da prática baseada em evidências, da efetividade nas práticas propostas e da mensuração dos resultados. As ações assistenciais estão centradas em nove elementos: 1) Adequação do ambiental hospitalar; 2) Dimensionamento adequado da equipe; 3) Higienização do ambiente; 4) Higiene das mãos; 5) Precauções de contato, gotículas e aerossóis; 6) Antibioticoterapia adequada; 7) Procedimentos invasivos; 8) Vigilância epidemiológica e; 9) Educação continuada. A qualidade e a efetividade das ações de assistência voltadas para esses componentes podem ser mensuradas por taxas e indicadores, norteando as prioridades das intervenções (TORRES; TORRES, 2015).

No contexto das IRAS, a enfermagem atua em três níveis organizacionais: 1) enfermeiro assistencial, no qual os profissionais são os principais agentes de prevenção das IRAS, os quais atuam ativamente na adesão das práticas institucionais; 2) enfermeiro gestor, onde a enfermagem desenvolve estratégias para a prevenção das IRAS conforme os recursos

humanos, materiais e financeiros e; 3) enfermeiro da CCIH, que se responsabiliza pelos levantamentos de indicadores epidemiológicos, direcionando as ações gerenciais conforme a realidade local, orientando as equipes a partir dos dados encontrados (LAMBLET; PADOVEZE, 2018). A partir disso, compreende-se que a assistência indireta ao paciente, no contexto das IRAS, é fundamental para direcionar as atividades assistenciais realizadas pela enfermagem e pelos outros profissionais que atuam diretamente com o paciente, desenvolvendo estratégias e incentivando a realização da prática segura.

Sendo a enfermagem capacitada para exercer funções de gerenciamento, cabe ressaltar o seu papel no processo de gestão e as características necessárias para exercer tal função, como: motivação da equipe, relacionamento interpessoal, comunicação, gestão de recursos financeiros e humanos, pensamento sistematizado (ARAGÃO *et al.*, 2016) e, em especial, a liderança. O enfermeiro líder é essencial nas ações gerenciais do controle e prevenção de IRAS, atuando em todos os níveis de organização, buscando ferramentas para otimizar os trabalhos e diminuir as taxas de prevalência dessas infecções, desenvolvendo campanhas de conscientização e fortalecendo, nas equipes, a importância da adesão de estratégias que auxiliem na assistência segura (GOULD; GALLAGHER; ALLEN, 2016).

Em relação ao papel da enfermagem na CCIH, estudo realizado no estado do Paraná identificou fragilidades e potencialidades encontradas pelos enfermeiros no controle e prevenção das IRAS, as quais foram divididas em institucionais, organizacionais e operacionais. Em relação às dificuldades, foi identificada a sobrecarga de trabalho, o despreparo profissional e a desvalorização dos serviços de enfermagem, os quais prejudicam a eficácia das atividades voltadas às IRAS (BARBOSA; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2012). Nesse sentido, aproximadamente 25% a 40% recebem antibióticos para tratamento ou profilaxia (LIMA, LIMA *et al.*, 2017), sendo que mais de 50% das prescrições são inadequadas, conforme estimativa. O uso irracional dos antimicrobianos emerge uma das principais consequências, o surgimento de cepas multirresistentes, que se propagam no ambiente hospitalar, afetando pacientes e contribuindo no aumento da morbidade, mortalidade e tempo de internação (VIEIRA; VIEIRA, 2018). Quanto às facilidades, a pesquisa demonstrou que o apoio administrativo na tomada de decisão, aceitação e colaboração dos profissionais na adesão das orientações somam positivamente no processo de combate às IRAS, contudo, quando comparadas as fragilidades com potencialidades, o número das facilidades ainda é baixo (BARBOSA; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2012).

A adesão das estratégias de prevenção pelos profissionais que atuam na assistência direta ao paciente ainda é baixa. Em uma pesquisa realizada no âmbito nacional, identificou-se que as práticas de prevenção de infecções, como higiene das mãos e uso das medidas de precaução, estão intimamente relacionadas com o conhecimento profissional e aspectos individuais, como a percepção dos riscos e reconhecimento das situações de exposição. Tendo em foco os saberes profissionais, esse mesmo estudo identificou que, quanto maior o tempo de atuação profissional, menor o conhecimento em relação às recomendações institucionais, indicando a necessidade de atividades de educação permanente e contínua (SILVA et al., 2017).

Por mais que o incentivo e estratégias de sensibilização profissional ocorram dentro das instituições, a utilização de métodos de prevenção das IRAS, como a higienização de mãos e uso das precauções de contato, é uma atitude individual. Os profissionais possuem o conhecimento sobre a importância da adesão dessas estratégias, contudo, menos de 50% dos profissionais aderem essas práticas (PAULA, 2015).

O excesso de trabalho, a perda da habilidade com luvas, pacientes de baixo risco, esquecimento, dificuldade no acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e, infraestrutura inadequada para higiene de mãos, são fatores que interferem na adesão das práticas de prevenção de infecções. Dessa forma, entende-se que a negligência dessas práticas expõe os pacientes à microrganismos patogênicos, refletindo em surtos de infecções nas instituições hospitalares (DUTRA et al., 2015).

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de trabalhos voltados para o gerenciamento do controle e prevenção das IRAS, tendo em vista que os estudos que abordam essa temática focam na descrição dos índices de monitoramento (ALVES, MICHELLY DE MELO et al., 2017; DHAR et al., 2016; LIMA, LIMA et al., 2017; PAES et al., 2014; RIBEIRO; CORTINA, 2016; SOUZA et al., 2015; TARDIVO et al., 2017), no conhecimento profissional acerca da temática e adesão às práticas de prevenção (CARVALHO, VANESSA MOURA et al., 2015; DUTRA et al., 2015; PAULA, 2015; SILVA; ANDRADE; et al., 2017).

Em relação ao panorama de pesquisas internacionais, realizou-se uma pesquisa no site Gopubmed® com os descritores *Mesh "infection control"[mesh] AND "hospital administration"[mesh]*. Os resultados dessa busca encontraram 5.332 artigos, sendo apenas 31 estudos do Brasil, centralizados na cidade de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Ribeirão Preto (total de 22 artigos). Os demais estudos se localizaram em outros municípios do país e, em Florianópolis foi encontrado apenas um artigo, que tem como temática o cuidado do paciente no pré-operatório imediato (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013). Outra busca

realizada com "Organizational Culture"[mesh] AND "infection control"[mesh], resultou em 137 artigos, sendo apenas três do Brasil e apenas um que se enquadra no tema, abordando as barreiras na investigação e notificação de infecções nosocomiais (MACIEL *et al.*, 2016).

Diante do exposto, esta pesquisa tem como pergunta norteadora: Como ocorrem as ações gerenciais, desenvolvidas pelos profissionais que atuam na assistência ao paciente, no contexto das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como ocorrem as ações gerenciais para prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em dois hospitais referência em cardiologia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que buscou fundamentar teoricamente o tema proposto no estudo, contextualizando o cenário de pesquisas. Para tanto, foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS, PubMed/Medline, Scielo e, nos periódicos indexados no Google Acadêmico. Aplicou-se o filtro de ano, restringindo aos estudos dos últimos cinco anos (2013-2018). Para organização das referências encontradas nos mecanismos de busca, utilizou-se o *software Mendeley Reference Manager*®, versão 1.19.2.

Além disso, optou-se por apresentar um marco histórico e legal como tópico da revisão, discorrendo sobre as resoluções e normativas que regem nacionalmente o controle e prevenção das IRAS, apresentado no tópico 3.1.

3.1 MARCO HISTÓRICO E LEGAL

O problema de saúde pública provocado pelas IRAS aborda fatores biológicos, históricos e sociais, que impactam a segurança da assistência de saúde, estabelecendo-se como um dos principais desafios mundiais para a qualidade da assistência. Pensando a historicidade desse problema, nos remetemos ao século XVII, onde houve a transfiguração do âmbito hospitalar da Idade Média, o qual deixou de ser um local desorganizado e lotado de doentes, para a Idade Moderna, configurando-se como um ambiente de tratamento e recuperação de pessoas (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Iniciando a preocupação com as interações entre meio ambiente e ser humano, em meados de 1847, Ignaz Semmelweis inicia as contribuições para o campo da transmissão de doenças infectocontagiosas. Visando diminuir as altas taxas de mortalidade materna da época, causada pela febre puerperal, estabeleceu-se a prática de higiene de mãos entre o contato com os pacientes, caracterizando a mais importante prática de controle e prevenção de IRAS (CARTER, 2017; OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016). Joseph Lister, cirurgião e pesquisador inglês, também foi impulsionado pelas altas taxas de mortalidade relacionada aos procedimentos cirúrgicos, inovando em cirurgias com uso de antissépticos, transformando as práticas da época (WORBOYS, 2013).

Ainda no século XIX, por volta de 1865, Florence Nightingale dedicou seus estudos ao ambiente e suas repercussões no processo de saúde-doença. Para ela, a manutenção do meio ambiente era fundamental na recuperação dos pacientes, visto que as condições externas

influenciavam no desenvolvimento dos organismos. Seguindo este foco, Florence incorporou cuidados básicos na assistência, como limpeza dos ambientes, atenção à alimentação, individualização dos leitos e registros das causas de óbitos, se referindo, na época, aos cuidados na prevenção e controle de IRAS, assim como na qualidade da assistência (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015; OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Ao final do século XIX, houve uma mudança paradigmática em relação à compreensão da causa das doenças, deixando para trás a teoria miasmática, surgindo o entendimento das doenças infectocontagiosas através da teoria microbiana (SILVA; LINS; CASTRO, 2016). Esse avanço científico acarretou em novas tecnologias e progressos, como a descoberta de antimicrobianos, adoção de práticas de antisepsia, assepsia, desinfecção e esterilização. Contudo, a antibioticoterapia trouxe a sensação de controle das doenças infecciosas, e o uso indiscriminado desses medicamentos resultou em uma nova preocupação: a resistência bacteriana (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Os registros sobre a resistência bacteriana iniciaram nos Estados Unidos, difundindo-se para a Europa e demais continentes. Tendo isso em vista, em 1960, iniciaram-se intensas recomendações para a construção de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), buscando a notificação dos casos, monitoramento da contaminação ambiental, normatização dos processos de desinfecção e esterilização e, a implementação da vigilância e práticas educativas (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

No Brasil, foi em meados de 1970 que houve a recomendação do Ministério da Previdência e Assistência Social, instaurando-se as primeiras CCIH do país. Essa medida foi incentivada devido ao aumento considerável de hospitais e ao atendimento de saúde focado na assistência curativa, com olhar biologista, decorrente do período da ditadura militar (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

As ações governamentais tiveram início na década de 80, com a instauração da Portaria nº 196/1983, pelo Ministério da Saúde (MS), dispondo das instruções para o controle e prevenção de infecções. Mais tarde, em 1985, o presidente Tancredo de Almeida Neves faleceu devido à uma infecção cirúrgica, levando a instauração de medidas mais pontuais, como a elaboração de manuais e cursos que instrumentalizaram os profissionais da época. Em 1987, instituiu-se o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH). Em 1990, estabeleceu-se a Lei 8.080/90, acarretando na descentralização das bases de apoio ao Programa e, em 1992, instaurou-se a Portaria nº 930/92, substituindo a Portaria nº 196/83, provendo maior profissionalização de seus executores e tornando obrigatória a vigilância ativa das infecções. A

obrigatoriedade dos PNCHIH foi instituída apenas em 1997 pelo MS, com a Lei nº 9431/97 (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

A Portaria de 1992 foi substituída em 1998, pela nº 2.616/98, a qual define a CCIH e dispõem das diretrizes para a organização, conceitos e critérios para o diagnóstico de IH e, sobre a vigilância e indicadores epidemiológicos, estipula as competências específicas de cada esfera de governo. Além disso, institui o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o qual é responsável pelas ações programadas pela CCIH, tendo caráter executivo no processo de controle e prevenção das IH (BRASIL, 1998). Tendo em vista que essas ações acontecem em todos os ambientes que prestam assistência de saúde, o termo “Infecção Hospitalar” foi substituído por “Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde”, buscando integrar outros locais além do ambiente hospitalar (RESENDE et al., 2016).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada em 1999, ligada ao MS e, em 2000, estabeleceu-se a RDC nº 48/2000, a qual sistematiza a avaliação do cumprimento das atividades de prevenção e controle das IRAS. A partir dessa data, o programa se tornou vinculado à ANVISA, marcando o tema como problemática governamental de auditoria sanitária. Esse processo delimitou uma percepção de ordem individual, ou seja, um impasse marcado pelas ações individuais dos serviços, enfraquecendo a visão de um problema de saúde pública e coletivo, contribuindo para o insucesso na quantificação do impacto nacional da época (BRASIL, 2000; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Entre os anos 2000 e 2012, a ANVISA intensificou a elaboração de guias de orientação para as instituições, somando um número aproximado de dezesseis manuais fornecidos em sua página eletrônica. Em relação à historicidade, o Brasil sofreu eventos epidêmicos de bactérias multirresistentes, relacionadas ao mau processamento de materiais hospitalares, tendo repercussão midiática nacional. Diante desse cenário, houve a proibição da venda de antimicrobianos sem prescrição médica, além da obrigatoriedade do uso do álcool nas instituições (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Em 2012, criou-se a Portaria nº1218/12, que instituiu a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNIRAS), com o objetivo de auxiliar a ANVISA na elaboração de normas e diretrizes e, na identificação e resolução de problemas do Programa de Controle e Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS). Atualmente, está em vigência o plano de ações criado pelo Programa Nacional de Controle e Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNCIRAS), o qual possui quatro objetivos específicos, metas e ações estratégicas, que deverão

ser realizados entre os anos 2016 e 2020 (BRASIL, 2012, 2016a; OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

Também é importante ressaltar que, em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria nº 529/2013, o qual preconiza a qualidade da assistência, estabelecendo estratégias de Gestão de Riscos e definindo a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). O NSP visa apoiar e conduzir as ações de melhoria da qualidade da assistência, auxiliando na disseminação da cultura de segurança, onde os profissionais se comprometem com a sua segurança, com a dos seus colegas e, com os pacientes e familiares. Além disso, o monitoramento dos eventos adversos também é realizado, efetuando ações de vigilância dentro do âmbito hospitalar, mantendo ações que envolvem o controle e prevenção das IRAS (BRASIL, 2013a, 2016b).

Diante desse resgate histórico e legal, percebe-se que a importância de regularizar e normatizar as ações de controle e prevenção das IRAS foi ganhando espaço, contudo, conforme Oliveira, Silva e Lacerda (2016), existe consenso de que as recomendações vigentes são defasadas quanto ao avanço do conhecimento científico. Contudo, percebe-se que essas práticas estão se integrando aos movimentos de avaliação em saúde e de segurança do paciente, implicando em melhorias na qualidade da assistência em saúde.

3.2 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTROLE E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3.2.1 Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Considerando o impacto das IRAS na saúde, a presença da CCIH nas instituições hospitalares é imprescindível, sendo esta responsável pela implantação e execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), hoje denominado Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS). A existência do PCIRAS nos serviços hospitalares é obrigatória perante a Lei nº 9.431/97, e orientado pela Portaria nº 2.616/98 (ALVES; LACERDA, 2015; GIROTI et al., 2018).

O PCIRAS é definido como “conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (BRASIL, 1997, 1998), buscando reduzir as IRAS à níveis aceitáveis,

atuando como alicerce no atendimento e comprometimento com a segurança do paciente (GIROTI et al., 2018).

Conforme a Portaria nº 2.616/98, a CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição, composta por profissionais da área da saúde com nível superior, que ocupam cargos de executor ou consultor. Os membros consultores são compostos por representantes do serviço médico, de enfermagem, de farmácia, do laboratório de microbiologia e da administração. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção hospitalar (SCIH), sendo estes responsáveis pela execução das ações elaboradas pela CCIH. Os integrantes do SCIH também devem possuir nível superior e, no mínimo, devem haver dois profissionais para cada 200 leitos, com carga mínima de seis horas para enfermagem e quatro horas para os demais profissionais (BRASIL, 1998).

Quanto às competências desse serviço estão a elaboração, implementação, manutenção e avaliação dos PCIRAS, integrando: ações de vigilância epidemiológica; adequação, efetivação e supervisão de normas e rotinas; capacitação dos profissionais; uso racional de antimicrobianos e demais materiais; avaliação sistemática e periódica das informações de vigilância; investigação epidemiológica de casos e surtos, implantando medidas imediatas de controle; elaboração e divulgação de relatórios sobre a situação das IRAS para debates com membros da instituição; definição da política de utilização de antimicrobianos; notificação ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do SUS dos casos e surtos diagnosticados ou suspeitos associados a insumos ou produtos industrializados (BRASIL, 1998).

Além das atividades programadas e desenvolvidas por cada CCIH, estes devem elaborar suas ações estratégicas em colaboração com os Estados, Municípios e Distrito Federal. Dessa forma, compete às Coordenações Estaduais e Distritais: definir as diretrizes de atividades, tendo por base a Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS); estabelecer normas suplementares; descentralizar as ações de prevenção e controle de IRAS dos municípios; ofertar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando atividades suplementares, caso necessário. Quanto às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar (CMCIH), essas devem: coordenar as ações na rede hospitalar municipal; participar do planejamento e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação à Coordenação Estadual de Controle de Infecções Hospitalares (CECIH); colaborar, acompanhar e prestar apoio às CCIH dos serviços hospitalares e; informar à CECIH os indicadores de vigilância municipais (BRASIL, 1998).

As ações desenvolvidas pelas CCIH e CECIH são norteadas pelo PNPCIRAS, o qual é elaborado pela Comissão Nacional de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS). A CNCIRAS é constituída por representantes da ANVISA, do Ministério da Saúde, das CECIH e CMCIH, especialistas em controle e prevenção de infecções, infectologistas e outros profissionais que atuam na área e, representantes de universidades (BRASIL, 2012). Atualmente as ações de controle e prevenção de IRAS é direcionado pelo PNPCIRAS, o qual possui metas a serem alcançadas entre 2016 e 2020. As ações estão segmentadas em quatro objetivos específicos, sendo eles: 1) consolidar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das IRAS; 2) reduzir nacionalmente a incidência das IRAS prioritárias; 3) prevenir e controlar a disseminação da resistência microbiana em serviços de saúde e; 4) consolidar o PNPCIRAS (BRASIL, 2016a).

Diante do exposto, compreende-se que o desenvolvimento do PCIRAS depende de uma rede integrada e comunicativa para elaborar as ações prioritárias no controle e prevenção das IRAS. As instituições hospitalares devem ter implementado de forma efetiva o PCIRAS, contudo, estudos indicam que os níveis de conformidades estão abaixo do esperado para se ter um programa de controle e prevenção de infecções efetivo e de qualidade (ALVES; LACERDA, 2015; GIROTI et al., 2018).

3.2.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria nº 529/2013, tendo por objetivo qualificar os cuidados em saúde em todos os estabelecimentos que prestam assistência de saúde em território nacional. O programa visa promover e apoiar ações voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços, a partir da implementação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). Além disso, o PNSP prevê a inclusão de pacientes e familiares nas ações de segurança; ampliação dos conhecimentos e acesso à informações acerca da temática e; inclusão da segurança do paciente nas grades curriculares de cursos técnicos, de graduação e pós-graduação (BRASIL, 2013a). A portaria vigente define conceitos importantes sobre a segurança do paciente, sendo eles:

- Segurança do Paciente: diminuição à níveis aceitáveis do risco de danos associados aos cuidados de saúde, que podem ser evitados.

- Dano: comprometimento da função ou estrutura corporal, incluindo doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo essas serem de ordem física, social ou psicológica.

- Incidente: eventos ou circunstâncias que poderiam ter causado, ou resultaram, em danos desnecessários ao paciente.

- Evento Adverso: incidente que resulta em danos ao paciente.

- Cultura de segurança: caracteriza-se por cinco propriedades operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, sendo elas: 1) cultura onde quaisquer trabalhador assuma responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança dos outros profissionais, pacientes e familiares; 2) priorizar a segurança acima de objetivos financeiros; 3) cultura que encoraja e gratifica a identificação, notificação e resolução de problemas de segurança; 4) cultura que promove o aprendizado a partir de incidentes e; 5) cultura que possibilita recursos, estrutura e responsabilização para manter a segurança.

- Gestão de Risco: aplicação sistemática e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que prejudicam a segurança, saúde humana, integridade profissional, meio ambiente e imagem institucional.

Conforme a RDC nº36/2013, os membros do NSP possuem autoridade, responsabilidade e poder na execução do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. As atividades do NSP podem ser executadas por núcleos já existentes, ou estruturado um comitê específico. Para sua efetividade, devem ser disponibilizados recursos humanos, financeiros, equipamentos e insumos e um profissional com participação em instâncias deliberativas nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

O NSP possui como princípios e diretrizes: a melhoria dos processos de cuidado e de uso de tecnologias; disseminação da cultura de segurança; articulação e integração da gestão de riscos e; garantia de boas práticas no funcionamento dos serviços. Dessa forma, é de competência do NSP promover ações de gestão de riscos; desenvolver ações multiprofissionais; promover mecanismos para identificação e avaliação de não conformidades, promovendo atividades de prevenção; elaborar, implementar, divulgar, acompanhar e atualizar o Plano de Segurança do Paciente; monitorar os indicadores de segurança; instituir barreiras de prevenção de incidentes; desenvolver capacitações de segurança do paciente e qualidade nos serviços; analisar, avaliar, notificar e divulgar dados de incidentes e eventos adversos e; acompanhar alertas sanitários (BRASIL, 2013b).

Quanto ao Plano de Segurança, este deve estabelecer ações estratégicas associadas a: identificação do paciente; higienização das mãos; cirurgias seguras; segurança na administração, uso e prescrição de medicamentos, sangue e hemocomponentes; segurança na utilização de equipamentos e materiais; prevenção de quedas e lesões por pressão; prevenção e controle de eventos adversos, incluindo as IRAS; segurança nas terapias nutricionais; comunicação efetiva entre profissionais e serviços de saúde; promoção de ambiente seguro e; participação de pacientes e familiares nos cuidados de saúde (BRASIL, 2013b).

A Segurança do Paciente é uma das dimensões de avaliação da qualidade em cuidados de saúde, tendo em vista os altos custos sociais e econômicos e, nas consequências irreversíveis aos pacientes e familiares. Dessa forma, as pesquisas têm buscado avaliar a efetividade da implantação dos NSP e da cultura de segurança nos serviços de saúde, buscando propor formas de suprir as fragilidades encontradas e obter cuidados de saúde seguros (ANDRADE et al., 2018; AZEVEDO et al., 2016; CALDANA et al., 2015; RENNÓ; RAMIREZ; FIAD, 2018; SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016).

3.2.3 Vigilância Epidemiológica Hospitalar

O contexto das IRAS é um dos mais antigos componentes da vigilância hospitalar, contudo, os hospitais servem como porta de entrada para diversas doenças e agravos, sendo importante o monitoramento dos casos (ESCOSTEGUY; PEREIRA; MEDRONHO, 2017). A Vigilância Epidemiológica Hospitalar foi instaurada pela Portaria nº 2.529/2004, a qual instituiu o Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. A referida portaria dispõe das competências de todos os estabelecimentos hospitalares, da União, Estados e Municípios. Além disso, instituiu-se a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema, composta pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE). Os hospitais de referência foram classificados em três níveis, conforme número de leitos e especialidades, sendo que cada nível possui diferentes atribuições e incentivo financeiro (BRASIL, 2004). Essa portaria foi substituída pela Portaria nº 2.254/2010, a qual acrescenta o fluxo para qualificação dos hospitais de referência (BRASIL, 2010).

Em relação aos objetivos da Vigilância Epidemiológica Hospitalar, são: detecção, notificação e investigação de casos ou óbitos por doença ou agravo de notificação compulsória, de óbitos maternos, infantis, fetais e de mulheres em idade fértil e, ainda, de mortes de causas

mal definidas; implementação de medidas de prevenção e controle, em conjunto às outras comissões; análise do perfil de morbimortalidade, fazendo uso de sistemas de informação nacionais ou próprios do serviço e; contribuir para o desenvolvimento de ensino-aprendizagem na área da vigilância (PARANÁ, 2015).

Em 2015, a Rede Nacional de Hospitais de Referência era composta por 233 NHE, os quais possibilitam melhor oportunidades ao sistema quanto aos processos de vigilância e sensibilização. As ações de vigilância hospitalar necessitam de equipes multiprofissionais, sistemas de informação em saúde, atividades de planejamento, assessoria, monitoramento e avaliação, sendo crucial o papel da vigilância no gerenciamento das informações obtidas (ESCOSTEGUY; PEREIRA; MEDRONHO, 2017). Além disso, suas atividades devem ser integradas com a CCIH, Gestão de Risco, Comissão de Revisão de Óbitos, Saúde do Trabalhador e Segurança do Paciente, contudo estudo vem demonstrando ações fragmentas, sem integração das outras comissões, além da implementação inadequada dos NHE (ESCOSTEGUY; PEREIRA; MEDRONHO, 2017; GUIMARÃES, 2017).

3.3 GESTÃO NO CONTROLE E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3.3.1 Gestão de Qualidade

A qualidade dos serviços de saúde é um dos maiores desafios para os gestores, sendo a gestão de qualidade uma ferramenta de comprovação da excelência assistencial. Os indicadores de qualidade são instrumentos de monitoramento e avaliação do processo de cuidados em saúde e estes devem ser mensuráveis, claros, objetivos e úteis, contribuindo para a elaboração de melhorias. Além disso, os indicadores permitem a visualização da realidade institucional a partir da descrição e análise dos dados, bem como a comparação com dados anteriores, buscando o aperfeiçoamento do serviço (OLIVEIRA et al., 2018; SILVA; SANTANA, 2016).

Para tanto, os gestores tendo como foco principal o sistema de qualidade, iniciou-se a incorporação de um novo modelo de gestão, a Gestão de Qualidade Total ou Gerenciamento da Qualidade Total. Essa nova estratégia trouxe mudanças comportamentais e atitudinais dos profissionais, como o compromisso com o aprimoramento do serviço e com as atividades assistenciais (ALVES et al., 2017).

Alguns modelos utilizados pelas instituições, e que trouxeram resultados positivos no alcance da qualidade, estão relacionados com: aprimoramento da gestão, sendo o planejamento estratégico a principal ferramenta; padronização dos processos, estando associado à normatização e padronização das ações; treinamento profissional, com o incentivo à educação permanente e planejamento de atividades educativas; trabalho em equipe, onde o processo de trabalho constitui-se pela ação multiprofissional; cuidado focado no paciente, com o cuidado focado nas necessidades individuais; motivação, sendo um componente crucial para a sensibilização e adesão dos profissionais quanto ao comprometimento com a assistência de qualidade e; mudança da cultura, onde as atividades citadas anteriormente se perpetuam no serviço de saúde, garantindo comportamentos duradouros (ALVES et al., 2017).

A incorporação da Gestão de Qualidade Total pelas instituições traz mudanças organizacionais, diante disso, faz-se necessária a avaliação da qualidade dos serviços, que pode ser realizada com abordagens de estruturação, processos e resultados. A avaliação da estrutura aborda questões referentes aos recursos físicos, humanos, formas de organização e funcionamento, como normativas e, equipamentos. Quanto ao processo, avalia-se as atividades realizadas pelos profissionais da assistência diagnóstica, terapêutica e de reabilitação, abordando tanto questões técnicas quanto de relações interpessoais, dificultando a mensuração dessa avaliação. A terceira abordagem, de resultados, demonstra como as ações e procedimentos surtiram efeito sobre a assistência ou quadro clínico dos pacientes (LOPES, 2018).

Atualmente, no Brasil, não há obrigatoriedade de os serviços hospitalares terem implementado programas de avaliação da qualidade, contudo, houve movimentações, que não se efetivaram, para incluir na Lei Orgânica da Saúde, um artigo que determinasse essa exigência. No entanto, os serviços de saúde têm optado pelos sistemas de avaliação de acreditação, mesmo sem a obrigatoriedade legislativa ou incentivos financeiros governamentais, caracterizando a acreditação como investimento para o fortalecimento da cultura de qualidade e segurança, buscando a excelência na assistência (BERSSANETI et al., 2016; LOPES, 2018).

3.3.2 Cultura Organizacional

A cultura organizacional é definida como o resultado de valores e crenças que direcionam as decisões, sendo incorporada nas normas, estruturas e atitudes coletivas (LOPES, 2018). Os valores e crenças são aperfeiçoados conforme o passar do tempo e disseminados nas

organizações, portanto, possui caráter dinâmico, o qual depende de dimensões da ação humana. Dessa forma, a cultura organizacional identifica-se pela forma que os indivíduos se organizam, refletindo na organização sistemática do serviço. As ações humanas perpassam pela linguagem, onde os sujeitos desenvolvem vínculos sociais, formando o cenário empresarial e; caráter coletivo e simbólico, os quais integram a linguagem, cultura e história, conferindo estruturas e significados individuais de difícil mudança (SCHADECK et al., 2016).

Pensando nas ações humanas, estas influenciam diretamente na qualidade da assistência, assim como na segurança dos cuidados de saúde, dessa forma, práticas voltadas para esses aspectos tendem a diminuir a ocorrência de eventos adversos. Nesse sentido, as instituições buscam a inserção da cultura de segurança no ambiente de trabalho, sendo fundamental no processo de implementação de práticas seguras e diminuição de incidentes (ALVES et al., 2017; ANDRADE et al., 2018).

A cultura de segurança, assim como a cultura organizacional, é o produto de valores, crenças, atitudes, competências e comportamentos individuais e coletivos. Para que os profissionais desenvolvam essa forma de organização, faz-se necessário a abordagem da temática na formação em saúde e implementações de estratégias em todos os níveis de atenção à saúde.

Visando o cuidado seguro em saúde, a cultura de segurança engloba atitudes onde os profissionais assumam responsabilidade por sua segurança, pelos colegas, pacientes e familiares; os interesses financeiros não se sobressaiam perante a segurança; que se identifique, notifique e resolvam os problemas encontrados; os eventos adversos promovam aprendizado e capacitação profissional; que haja estrutura e recursos que viabilizem a efetiva segurança do paciente (ALVES et al., 2017; BRASIL, 2016b).

A cultura de segurança deve ser uma das prioridades institucionais e sua efetivação necessita de políticas e programas que guiem a implementação de ações. Para que seja uma estratégia concreta, deve-se promover o trabalho em equipe, viabilizar a comunicação de qualidade entre os profissionais e gestores, realizar ações de educação em saúde, abordando os incidentes de forma sistemática, possibilitando discussões sobre a temática, sem medo de punições (FERMO et al., 2015).

3.3.3 Gestão de Risco

Conforme a RDC nº 36/2013, a Gestão de Risco é a aplicação sistemática e continuada de políticas, procedimentos, condutas e recursos voltados para a identificação, avaliação, análise, comunicação e controle de riscos/eventos adversos, que possam afetar a segurança do paciente, a saúde humana, integridade profissional, imagem institucional e o meio ambiente (BRASIL, 2013b). A Gestão de Risco focada na qualidade da assistência e na segurança do paciente engloba a cultura de segurança, execução sistematizada do gerenciamento de riscos, integração com todos os processos organizacionais e de cuidado, responsabilização e sensibilização e a capacidade de reagir a mudanças, dessa forma, essa estratégia é considerada o ponto-chave para se obter êxito na assistência segura e de qualidade (BRASIL, 2013a; SIQUEIRA et al., 2015).

Um a cada três pacientes internados experienciam o evento adverso, portanto, o gerenciamento de riscos vem com o intuito de diminuir esses incidentes. Para ter uma boa gestão de riscos, é necessário melhorar a gestão dos incidentes, reduzindo perdas e custos com os riscos, desenvolver uma base sólida de tomada de decisões e planejamento, obter proatividade em gestão, conhecer os melhores locais para alocar os recursos e melhorar as conformidades conforme legislação. Quanto à implementação dessa estratégia, são fundamentais a realização de capacitações e orientações de equipes, além da efetiva comunicação, registro de eventos adversos e a implementação de um comitê de segurança do paciente, como o NSP (GASPARY; MORGADO; SANTOS, 2017).

A gestão de riscos vem sendo utilizada como um processo analítico, preventivo e normativo, com vistas a melhorar o desempenho de instituições hospitalares, além de subsidiar a tomada de decisão dos gestores em saúde e no monitoramento de indicadores. O processo de aprendizado com os eventos adversos necessita de fortalecimento, tendo em vista que no paradigma atual ainda prevalece a punição e acusação de erros, o que pode levar à subnotificações e a não visualização da realidade institucional, fazendo com que o processo de melhorias e qualificação da assistência seja prejudicado (SIQUEIRA et al., 2015).

4 DESENHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), utilizando a corrente relativista, ou Straussiana, proposta por Corbin e Strauss (2015).

A TFD foi inicialmente apresentada por Barney Glaser e Anselm Strauss, sendo o primeiro livro publicado pelos autores em 1967. Após a publicação da obra os autores divergiram sobre os procedimentos metodológicos, dando origem a duas vertentes do método, a glaseriana, defendida por Glaser, seguindo o caminho metodológico originalmente elaborado e, a relativista, ou straussiana. Mais recentemente, Strauss juntou-se a Juliet Corbin incorporando novas etapas e instrumentos de análise no método. Na década de 2000, surge uma terceira vertente, desenvolvida por Katy Charmaz, ex-aluna de Glaser, originando a perspectiva construtivista do método (SANTOS *et. al*, 2018). Neste estudo optou-se pela escolha da vertente relativista, tendo em vista a incorporação de instrumentos de análise, como a utilização de *softwares*, bem como o pragmatismo desta vertente.

A TFD tem como enfoque a ação-interação humana, buscando compreender as experiências pessoais em determinado contexto. Ela baseia-se no método indutivo-dedutivo para a construção da teoria, na qual o pesquisador realiza induções, buscando na especificidade das relações, a amplitude. Durante a realização de deduções, geram-se hipóteses a partir dos dados, partindo do amplo para o específico, explorando significados para os movimentos pesquisados (CORBIN; STRAUSS, 2015)

Optou-se por utilizar a TFD, pois esta permite que o pesquisador explore tópicos e comportamentos de diversos ângulos, provendo explicações abrangentes e aprofundadas sobre o tema. Além disso, é possível que surjam novos insights relacionados à problemas antigos ou temáticas recentes e pouco pesquisadas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em dois hospitais que atuam na área de cirurgia cardiovascular, localizados na Grande Florianópolis. A escolha das instituições se deu por conveniência, considerando as suas localizações e similaridades quanto à especialidade do

serviço e ao tipo de paciente atendido. Para caracterização dos hospitais, porém com garantia de anonimato das instituições, apresenta-se breve descrição do Hospital A e Hospital B.

O Hospital A realiza atendimentos clínicos, cirúrgicos e exames laboratoriais nas áreas de cardiologia e vascular. Possui em suas dependências setores de emergências, unidades de internação, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e ambulatório especializado. Conforme indicadores de 2017, realizou aproximadamente 2.492 atendimentos. Sua gestão é pública e conta com mais de 600 funcionários. Assim como o Hospital A, o Hospital B conta com serviços de cardiologia e vascular voltados para a clínica, cirurgia, emergência, unidades de internação e unidade de terapia intensiva e possui mais de 400 colaboradores. A instituição pertence à rede privada de serviços de saúde e possui certificação internacional.

4.3 PARTICIPANTES

Na TFD, não é definido um número delimitado de participantes *a priori*. Estes são convidados a participarem por sua relação com o objeto de estudo, bem como, com os dados que vão sendo gerados ao longo da pesquisa, seguindo o processo denominado de amostragem teórica (CORBIN; STRAUSS, 2015). No total, ao final do estudo, participaram 21 profissionais da saúde, com os quais alcançou-se a saturação teórica.

Como critérios de inclusão no estudo, definimos: ser médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, administrador, técnico do laboratório de microbiologia ou gestor atuante na prevenção e controle de IRAS, atuando na assistência ao paciente. Como critérios de exclusão, estabelecemos: estar em licença médica, férias ou em afastamento de qualquer natureza no período da coleta dos dados.

Para o primeiro grupo amostral, os profissionais foram selecionados intencionalmente, buscando aqueles que mais se aproximassem à temática de estudo. Dessa forma, este grupo amostral foi formado por sete profissionais, sendo três atuantes no Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, dois do Setor de Educação Permanente, um do Núcleo de Segurança do Paciente e um do Núcleo de Qualidade. Destaca-se que um membro do SCIRAS também estava incorporado ao NSP.

Após a análise das entrevistas, elaborou-se a hipótese de que os profissionais que atuam como coordenadores das equipes de enfermagem e medicina possuem papel fundamental no processo de implementação e monitoramento das ações de prevenção e controle de IRAS. Dessa forma, o segundo grupo amostral foi composto por 14 profissionais que ocupavam cargo de coordenação ou liderança na instituição, sendo: dois atuantes em unidade de internação, três

em UTI, dois em ambulatório hospitalar, dois em emergência, um em hemodinâmica, um em medicina nuclear, um em centro cirúrgico, um na farmácia e um na central de material e esterilização.

Destaca-se que apenas uma pessoa convidada recusou-se a participar, pois gostaria que a entrevista não fosse individualizada, mas sim com os outros membros de sua equipe.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista aberta. Foi utilizado um roteiro semiestruturado (ANEXO I) que foi modificado conforme a necessidade e avanço do estudo, a medida que as hipóteses foram elaboradas.

O período de coleta dos dados ocorreu de março a outubro de 2019. Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa via telefone ou e-mail. As entrevistas foram realizadas individualmente, todas no local de trabalho do participante, em locais escolhidos pelo entrevistado, como salas de coordenação, salas de reunião e biblioteca, resguardando a confidencialidade.

As entrevistas realizadas no Hospital A foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. O Hospital B preferiu que as entrevistas não fossem gravadas, para tanto foram utilizadas anotações das entrevistas. Tanto as transcrições quanto as anotações das entrevistas foram encaminhadas para os participantes com a finalidade de validação das informações. Das 21 entrevistas realizadas, apenas em três foram solicitadas alterações de palavras, ou acréscimo de informações que haviam sido esquecidas no momento da entrevista.

A TFD propões a coleta e análise de dados de forma concomitante, portanto conforme a realização de uma entrevista, sequencialmente esta foi analisada antes da próxima entrevista. Dessa forma, a coleta de dados conduziu o percurso da pesquisa, pois a análise levou a conceitos, que geraram perguntas, as quais levaram a nova coleta de dados para explorar e aprender mais sobre esses conceitos. Esse processo de comparação constante continuou até que todas as categorias principais fossem totalmente desenvolvidas e integradas, atingindo a saturação teórica (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para a análise dos dados foi utilizado o software NVivo® 12.0, o qual auxilia no processo de organização dos dados brutos. O processo de análise ocorre em três etapas interdependentes, os dados são classificados conforme aproximação, conceitualizados e integrados, para formar uma teoria. A primeira etapa da análise, a codificação aberta, constitui-se pelo momento de identificar as características que definem os conceitos, portanto, nessa fase,

é permitido agrupar e nomear os fenômenos conforme semelhanças. (CORBIN; STRAUSS, 2015). Na codificação axial, segunda etapa da análise, as circunstâncias significativas relatadas pelos participantes desenvolvem categorias iniciais, que apresentam subcategorias, as quais buscam explicações para o fenômeno em questão (CORBIN; STRAUSS, 2015).

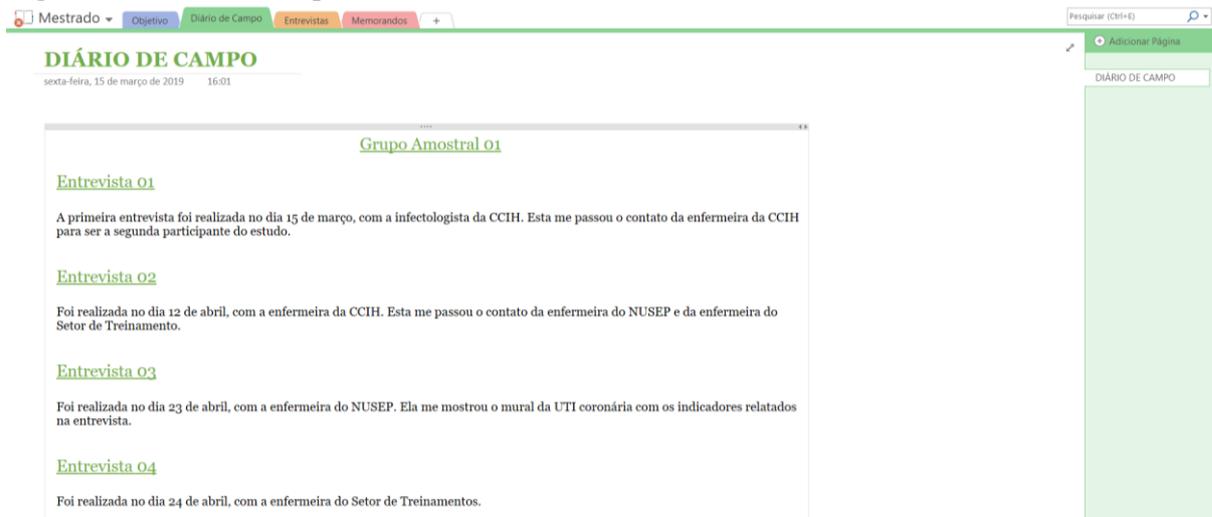
Na terceira etapa, integração, ocorre a aproximação das categorias e subcategorias, buscando caracterizar o fenômeno central, aprimorar a teoria e elaborar um modelo teórico explicativo. Também é utilizado um modelo paradigmático, o qual tem função de orientar o pesquisador a formatar os dados de forma sistemática, o qual é composto por três elementos: 1) condições, que englobam os motivos e ações individuais do fenômeno acontecer; 2) ações-interações, que corroboram na resposta informada pelas pessoas ou grupos, sobre situações ou problemas vivenciados e; 3) consequências, que expressam os resultados previstos ou reais (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Em relação aos dados de caracterização da amostra, utilizou-se de estatística descritiva para caracterizar e descrever os resultados referentes à validação do modelo teórico. Os resultados foram apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). Todas as análises dos dados quantitativos foram conduzidas no pacote estatístico Stata SE, versão 15 (*StataCorp. College Station, TX: StataCorp LLC*).

4.4.1 MEMORANDOS E DIAGRAMAS

No processo de elaboração da TFD, propõe-se a utilização de outras duas estratégias de análise, que evoluem durante todo o processo de pesquisa: os memorandos e diagramas. Os memorandos são registros do pesquisador, um diálogo interno com os dados que avançam a análise. Para tanto, foi utilizada a ferramenta Onenote[®] disponível no pacote Office[®]. Com ela foi elaborado as anotações de diário de campo, com as informações de data e participantes, como consta na figura a seguir:

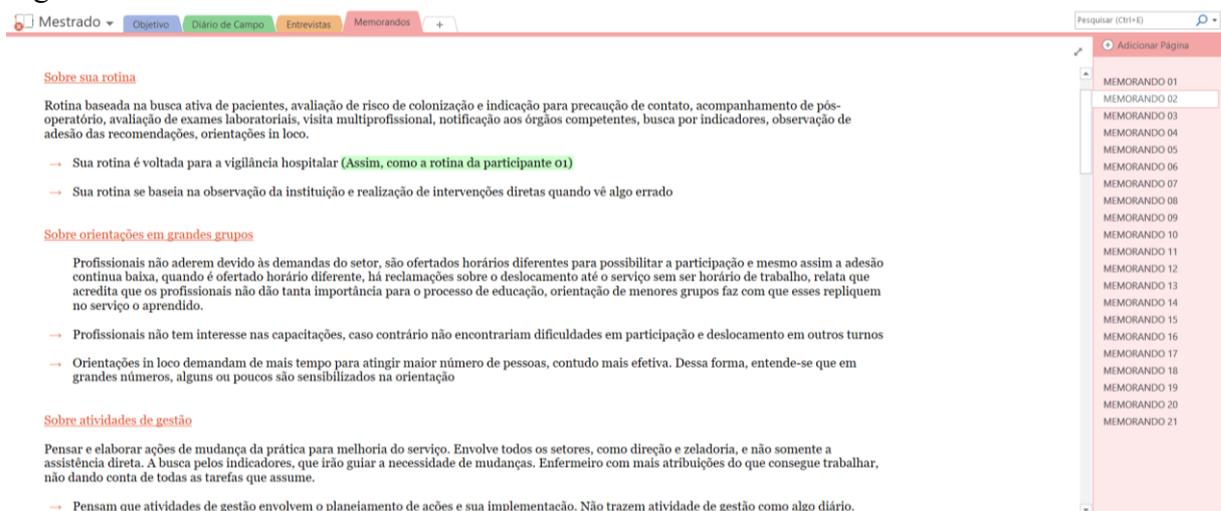
Figura 1. Diário de campo



Fonte: Arquivos do autor, Florianópolis, 2020.

Os memorandos foram feitos após cada entrevista transcrita e, anterior à nova coleta de dados. Foram feitos 21 memorandos, um para cada participante, como consta na figura a seguir:

Figura 2. Memorandos



Fonte: Arquivos do autor, Florianópolis, 2020.

Os diagramas são representações visuais dos conceitos encontrados, concretizando as ideias. Dessa forma, o pesquisador consegue observar as categorias e subcategorias, realizando combinações e visualizando possíveis duplicações, além de permitir identificar os avanços realizados no desenvolvimento da teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015). Os diagramas foram sendo construídos concomitantemente às entrevistas, modificados e alterados conforme as

análises foram sendo feitas. Um dos exemplos permeiam a estruturação dos serviços, como consta o diagrama do Núcleo de Segurança do Paciente:

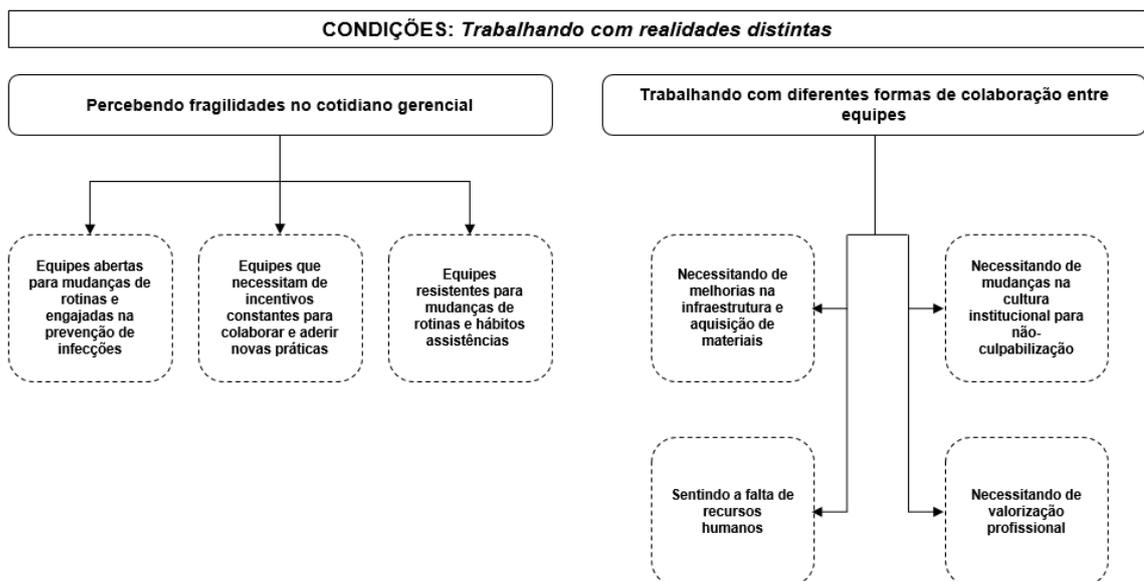
Figura 3. Diagrama do Núcleo de Segurança do Paciente



Fonte: Arquivos do autor, Florianópolis, 2020.

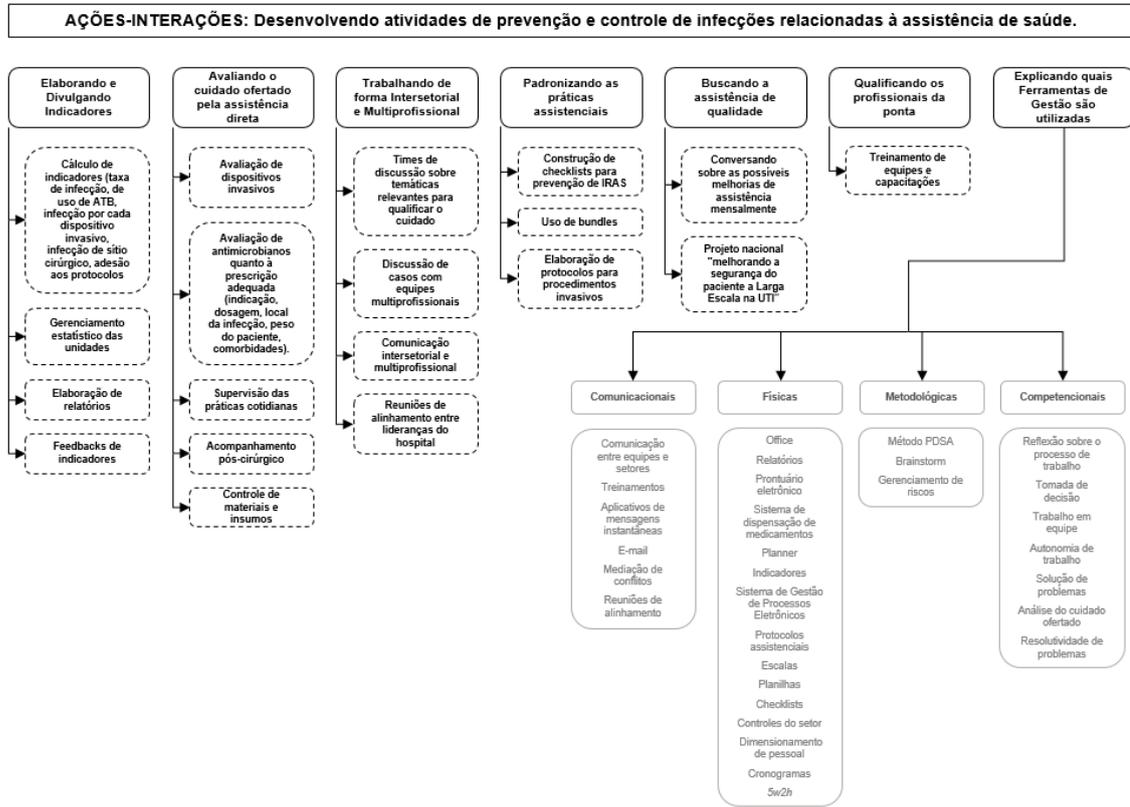
Ao final das análises, foi possível a construção de três diagramas, cada um representando uma das categorias elaboradas no estudo:

Figura 4. Diagrama da categoria *Condições*



Fonte: Arquivos do autor, Florianópolis, 2020.

Figura 5. Diagrama da categoria *Ações-interações*



Fonte: Arquivos do autor, Florianópolis, 2020.

Figura 6. Diagrama da categoria *Consequências*



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

4.5 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

A TFD propõe que o modelo teórico explicativo seja validado, para garantir que os achados estejam de acordo com a realidade vivenciada por eles. Para tanto, foi construído um formulário online, via Googleforms®, com questões referentes às categorias, subcategorias, e a figura do modelo. O questionário elaborado constitui-se de perguntas fechadas, com alternativas de resposta, contudo, em todas as perguntas foi acrescentada a opção “outros”, ofertando a possibilidade do entrevistado em descrever sua percepção caso não encontrasse resposta nos itens ofertados. O formulário foi encaminhado via e-mail e via aplicativo de mensagens instantâneas via link: <https://forms.gle/x5PgVBfZJWR5WzLi7>.

Todos os participantes do estudo foram convidados a participar do processo de validação, bem como profissionais de outras instituições de Santa Catarina. Obteve-se representação do Oeste e Litoral de Santa Catarina. Ao todo foram 13 participantes, destes 10 participaram da pesquisa e 05 atuam diretamente com a atividade de prevenção e controle de IRAS. Em relação à especialização na área, 07 são especialistas ou possuem pós-graduação em andamento na temática de SCIRAS ou em Segurança do Paciente. Participaram enfermeiros e médicos atuantes como coordenadores e gestores de serviços, bem como profissionais responsáveis pelos setores de SCIRAS, NSP e Qualidade. Destaca-se ainda que 07 eram profissionais de instituições públicas e, 5 de instituições privadas. Os dados da caracterização dos profissionais participantes da validação são apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1. Características dos participantes no processo de validação da teoria substantiva (n=13). Florianópolis, Santa Catarina, 2020.

Variáveis	n	%
Cidade de atuação		
Chapecó	1	8
Florianópolis	7	54
São José	5	38
Setor da instituição		
Privado	6	46
Público	7	54
Atuação direta em SP/IRAS		
Não	8	62
Sim	5	38
Profissão		
Enfermeiro (a)	11	85
Médico (a)	2	15
Especialização em CP/IRAS		

Não possuo especialização nessa área	6	46
Especialização em andamento	3	23
Sim, em Prevenção de IRAS	2	15
Sim, em Segurança do Paciente	2	15
Participou do estudo		
Não	3	15
Sim	10	85

Fonte: Elaborado pelo autor, Florianópolis, 2020.

Os resultados do questionário se apresentaram positivos, em sua maioria, quanto à representatividade da realidade vivenciada por aqueles que operacionalizam as atividades de prevenção e controle de IRAS. Dessa forma, compreende-se que a teoria substantiva elaborada e apresentada está de acordo com a realidade vivenciada pelos profissionais. Contudo, destaca-se que algumas perguntas específicas, como a participação no projeto do Ministério da Saúde “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala em UTIs”, não foram aplicáveis nas instituições privadas, tendo em vista que seu objetivo são os hospitais de gestão pública. Outro ponto encontrado no processo de validação é quanto às diferentes equipes, onde no processo de validação, a opção “eu trabalho com equipes resistentes para mudanças” não foi marcado pelos participantes, contudo, evidencia-se nas falas das entrevistas a ocorrência deste tipo de comportamento. Ressalta-se que 10 participantes do processo de validação participaram da pesquisa. Foram ofertados dois modelos de figura para o modelo teórico explicativo e optou-se por utilizar o escolhido pela maioria dos participantes.

Na tabela a seguir, apresentam-se os percentuais de respostas para perguntas gerais sobre a validação das categorias e do modelo teórico explicativo.

Tabela 2. Validação da teoria substantiva (n=13). Florianópolis, Santa Catarina, 2020.

Variáveis	Não n(%)	Talvez n(%)	Sim n(%)
Condições			
1. As condições identificadas no estudo fazem parte da sua realidade?	2(15)	7(54)	4(31)
2. Você acredita que a corresponsabilização permeia as condições?	0(0)	1(8)	12(92)
3. Você acredita que as subcategorias das Condições devem estar alocadas em outra categoria (Ações-interações ou Consequências)?	8(62)	3(23)	2(15)
Ações-Interações			
1. As ações identificadas no estudo fazem parte da sua realidade?	0(0)	0(0)	13(100)
2. Você acredita que a corresponsabilização é um fenômeno que deve estar alinhado com as ações desenvolvidas para prevenção e controle de IRAS?	0(0)	0(0)	13(100)
3. Você acredita que as subcategorias das Ações-interações devem estar alocadas em outra categoria (Condições ou Consequências)?	7(54)	3(23)	3(23)
Consequências			
1. As consequências/resultados identificados no estudo fazem parte da sua realidade?	4(31)	0(0)	9(69)
2. Você acredita que a corresponsabilização permeia os resultados descritos?	0(0)	2(15)	11(85)
3. Você acredita que as subcategorias das Consequências devem estar alocadas em outra categoria (Ações-interações ou Condições)?	8(62)	3(23)	2(15)

Fonte: Elaborado pelo autor, Florianópolis, 2020.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido aprovado sob parecer nº 2.985.952 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 96922518.1.0000.0121 (APÊNDICE A), e teve autorização das duas instituições participantes da pesquisa.

Os participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II). Foi garantida a confidencialidade dos dados, assim como o anonimato dos entrevistados, utilizando letras e números como código das entrevistas. Os participantes possuem livre acesso aos seus dados, que podem ser solicitados a qualquer momento para consulta. Após o término da pesquisa, os dados coletados foram arquivados em biblioteca virtual, que permanecerá ativa por cinco anos, conforme recomendações.

As informações deste estudo são de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e Enfermagem, tendo seus benefícios diretamente relacionados com a produção do conhecimento para a área. Esta pesquisa ofertou riscos de ordem reflexiva, contudo, nenhum participante necessitou de apoio ou suporte após a entrevista, bem como não houveram solicitações posteriores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta dissertação são apresentados em dois manuscritos do tipo Artigo Científico. O primeiro deles trata de uma revisão integrativa da literatura, intitulada *Estratégias de gestão para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência hospitalar: uma revisão integrativa*. O segundo manuscrito reporta os resultados obtidos com a coleta e análise de dados empíricos, com apresentação do modelo teórico sobre as ações gerenciais para prevenção e controle das IRAS, intitulado *Compreendendo a responsabilização das ações de prevenção e controle de infecções como caminhos para uma assistência de saúde de qualidade*.

5.1 MANUSCRITO 1 – ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura científica as estratégias estudadas e utilizadas para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência no contexto hospitalar. **Método:** Trata-se de um estudo bibliométrico o qual buscou identificar quantitativamente a produção e disseminação do conhecimento. A busca pelas referências ocorreu no mês de março de 2019 nas bases de dados PUBMED, LILACS, CINAHL, SciELO, SCOPUS, BDENF e *Web of Science* entre os anos 2014 e 2018. Identificaram-se 1016 artigos, sendo 123 duplicados, 06 excluídos na etapa de leitura na íntegra, sendo analisados 98. **Resultados:** Foram encontradas seis estratégias de prevenção e controle de infecções: padronização das práticas de saúde, higiene do ambiente, programas de segurança, higiene de mãos, habilidades e competências para prevenção de infecções e treinamentos. Prevaleram os estudos sobre a padronização das práticas de saúde e artigos de abordagem metodológica quantitativa. Houve um decréscimo no número de publicações entre os anos 2014 e 2018. A América do Norte foi identificado como o continente com mais estudos na área. **Considerações finais:** Identificou-se a padronização das práticas de saúde como estratégia mais abordada pelos estudos, bem como o uso da abordagem

quantitativa. Evidencia-se a necessidade de estudos com outras abordagens metodológicas, como as qualitativas, para compreensão de como as estratégias podem prevenir infecções, bem como estudos com intervenções que demonstrem a efetividade destas ações.

Palavras-chave: Controle de Infecção. Estratégias Mundiais. Administração Hospitalar.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são consideradas condições ocasionadas por fatores multicausais, possuindo influências do ambiente e de tudo que o cerca, sendo classificadas como uma problemática de dimensões éticas, legais, epidemiológicas e de saúde pública (LIMA *et al.*, 2019). Dessa forma, compreende-se que os fatores de risco para aquisição deste evento adverso são inerentes ao estado de saúde do paciente internado em instituições hospitalares, onde o tempo de internação favorece o desenvolvimento desta condição, bem como o uso de dispositivos de saúde (TAUFFER *et al.*, 2019).

As instituições de saúde buscam prevenir este tipo de agravo, tendo em vista que pacientes que desenvolvem IRAS possuem prolongamento do tempo de internação, há o aumento dos índices de mortalidade e, conseqüentemente, aumento dos gastos em saúde para tratamento de um agravo evitável (ALVES *et al.*, 2017; RIBEIRO; CORTINA, 2016; TARDIVO *et al.*, 2017). Dessa forma, faz-se necessário que os estabelecimentos de saúde possuam normas e protocolos que visem a diminuição dos riscos significativos de desenvolvimento de IRAS, elaborando estratégias que auxiliem os profissionais no cotidiano (LUIS; DUTRA, 2020).

Entre as estratégias de prevenção de IRAS, destaca-se o uso de pacotes de medidas preventivas de infecções relacionadas à dispositivos invasivos, ou *bundles*, que padronizam as práticas assistenciais (LUIS; DUTRA, 2020). Além de ações relacionadas ao uso de dispositivos invasivos, outra estratégia de prevenção de IRAS está relacionada com a higienização das mãos. Está é considerada uma das principais e mais econômicas medidas de prevenção de IRAS, contudo, a adesão à esta prática ainda é baixa, principalmente quando relacionada com dimensionamento de profissionais inadequado e alta carga de trabalho. Ainda sobre higiene, a limpeza dos ambientes também se faz necessária como medida de prevenção, tendo em vista que os microrganismos patogênicos também são encontrados nas superfícies do hospital, como bancadas, bandejas, grades, camas, telefone, torneiras e entre outros objetos utilizados para prestar a assistência de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019; DE FREITAS *et al.*, 2020; SCHERER *et al.*, 2017).

Considerando a importância das estratégias de prevenção e controle de IRAS, faz-se necessário compreender como a literatura nacional e internacional vem abordando a temática. Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar quais estratégias estão sendo mais estudadas e utilizadas para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência no contexto hospitalar, norteadas pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais estratégias para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência vem sendo implementadas no contexto hospitalar?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliométrico, o qual possibilita quantificar a produção e disseminação de estudos científicos em determinada temática. Dentre os objetivos de pesquisas bibliométricas estão a identificação de tendências do conhecimento e a verificação do crescimento de determinadas áreas, em relação ao surgimento e continuidade de novos temas (QUEVEDO *et.al*, 2016). Os passos da pesquisa bibliográfica seguem a definição das palavras-chave, a busca dos termos nas bases de dados, a inserção de filtros de busca, a exportação dos dados, a elaboração da matriz, a análise fatorial exploratória e análise dos resultados (QUEVEDO *et.al*, 2016). Para este estudo, não foi realizada a elaboração da matriz e fases subsequentes, como a análise de co-citações.

As buscas por referências aconteceram no mês de março de 2019 nas bases de dados: *Publisher Medline* (PUBMED), *Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *SciVerse Scopus* (SCOPUS) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). A estratégia de busca foi conduzida em três blocos de busca: 1) Temática de gestão hospitalar; 2) Controle de infecções, referente ao desfecho da busca e; 3) Hospital, atribuído ao contexto. Em cada campo foram selecionados descritores/palavras-chave e suas variações, separados pelo operador booleano *OR* e, entre os campos foi utilizado o operador booleano *AND*, conforme consta no quadro 1.

Quadro 1. Estratégias de busca conforme a base de dados

PUBMED	((("Hospital Administration"[Mesh] OR "Hospital Administration" OR "Hospital Organization and Administration" OR "Risk Management"[Mesh] OR "Risk Management" OR "Risks Management" OR "Hospital Risk Reporting" OR "Hospital Risk Reportings" OR "Hospital Incident Reportings" OR "Hospital Incident Reporting" OR "Incident Reporting" OR "Incident Reportings") AND ("Infection Control"[Mesh] OR "Infection Control" OR "Infections Control" OR "Cross Infection"[Mesh] OR "Cross Infection" OR "Health Care Associated Infections" OR "Cross Infections" OR "Health Care Associated Infection" OR "Healthcare Associated Infections" OR "Healthcare Associated Infection" OR "Hospital Infection" OR "Nosocomial Infection" OR "Nosocomial Infections" OR "Hospital Infections" OR "Epidemiological Monitoring"[Mesh] OR "Epidemiological Monitoring" OR "Epidemiologic Monitoring" OR "Epidemiologic Surveillance" OR "Epidemiologic Surveillances") AND ("Hospitals"[Mesh] OR "Hospitals" OR "Hospital"))
SCOPUS	((("Hospital Administration" OR "Hospital Organization and Administration" OR "Risk Management" OR "Risks Management" OR "Hospital Risk Reporting" OR "Hospital Risk Reportings" OR "Hospital Incident Reportings" OR "Hospital Incident Reporting" OR "Incident Reporting" OR "Incident Reportings") AND ("Infection Control" OR "Infections Control" OR "Cross Infection" OR "Health Care Associated Infections" OR "Cross Infections" OR "Health Care Associated Infection" OR "Healthcare Associated Infections" OR "Healthcare Associated Infection" OR "Hospital Infection" OR "Nosocomial Infection" OR "Nosocomial Infections" OR "Hospital Infections" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Epidemiologic Monitoring" OR "Epidemiologic Surveillance" OR "Epidemiologic Surveillances") AND ("Hospitals" OR "Hospital"))
WEB OF SCIENCE	TS=((("Hospital Administration" OR "Hospital Organization and Administration" OR "Risk Management" OR "Risks Management" OR "Hospital Risk Reporting" OR "Hospital Risk Reportings" OR "Hospital Incident Reportings" OR "Hospital Incident Reporting" OR "Incident Reporting" OR "Incident Reportings") AND ("Infection Control" OR "Infections Control" OR "Cross Infection" OR "Health Care Associated Infections" OR "Cross Infections" OR "Health Care Associated Infection" OR "Healthcare Associated Infections" OR "Healthcare Associated Infection" OR "Hospital Infection" OR "Nosocomial Infection" OR "Nosocomial Infections" OR "Hospital Infections" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Epidemiologic Monitoring" OR "Epidemiologic Surveillance" OR "Epidemiologic Surveillances") AND ("Hospitals" OR "Hospital"))
CINAHL	((("Hospital Administration" OR "Hospital Organization and Administration" OR "Risk Management" OR "Risks Management" OR "Hospital Risk Reporting" OR "Hospital Risk Reportings" OR "Hospital Incident Reportings" OR "Hospital Incident Reporting" OR "Incident Reporting" OR "Incident Reportings") AND ("Infection Control" OR "Infections Control" OR "Cross Infection" OR "Health Care Associated Infections" OR "Cross Infections" OR "Health Care Associated Infection" OR "Healthcare Associated Infections" OR "Healthcare Associated Infection" OR "Hospital Infection" OR "Nosocomial Infection" OR "Nosocomial Infections" OR "Hospital Infections" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Epidemiologic Monitoring" OR "Epidemiologic Surveillance" OR "Epidemiologic Surveillances") AND ("Hospitals" OR "Hospital"))
	((("Hospital Administration" OR "Hospital Organization and Administration" OR "Risk Management" OR "Risks Management" OR "Hospital Risk Reporting" OR "Hospital Risk Reportings" OR "Hospital Incident Reportings" OR "Hospital Incident Reporting" OR "Incident Reporting" OR "Incident Reportings" OR "Administração Hospitalar" OR "Organização e Administração Hospitalar" OR "Organização e Administração de Hospitais" OR "Gestão Hospitalar" OR "Supervisão Hospitalar" OR "Administración Hospitalaria" OR "Organización y Administración Hospitalaria" OR "Organización y Administración de Hospitales" OR "Gestión Hospitalaria" OR "Supervisión Hospitalaria" OR "Gestão de Riscos" OR "Gestão de Risco" OR "Informação sobre Acidentes Hospitalares" OR "Administração de Riscos" OR "Administração de Risco" OR "Administração do Risco" OR "Controle de Risco" OR "Controle de Riscos" OR "Controle do Risco" OR "Gerenciamento de Risco" OR "Gerenciamento de Risco de Acidentes" OR "Gerenciamento de Riscos" OR "Gerenciamento do Risco" OR "Gestão do Risco" OR "Gestión de Riesgos" OR "Gestión de Riesgo" OR "Información sobre Accidentes Hospitalarios" OR "Administración de Riesgos" OR "Administración de Riesgo" OR

LILACS e BDENF	"Administración del Riesgo" OR "Control de Riesgo" OR "Control de Riesgos" OR "Control del Riesgo" OR "Gestión de riesgos de accidentes" OR "Gestión de Riesgos" OR "Gestión de Riesgo" OR "Gestión del riesgo") AND ("Infection Control" OR "Infections Control" OR "Cross Infection" OR "Health Care Associated Infections" OR "Cross Infections" OR "Health Care Associated Infection" OR "Healthcare Associated Infections" OR "Healthcare Associated Infection" OR "Hospital Infection" OR "Nosocomial Infection" OR "Nosocomial Infections" OR "Hospital Infections" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Epidemiologic Monitoring" OR "Epidemiologic Surveillance" OR "Epidemiologic Surveillances" OR "Controle de Infecções" OR "Controle de Infecção" OR "Prevenção de Infecções" OR "Prevenção de Infecção" OR "Prevenção e controle de infecções" OR "Prevenção e controle de infecção" OR "Serviço de controle de infecção hospitalar" OR "Comissão de Controle de Infecção hospitalar" OR "Control de Infecciones" OR "Control de Infección" OR "Infecção Hospitalar" OR "Infecções Nosocomiais" OR "Infecções Hospitalares" OR "Infecção Nosocomial" OR "Infección Hospitalaria" OR "Infecciones Nosocomiales" OR "Infecciones Hospitalarias" OR "Infección Nosocomial" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Monitoração Epidemiológica" OR "Monitorização Epidemiológica" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Monitorización Epidemiológica") AND ("Hospitals" OR "Hospital" OR "Hospitais" OR "Centro Hospitalar" OR "Centros Hospitalares" OR "Nosocômio" OR "Nosocômios" OR "Hospitales" OR "Centro Hospitalario" OR "Centros Hospitalarios"))
SCIELO	(("Hospital Administration" OR "Hospital Organization and Administration" OR "Risk Management" OR "Risks Management" OR "Hospital Risk Reporting" OR "Hospital Risk Reportings" OR "Hospital Incident Reportings" OR "Hospital Incident Reporting" OR "Incident Reporting" OR "Incident Reportings" OR "Administração Hospitalar" OR "Organização e Administração Hospitalar" OR "Organização e Administração de Hospitais" OR "Gestão Hospitalar" OR "Supervisão Hospitalar" OR "Administración Hospitalaria" OR "Organización y Administración Hospitalaria" OR "Organización y Administración de Hospitales" OR "Gestión Hospitalaria" OR "Supervisión Hospitalaria" OR "Gestão de Riscos" OR "Gestão de Risco" OR "Informação sobre Acidentes Hospitalares" OR "Administração de Riscos" OR "Administração de Risco" OR "Administração do Risco" OR "Controle de Risco" OR "Controle de Riscos" OR "Controle do Risco" OR "Gerenciamento de Risco" OR "Gerenciamento de Risco de Acidentes" OR "Gerenciamento de Riscos" OR "Gerenciamento do Risco" OR "Gestão do Risco" OR "Gestión de Riesgos" OR "Gestión de Riesgo" OR "Información sobre Accidentes Hospitalarios" OR "Administración de Riesgos" OR "Administración de Riesgo" OR "Administración del Riesgo" OR "Control de Riesgo" OR "Control de Riesgos" OR "Control del Riesgo" OR "Gestión de riesgos de accidentes" OR "Gestión de Riesgos" OR "Gestión de Riesgo" OR "Gestión del riesgo") AND ("Infection Control" OR "Infections Control" OR "Cross Infection" OR "Health Care Associated Infections" OR "Cross Infections" OR "Health Care Associated Infection" OR "Healthcare Associated Infections" OR "Healthcare Associated Infection" OR "Hospital Infection" OR "Nosocomial Infection" OR "Nosocomial Infections" OR "Hospital Infections" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Epidemiologic Monitoring" OR "Epidemiologic Surveillance" OR "Epidemiologic Surveillances" OR "Controle de Infecções" OR "Controle de Infecção" OR "Prevenção de Infecções" OR "Prevenção de Infecção" OR "Prevenção e controle de infecções" OR "Prevenção e controle de infecção" OR "Serviço de controle de infecção hospitalar" OR "Comissão de Controle de Infecção hospitalar" OR "Control de Infecciones" OR "Control de Infección" OR "Infecção Hospitalar" OR "Infecções Nosocomiais" OR "Infecções Hospitalares" OR "Infecção Nosocomial" OR "Infección Hospitalaria" OR "Infecciones Nosocomiales" OR "Infecciones Hospitalarias" OR "Infección Nosocomial" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Monitoração Epidemiológica" OR "Monitorização Epidemiológica" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Monitorización Epidemiológica") AND ("Hospitals" OR "Hospital" OR "Hospitais" OR "Centro Hospitalar" OR "Centros Hospitalares" OR "Nosocômio" OR "Nosocômios" OR "Hospitales" OR "Centro Hospitalario" OR "Centros Hospitalarios"))

Fonte: Elaborado pelo autor, Florianópolis, 2020.

A primeira etapa consistiu na busca e organização dos artigos no software de gerenciamento de referências Mendeley[®]. Na sequência, na segunda etapa foi realizada a identificação e exclusão de referências duplicadas e, na terceira etapa, a leitura de títulos e resumos dos estudos encontrados. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1) Artigos científicos do tipo pesquisa original; 2) Artigos que abordem estratégias para prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; 3) Artigos que abordem a temática no ambiente hospitalar; 4) Artigos nos idiomas inglês, português e espanhol e; 5) Artigos publicados no recorte temporal entre 2014 e 2018. Como critérios de exclusão delineou-se: 1) Artigos na modalidade carta, editorial, de opinião, artigos de revisão, artigos de reflexão, artigos de relato de experiência, bem como monografias, dissertações e teses; 2) Artigos que tratam apenas de prevalências ou fatores de risco; 3) Artigos que tratam de infecções virais não nosocomiais; 4) Artigos experimentais que não foram realizados em contexto real, como simulações; 5) Artigos que não abordavam infecções relacionadas à assistência; 6) Artigos de infecções comunitárias; 7) Artigos que abordam a microbiologia; 8) Artigos que abordam divulgação de infecções na mídia e 9) Artigos que não estavam disponíveis em nenhuma biblioteca virtual.

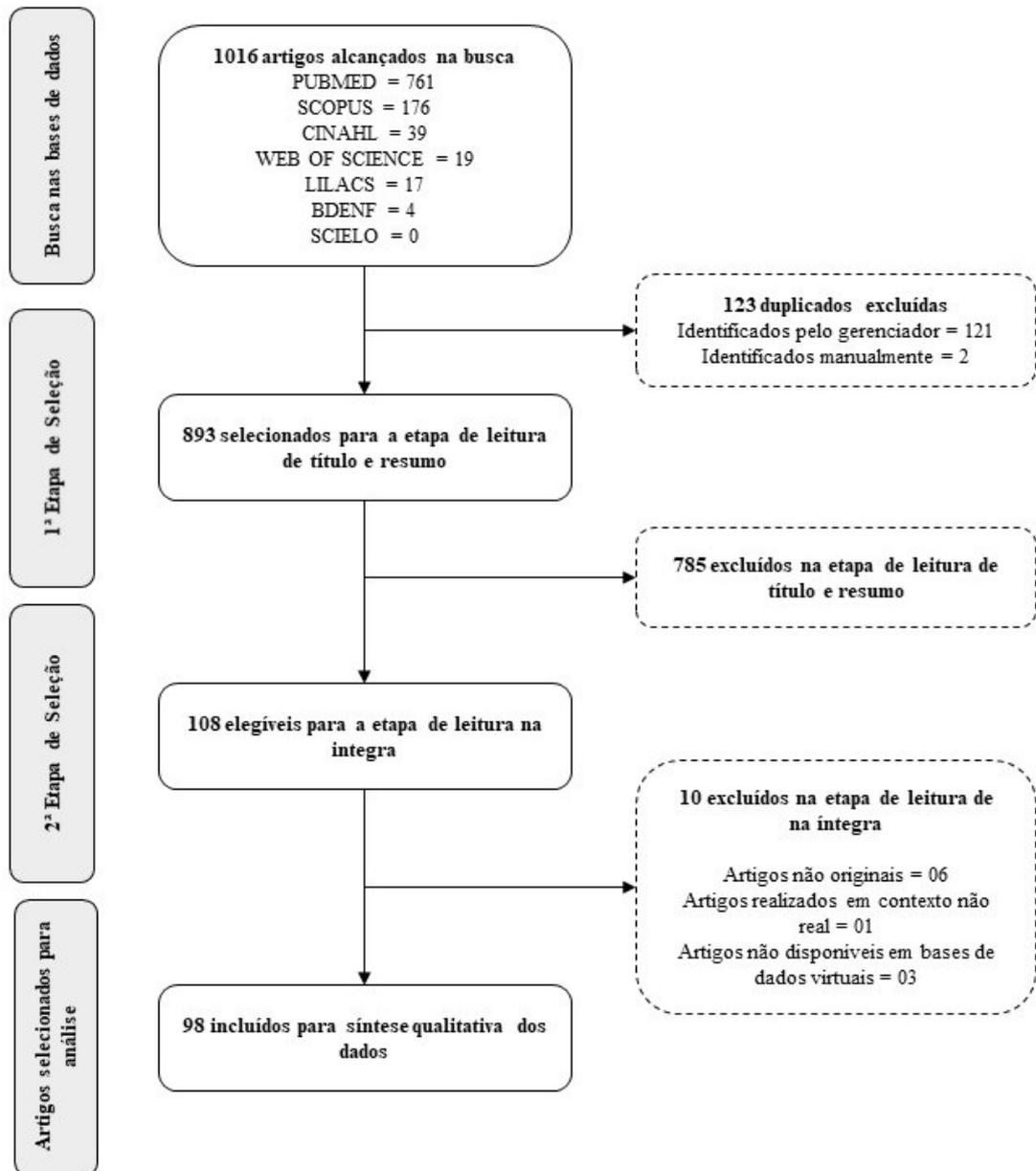
Após conduzida a seleção de artigos, e etapa de leitura na íntegra foi conduzida para a extração dos dados referentes as estratégias de gestão utilizadas para a prevenção e controle de IRAS, país de origem, ano de publicação e desenho metodológico. As categorias de estratégias de gestão foram construídas conforme o andamento da leitura de títulos e resumos, agrupando as referências com temáticas similares em uma mesma categoria.

RESULTADOS

Diante da coleta de dados, foram identificados 1016 artigos. Na primeira etapa, os artigos foram separados conforme sua base de origem. Em uma segunda etapa, todos os artigos foram alocados em uma única pasta, onde o gerenciador identificou 111 duplicações, excluindo-as automaticamente. Na terceira etapa, foi utilizada a ferramenta de buscar por duplicações, sendo encontrados 10 artigos duplicados. Manualmente, foram encontrados dois estudos, os quais também foram excluídos, totalizando 123 artigos duplicados. Dessa forma, chegou-se ao total de 893 artigos para a próxima etapa. A partir da leitura de títulos e resumos, foram selecionados 108 artigos para análise. Na busca pelos documentos na íntegra, excluíram-se seis

artigos não classificados como originais, um não realizado no contexto real e, três não foram encontrados disponíveis em bibliotecas virtuais, conforme apresentado no fluxograma a seguir:

Figura 7. Fluxograma da sequência metodológica da seleção dos estudos

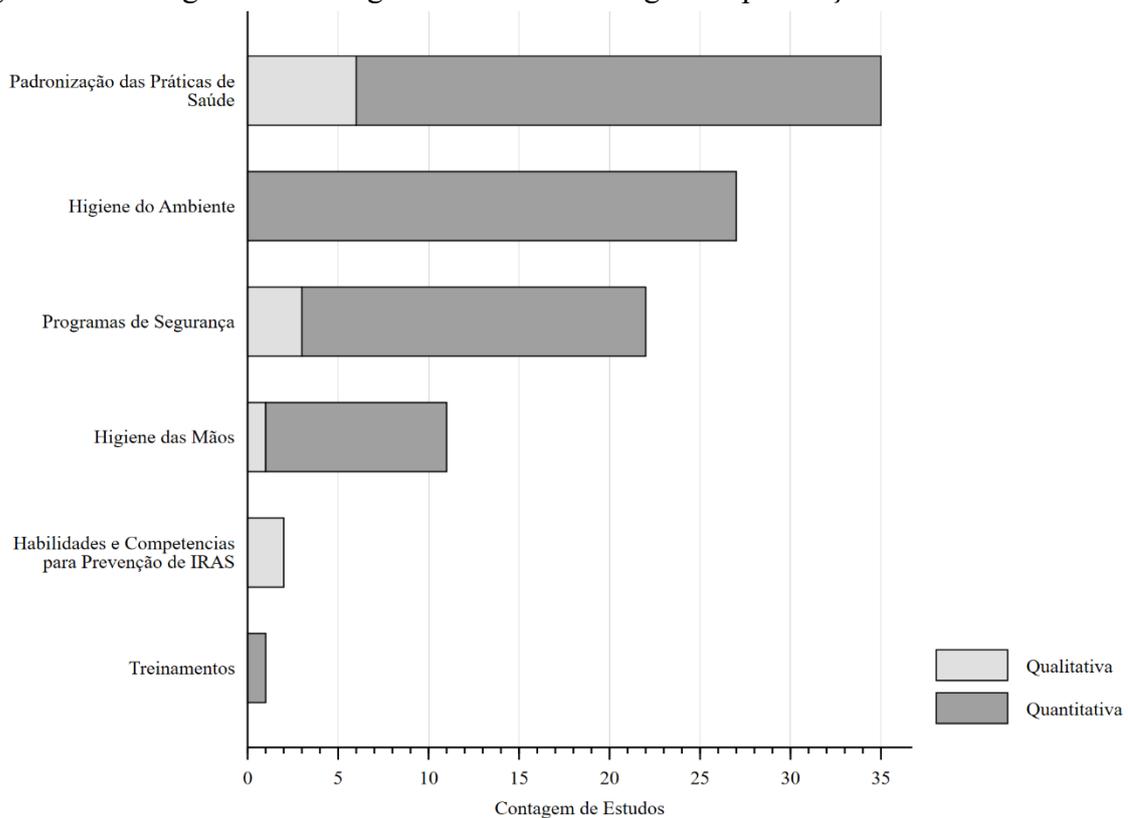


Fonte: Elaborado pelo autor, Florianópolis, 2020.

Quanto as estratégias encontradas, os artigos foram classificados conforme a seguinte categorização: 1) padronização das práticas de saúde 36% (n=35), onde os artigos exploraram as estratégias de elaboração, aplicação, e resultados na padronização da assistência a partir de protocolos, normas, rotinas e *bundles*; 2) higiene do ambiente 28% (n=27), em que as referências abordavam diferentes formas de limpeza, produtos e evidências da eficácia da

higienização de ambientes e materiais utilizados na oferta da assistência; 3) programas de segurança 22% (n=22), os quais englobavam estratégias de prevenção e controle de infecções de modo geral, como implementação de serviços de controle de infecções e segurança do paciente; 4) higiene de mãos 11% (n=11), onde os estudos tinham enfoque na eficácia, adesão e monitoramento da higiene das mãos; 5) habilidades e competências para prevenção de IRAS e 2% (n=2), abordando a governança e a liderança como habilidades para prevenir infecções e; 6) treinamentos 1% (n=1), como estratégia para redução de infecções e outros eventos adversos. Em relação ao tipo de abordagem metodológica, 87,7% (n=86) realizaram estudos quantitativos. Destaca-se que todos os artigos relacionados à higienização de ambientes e treinamentos realizaram estudos quantitativos e, todos os estudos sobre habilidades e competências para prevenção de IRAS foram de abordagem qualitativa, como demonstrado no figura 9:

Figura 9. Abordagem metodológica conforme estratégias de prevenção e controle de IRAS

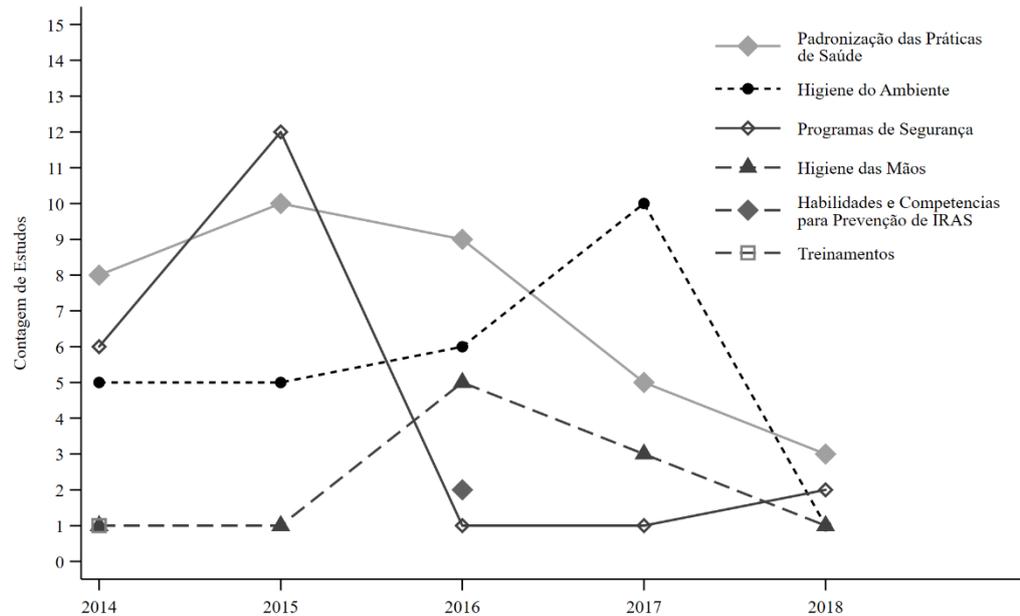


Fonte: Elaborado pelo autor, Florianópolis, 2020.

Sobre o ano de publicação dos artigos, percebe-se a diminuição do quantitativo das publicações entre os anos de 2014 e 2018 em todas as estratégias encontradas. Destaca-se que as publicações sobre programas de segurança tiveram uma queda significativa após 2015, bem

como os estudos sobre higienização do ambiente após 2017. Entre todas as categorias, apenas os estudos sobre programas de segurança obtiveram aumento no número de publicações em 2018, como pode ser visualizado na figura 10.

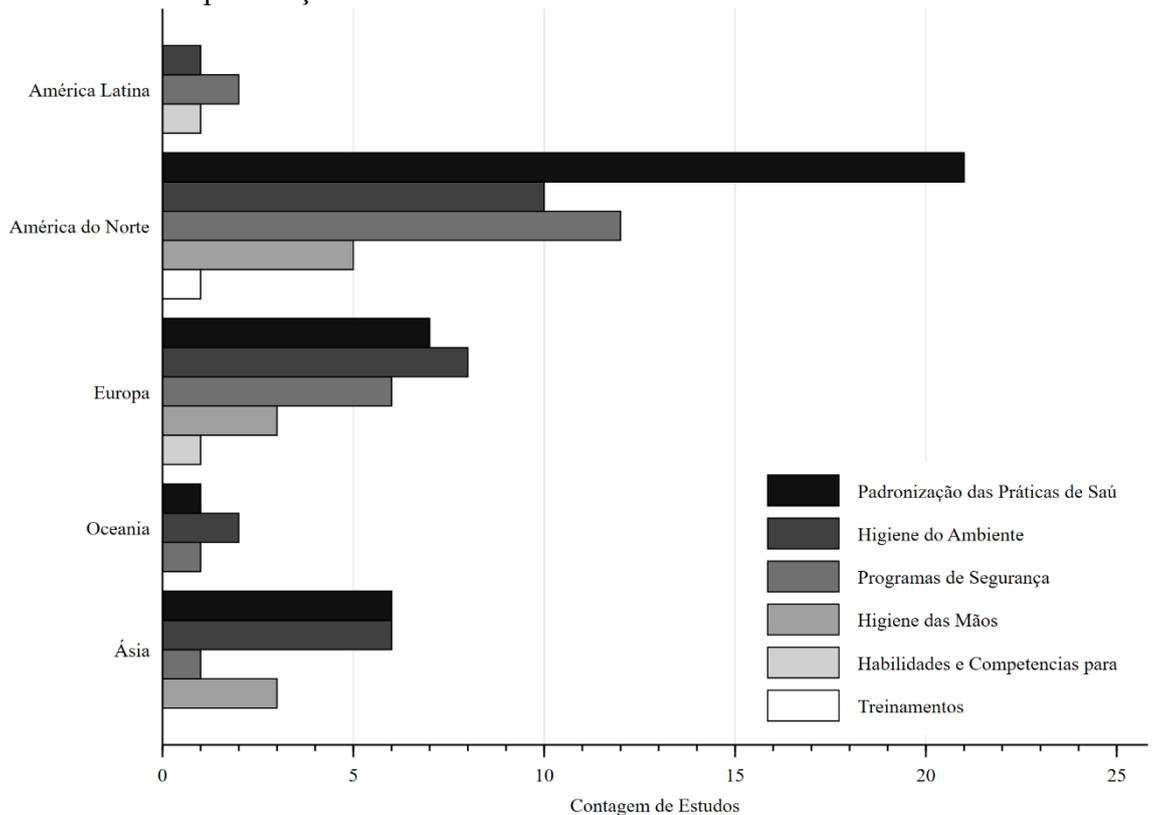
Figura 10. Linha temporal conforme ano de condução dos estudos



Fonte: Elaborado pelo autor, Florianópolis, 2020.

Em relação ao local de realização dos estudos, evidencia-se que 51% (n=49) das pesquisas realizadas situam-se na América do Norte, concentrando-se nos estudos sobre padronização das práticas preventivas de saúde, seguido pela Europa 25% (n=25), Ásia 16% (n=16), Oceania 04% (n=4) e América Latina 04% (n=4), como demonstrado na figura 11. Sobre os países que mais publicaram, ressalta-se o Estados Unidos, com um montante de 44 publicações, das 98 selecionadas neste estudo.

Figura 11. Número de publicações conforme local de estudo



Fonte: Elaborado pelo autor, Florianópolis, 2020.

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo identificar quais estratégias estão sendo mais estudadas e utilizadas para prevenção e controle de IRAS. Com base nos estudos, identificou-se seis principais estratégias que norteiam as práticas hospitalares, prevalecendo a padronização da assistência de saúde, por meio da elaboração e implementação de protocolos assistenciais e *bundles*, ou pacotes de medidas preventivas. As referências encontradas possuem seus estudos direcionados para padronizações específicas, como prevenção de infecção de corrente sanguínea, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção do trato urinário, demonstrando como as novas medidas afetam positivamente os indicadores de infecções relacionadas à dispositivos invasivos, não diminuindo somente os riscos para infecção, mas também decrescendo os casos de IRAS no âmbito hospitalar (DELUCA *et al.*, 2014; GILMARTIN; SOUSA; BATTAGLIA, 2016; GREENE *et al.*, 2018; KLINTWORTH *et al.*, 2014; LATIF *et al.*, 2015; MCDANEL *et al.*, 2014; PARISI *et al.*, 2016; SWEARER *et al.*, 2015; ZACHARIAH *et al.*, 2014; ZHOU *et al.*, 2015).

O uso de protocolos assistenciais oferta aos profissionais de saúde o aumento na efetividade da assistência, bem como promove a segurança do paciente, tendo em vista a padronização das práticas por meio de evidências científicas e pelo alinhamento entre os profissionais sobre a forma de prestar os cuidados de saúde. Contudo, destaca-se a necessidade de atualização periódica das ferramentas, utilizando referências atualizadas e seguras para garantir a qualidade dos protocolos (SIMON; RODACOSKI, 2019).

Em relação à abordagem metodológica dos estudos analisados, evidenciou-se a prevalência dos estudos quantitativos. Acredita-se que esta evidencia pode estar associada ao fato das estratégias identificadas também serem consideradas resultados de indicadores de qualidade assistencial, como os estudos que abordaram as taxas de adesão e eficácia da higiene de mãos, a efetividade da higienização dos ambientes, redução do número de infecções relacionadas a determinados dispositivos após implementação de protocolos, bem como a adesão aos protocolos assistenciais (AL-TAWFIQ *et al.*, 2018; HANSEN *et al.*, 2015; HOPMAN *et al.*, 2015; HOVER *et al.*, 2014; SAVANT *et al.*, 2014; UKAWA *et al.*, 2015). Compreende-se como indicador clínico as medidas quantitativas contínuas e periódicas de um processo ou sistema, possibilitando a mensuração de resultados desejáveis ou indesejáveis (FERREIRA *et al.*, 2019). Em estudo de revisão, foram encontrados 96 diferentes indicadores, sendo 57,6% relacionados ao processo assistencial, 26,8% aos resultados e, 7,68% à estrutura hospitalar, sendo 8,33% indicadores específicos de prevenção e controle de IRAS (LISBOA; RAUÉDYS, 2019).

Os estudos sobre as infecções relacionadas à assistência deram início com os altos índices de mortalidade materna e pós-cirúrgica em meados de 1847, com Ignaz Semmelweis e Joseph Lister (CARTER, 2017; OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016; WORBOYS, 2013). Olhando para a história e para os tempos atuais, pode-se inferir que os estudos atuais sobre controle e prevenção de IRAS também são impulsionados pelos indicadores de taxas de infecção e mortalidade decorrente de infecções associadas à assistência de saúde. Em estudo realizado nos Estados Unidos, 25,6% das infecções estão associadas à dispositivos, e entre 55% e 75% dessas infecções eram evitáveis (DHAR *et al.*, 2016). Em relação ao decréscimo de estudos voltados para estratégias de prevenção e controle evidenciado neste estudo e, olhando para os 173 anos de busca pela diminuição de IRAS e para os indicadores de eventos evitáveis, compreende-se que a busca por estratégias deve continuar sendo impulsionada pelos serviços de saúde. Dessa forma, o aumento de publicações em 2018 sobre programas de prevenção sugere o direcionamento dos esforços para abordagens, pois podem fornecer uma visão mais ampla das necessidades de intervenções no âmbito hospitalar.

Em relação ao elevado número de publicações conforme local de estudo, destaca-se que o maior montante de pesquisas ocorreu em países desenvolvidos, situados na América do Norte e Europa. Na mesma linha, também se evidencia que estes países possuem menores taxas de infecções associadas à assistência, com prevalências em torno de 4,5% e 7,1%, como Europa e Estados Unidos, enquanto países subdesenvolvidos podem apresentar indicadores até 20 vezes maiores (TAUFFER *et al.*, 2019).

O presente estudo possui limitações no processo de inclusão e exclusão de artigos, tendo em vista que todas as etapas não foram realizadas por meio da revisão por pares. Também se destaca a não realização da matriz para análise fatorial e de co-citações, sendo um ponto a ser explorado em estudos posteriores.

CONCLUSÃO

Esta revisão de literatura revelou que a padronização das práticas de saúde vem sendo utilizada como principal estratégia relatada na busca pela prevenção e controle de IRAS. Os estudos reforçam que o uso de indicadores possibilita avaliar as ações assistenciais e as oportunidades de intervenções nessa área. Destaca-se a necessidade de estudos de abordagem qualitativa voltados para a temática, com a finalidade de aprofundamento e busca por novas estratégias que possam auxiliar na prevenção destes eventos adversos, bem como estudos voltados para os programas de segurança, buscando compreender a efetividade das estratégias trabalhadas em conjunto.

REFERÊNCIAS

AL-TAWFIQ, J A *et al.* Using targeted solution tools as an initiative to improve hand hygiene: challenges and lessons learned. **Epidemiology and infection**, v. 146, n. 2, p. 276–282, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0950268817002758>>. Acesso em: 28 jan 2020.

ALMEIDA, Wagner Bechorner *et al.* Infecção hospitalar : controle e disseminação nas mãos dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia. **Electronic Journal Collection Health**, v. 11, n. 2, p. 1–7, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e130.2019>>. Acesso em: 20 jan 2020.

ALVES, Michelly de melo *et al.* O Controle de Infecção Hospitalar como indicador para Qualidade no Serviço de Saúde. **Blucher Education Proceedings**, n. 21, p. 158–172, 2017. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/o-controle-de-infeccao-hospitalar-como-indicador-para-qualidade-no-servio-de-sade-25391>>. Acesso em: 20 jan 2020.

CARTER, K. Codell; CARTER, Barbara R. **Childbed fever: a scientific biography of Ignaz Semmelweis**. Routledge, 2017.

DE FREITAS, Cristiane Güths da Silva *et al.* Prevalência de microrganismos em bandejas utilizadas pela enfermagem na administração de medicamentos em ambiente hospitalar. **Revista interdisciplinar em ciências da saúde e biológicas**, v. 3, n. 2, p. 24, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v3i2.3199>>. Acesso em: 18 jan 2020.

DELUCA, Lawrence Jr *et al.* Organization and scope of surveillance of infections in Polish hospitals. Results of the project prohibit. **American journal of infection control**, v. 42, n. 1, p. 94–99, 2 jan. 2014. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/25004628>>. Acesso em: 20 jan 2020.

DHAR, Sorabh *et al.* Building a Successful Infection Prevention Program: Key Components, Processes, and Economics. **Infectious Disease Clinics of North America**, v. 30, n. 3, p. 567–589, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.idc.2010.11.007>>. Acesso em: 20 jan 2020.

FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz *et al.* Avaliação dos padrões de qualidade da assistência de enfermagem com indicadores de processo. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.62411>>. Acesso em: 18 jan 2020.

GILMARTIN, Heather M; SOUSA, Karen H; BATTAGLIA, Catherine. Capturing the Central Line Bundle Infection Prevention Interventions: Comparison of Reflective and Composite Modeling Methods. **Nursing research**, v. 65, n. 5, p. 397–407, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1097%2FNNR.000000000000168>>. Acesso em: 18 jan 2020.

GREENE, M Todd *et al.* Reducing Inappropriate Urinary Catheter Use in the Emergency Department: Comparing Two Collaborative Structures. **Infection control and hospital epidemiology**, v. 39, n. 1, p. 77–84, jan. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/ice.2017.256>>. Acesso em: 12 jan 2020.

HANSEN, S *et al.* Provision and consumption of alcohol-based hand rubs in European hospitals. **Clinical microbiology and infection**, v. 21, n. 12, p. 1047–1051, dez. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.09.019>>. Acesso em: 18 jan 2020.

HOPMAN, J *et al.* Mechanical vs. manual cleaning of hospital beds: a prospective intervention study. **The Journal of hospital infection**, v. 90, n. 2, p. 142–146, jun. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2014.12.023>>. Acesso em: 18 jan 2020.

HOVER, Alexander R *et al.* Effectiveness and cost of failure mode and effects analysis methodology to reduce neurosurgical site infections. **American journal of medical quality**, v. 29, n. 6, p. 517–521, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1062860613505680>>. Acesso em: 20 jan 2020.

KLINTWORTH, Gemma *et al.* Beyond the intensive care unit bundle: Implementation of a successful hospital-wide initiative to reduce central line-associated bloodstream infections. **American Journal of Infection Control**, v. 42, n. 6, p. 685–687, jun. 2014. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103948169&lang=pt->

br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>. Acesso em: 18 jan 2020.

LATIF, Asad *et al.* Implementing a multifaceted intervention to decrease central line-associated bloodstream infections in SEHA (Abu Dhabi Health Services Company) intensive care units: the Abu Dhabi experience. **Infection control and hospital epidemiology**, v. 36, n. 7, p. 816–822, jul. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/ice.2015.70>>. Acesso em: 20 jan 2020.

LIMA, Enderson Rego *et al.* Infecções relacionadas à assistência à saúde sob a ótica da teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 5018–5023, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv2n6-012>>. Acesso em: 20 jan 2020.

LISBOA, Fabio; RAUÉDYS, Larissa Maiara Miranda. A correlação entre os indicadores assistenciais encontrados na literatura e a segurança do paciente : revisão integrativa. **Textura**, v. 13, n. 21, p. 114-132, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p114-132>>. Acesso em: 20 jan 2020.

LUIS, André; DUTRA, Silvana. Estratégias e metodologias educativas utilizadas na prevenção de infecções nos hospitais universitários públicos do brasil. **J. Infect. Control**, v. 8, n. 4, p. 267–272, 2020. Disponível em: <<http://www.jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/277>>. Acesso em: 18 jan 2020.

MCDANEL, Jennifer S *et al.* Methicillin-resistant Staphylococcus aureus prevention practices in hospitals throughout a rural state. **American journal of infection control**, v. 42, n. 8, p. 868–873, ago. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.05.004>>. Acesso em: 18 jan 2020.

OLIVEIRA, H.M.; SILVA, Cristiane Pavanello Rodrigues; LACERDA, Rúbia Aparecida. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 505–511, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>>. Acesso em: 19 jan 2020.

PARISI, Maria *et al.* Use of Ventilator Bundle and Staff Education to Decrease Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Patients. **Critical care nurse**, v. 36, n. 5, p. e1–e7, out. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.4037/ccn2016520>>. Acesso em: 19 jan 2020.

QUEVEDO-SILVA, Filipe *et al.* Estudo bibliométrico: orientações sobre sua aplicação. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 15, n. 2, p. 246-262, 2016. Disponível em: <<http://www.revistabrasileiramarketing.org/ojs-2.2.4/index.php/remark/article/viewarticle/3274>>. Acesso em: 29 fev 2020.

RIBEIRO, Marcelo; CORTINA, M.A. As principais bactérias de importância clínica e os mecanismos de resistência no contexto das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS). **Revista Científica**, v. 1, n. 1, p. 1–12, 2016. Disponível em: <<http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/13/30>>. Acesso em: 18 jan 2020.

SAVANT, Adrienne P *et al.* Improved patient safety through reduced airway infection rates in a paediatric cystic fibrosis programme after a quality improvement effort to enhance infection prevention and control measures. **BMJ quality & safety**, v. 23 Suppl 1, p. i73–i80, abr. 2014.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002315>>. Acesso em: 19 jan 2020.

SCHERER, Juliane De Souza *et al.* Higienização das Mãos: Adesão dos Profissionais Antes e Após Programa de Capacitação. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 2, p. 126, 2017.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n2p126-129>>. Acesso em: 18 jan 2020.

SIMON, Simone; RODACOSKI, Giseli Cipriano. Gestão da clínica como ferramenta para melhorias dos resultados assistenciais. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. Suppl 1, p. 46–53, 2019. Disponível em:

<<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/230>>. Acesso em: 18 jan 2020.

SWEARER, Jillian Nichole *et al.* Designing Technology to Decrease Pneumonia in Intubated Trauma Patients. **Journal of trauma nursing**, v. 22, n. 5, p. 282–289, 2015. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1097/JTN.000000000000155>>. Acesso em: 20 jan 2020.

TARDIVO, S *et al.* Definition of criteria and indicators for the prevention of Healthcare-Associated Infections (HAIs) in hospitals for the purposes of Italian institutional accreditation and performance monitoring. **Annali Di Igiene Medicina Preventiva E Di Comunita**, v. 29, n. 6, p. 529–547, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7416%2Fai.2017.2183>>. Acesso em: 18 jan 2020.

TAUFFER, Josni *et al.* Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em um hospital de ensino. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 3, p. 4–9, 2019. Disponível em:

<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12976>>. Acesso em: 18 jan 2020.

UKAWA, N *et al.* Organizational culture affecting quality of care: Guideline adherence in perioperative antibiotic use. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 1, p. 37–45, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu091>>. Acesso em: 18 jan 2020.

WORBOYS, M.. Joseph Lister and the performance of antiseptic surgery. **Notes And Records Of The Royal Society**, v. 67, n. 3, p.199-209, 22 maio 2013. The Royal Society.

<http://dx.doi.org/10.1098/rsnr.2013.0028>. Disponível em:

<<http://rsnr.royalsocietypublishing.org/content/early/2013/05/17/rsnr.2013.0028.short>>.

Acesso em: 18 jan 2020.

ZACHARIAH, Philip *et al.* Compliance with prevention practices and their association with central line-associated bloodstream infections in neonatal intensive care units. **American Journal of Infection Control**, v. 42, n. 8, p. 847–851, ago. 2014. Disponível em:

<<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103981715&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>>. Acesso em: 20 jan 2020.

ZHOU, Qi *et al.* Successful reduction in central line-associated bloodstream infections in a Chinese neonatal intensive care unit. **American Journal of Infection Control**, v. 43, n. 3, p. 275–279, mar. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.001>>. Acesso em: 18 jan 2020.

5.2 MANUSCRITO 2 - COMPREENDENDO A CORRESPONSABILIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES COMO CAMINHOS PARA UMA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE DE QUALIDADE

COMPREENDENDO A CORRESPONSABILIZAÇÃO NAS AÇÕES GERENCIAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES COMO CAMINHOS PARA UMA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE DE QUALIDADE

RESUMO

Objetivo: Compreender como ocorrem as ações gerenciais para prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em dois hospitais referência em cardiologia. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, na vertente relativista de Corbin e Strauss. A pesquisa foi realizada em dois hospitais referência no atendimento ao paciente cardiológico no estado de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu entre março e outubro de 2019, por meio de entrevistas abertas e individualizadas. Participaram do estudo 21 profissionais de saúde, divididos em dois grupos amostrais, sendo o primeiro constituído por sete profissionais, e o segundo grupo amostral foi composto por 14 profissionais que ocupavam cargo de coordenação ou liderança na instituição. O processo de coleta de dados aconteceu concomitantemente à análise dos dados, utilizando-se da análise comparativa constante, e ocorreu em três etapas distintas: codificação aberta, codificação axial e integração. Para organização e auxílio no processo de análise, utilizou-se o software Nvivo® (versão 12). **Resultados:** Diante da análise, emergiu o fenômeno *Compreendendo a responsabilização das ações gerenciais como caminhos para uma assistência de saúde de qualidade*, sustentado pelas categorias *Trabalhando com realidades distintas* (condições), *Desenvolvendo atividades de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência de saúde* (ações-interações) e, *Vislumbrando os resultados de um trabalho em conjunto* (consequências). O estudo possibilitou a compreensão das ações gerenciais de prevenção e controle das IRAS como um fenômeno coletivo, no qual a responsabilização por estas ações permeia a efetividade da assistência ofertada. Os comportamentos das equipes de saúde frente as fragilidades estruturais e humanas, bem como às necessidades de mudança, influenciam na construção da relação de apoio entre assistência e, na própria efetividade das ações de segurança do paciente. **Conclusão:** O compartilhamento de responsabilidades entre profissionais, e as ações de prevenção e controle das IRAS advindas dessa postura, influenciam na promoção de um cuidado mais seguro e de qualidade para o paciente.

Palavras-chave: Controle de Infecções. Administração Hospitalar. Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente e a qualificação da assistência de saúde são movimentos globais, incluídos na agenda política da Organização Mundial da Saúde (OMS), abordando a problemática das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), estabelecendo

recomendações para o controle e prevenção de infecções. Portanto, compreende-se que a Segurança do Paciente é uma forma de avaliar a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais e instituições, e depende de ações que possam reduzir os danos e riscos nos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2017).

Dentre as IRAS, as infecções de sítio cirúrgico (ISC) estão entre as mais prevalentes no âmbito hospitalar, sendo que o desfecho de óbito está comumente associado a este tipo evento adverso, podendo aumentar de 2 a 11 vezes as chances de o paciente evoluir para morte. Em relação aos indicadores de ISC, a taxa de infecção varia entre 1,2% e 5,2% em países desenvolvidos, contudo, em países em desenvolvimento, como o Brasil, esses índices podem variar entre 3% e 21%. Em estudo retrospectivo sobre ISC cardiológicas realizado em um instituto de cardiologia do sul do Brasil, entre uma amostra de mil oitocentos e quarenta e seis prontuários, evidenciou-se a taxa de ISC de 8,3%. Dessa forma, compreende-se que o conhecimento dos fatores de risco, bem como das medidas de prevenção, se faz necessárias para prevenir esse agravo à saúde (DE ANDRADE *et al.*, 2019).

Para auxiliar e guiar as atividades de prevenção e controle de IRAS, as instituições hospitalares possuem serviços voltados à temática da oferta de uma assistência segura e de qualidade. Para tanto, os hospitais contam com o Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência (SCIRAS), antigamente conhecido como Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o qual é responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das IRAS (SANTOS, 2018). Outra unidade que contribui para a assistência segura e de qualidade é o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que conta com seis diretrizes de trabalho, entre elas a promoção da higienização das mãos e a prescrição e uso correto de medicamentos, as quais fazem interface com o SCIRAS (JÚNIOR *et al.*, 2019). Estes serviços podem ser compreendidos como a assistência indireta ao paciente, pois desenvolvem ações à distância, focadas no gerenciamento do ambiente do cuidado, com atividades multiprofissionais, dando suporte à assistência direta ao paciente (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Tendo em vista a importância destes setores para a prevenção e o controle de IRAS no âmbito hospitalar, e o enfoque da literatura em ações pontuais, como indicadores de higiene de mãos e taxas de infecções, faz-se necessário a busca pela compreensão do todo, atendendo desde as relações entre assistência direta e indireta, bem como as ações desenvolvidas para efetivação das práticas de prevenção e controle de IRAS. Dessa forma, delineou-se a seguinte pergunta norteadora: Como ocorrem as ações gerenciais, desenvolvidas pelos profissionais que atuam na assistência ao paciente, no contexto das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde? E o objetivo geral da pesquisa foi de compreender como ocorrem as ações gerenciais

para prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em um hospital referência em cardiologia.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), utilizando a corrente relativista, proposta por Corbin e Strauss (2015). Optou-se por utilizar a TFD, pois esta permite que o pesquisador explore tópicos e comportamentos de diversos ângulos, provendo explicações abrangentes e aprofundadas sobre o tema. Além disso, é possível que surjam novos *insights* relacionados à problemas antigos ou temáticas recentes e pouco pesquisadas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A pesquisa foi realizada em dois hospitais referência em cardiologia no sul do Brasil. Participaram do estudo profissionais das categorias de enfermagem, medicina, farmácia e ciências biológicas, atuantes na assistência. Como critérios de inclusão no estudo, foram definidos: ser médico, enfermeiro, farmacêutico, administrador, ou gestor atuante na prevenção e controle de IRAS. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: estar em licença médica, férias ou em afastamento de qualquer natureza no período da coleta dos dados.

Os participantes foram convidados a participar via *e-mail* e/ou via contato telefônico para apresentação da pesquisa e agendamento prévio da entrevista. Todas foram realizadas no local de trabalho do participante e o início da entrevista ocorreu mediante a leitura, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. As entrevistas tiveram o tempo médio de 30 minutos. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e outubro de 2019, a partir de entrevistas abertas e individuais, as quais foram registradas por gravador de áudio e/ou por meio de anotações da pesquisadora.

A amostragem teórica foi composta por 21 profissionais, distribuídos em dois grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi escolhido intencionalmente, devido à sua aproximação com a temática em estudo, portanto, participaram profissionais da enfermagem, medicina e ciências biológicas, que trabalhavam diretamente com a prevenção e controle de IRAS. Ainda foram incluídos neste mesmo grupo amostral os profissionais que realizavam treinamento e capacitações sobre o tema, ou que tinham suas atividades voltadas para os indicadores de infecção do hospital, como o setor de qualidade.

A partir da análise dos dados do primeiro grupo amostral, percebeu-se a relação entre a assistência indireta com a direta, mais especificamente com os coordenadores das equipes de enfermagem e medicina. Dessa forma, elaborou-se a hipótese de que estes profissionais também são responsáveis pelo monitoramento e efetivação das práticas de prevenção e controle de IRAS. Portanto, o segundo grupo amostral foi constituído pelos profissionais de enfermagem e medicina que ocupam o cargo de coordenadores de equipes.

Durante o processo de análise dos dados, foram elaborados memorandos e diagramas contendo *insights* sobre o processo de construção da teoria. Foi utilizado o *software* NVIVO (versão 12) para organização e codificação dos dados durante a análise comparativa constante. O processo de análise ocorre em três etapas interdependentes, os dados foram classificados conforme aproximação, conceitualizados e integrados, para formar a teoria. A primeira etapa da análise, a codificação aberta, constituiu-se pelo momento de identificação das características que definem os conceitos, portanto, nessa fase, é permitido agrupar e nomear os fenômenos conforme semelhanças. Na codificação axial, segunda etapa da análise, as circunstâncias significativas relatadas pelos participantes desenvolveram as subcategorias, as quais buscaram explicações para o fenômeno em questão. Nesta etapa também foi utilizado o modelo paradigmático, o qual tem função de orientar a formação dos dados de forma sistemática. Na terceira etapa, integração, ocorreu a aproximação das categorias e subcategorias (CORBIN; STRAUSS, 2015), emergindo fenômeno intitulado *Compreendendo a corresponsabilização das ações gerenciais de prevenção e controle de infecções como caminhos para uma assistência de saúde de qualidade*.

As categorias e subcategorias seguem o modelo paradigmático proposto pelo referencial metodológico. A primeira categoria, condições, engloba os motivos e ações individuais do fenômeno acontecer, intitulada *Trabalhando com realidades distintas*; 2) ações-interações, que corroboram na resposta informada pelas pessoas ou grupos, sobre situações ou problemas vivenciados, denominada *Desenvolvendo atividades de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência de saúde* e; 3) consequências, que expressam os resultados previstos ou reais, *Vislumbrando os resultados de um trabalho em conjunto* (CORBIN; STRAUSS, 2015). O modelo teórico explicativo passou pelo processo de validação com 13 profissionais de enfermagem e medicina que participaram da pesquisa, ou trabalham diretamente com a temática de prevenção e controle de IRAS.

Os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram atendidos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº

2.985.952 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 96922518.1.0000.0121. Com o intuito de garantir o sigilo e anonimato dos participantes, as entrevistas estão identificadas por códigos, sendo que a indicação do grupo amostral a letra G, seguida pelo número 1, para primeiro grupo amostral (G1), e número 2 para o segundo grupo amostral (G2), seguidos pela letra P, de participante, e uma sequência numérica, P1, P2, P3, e assim por diante, configurando o código final G1P1, G2P08, por exemplo.

Utilizou-se de estatística descritiva para análise dos dados de caracterização da amostra, bem como para descrever os resultados referentes à validação do modelo teórico. Os resultados foram apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). Todas as análises dos dados quantitativos foram conduzidas no pacote estatístico *Stata SE*, versão 15 (*StataCorp. College Station, TX: StataCorp LLC*).

RESULTADOS

Participaram do estudo 21 profissionais da saúde, das categorias de enfermagem, medicina, ciências biológicas e farmácia. O primeiro grupo amostral foi composto por sete profissionais atuantes da assistência indireta, contemplando o CCIH, NSP, Setor de Treinamentos, Núcleo de Educação Permanente e Núcleo de Qualidade. O segundo grupo amostral contou com 14 coordenadores de unidades de internação, unidade de terapia intensiva e semi-intensiva, farmácia, ambulatório hospitalar e emergência. Prevaleram os profissionais do sexo feminino (71%), com idade entre 36 e 40 anos (40%). Em relação à formação, 67% eram enfermeiros, 57% possuíam especialização ou residência e, 45% atuavam no cargo entre um e três anos, conforme consta na Tabela 1.

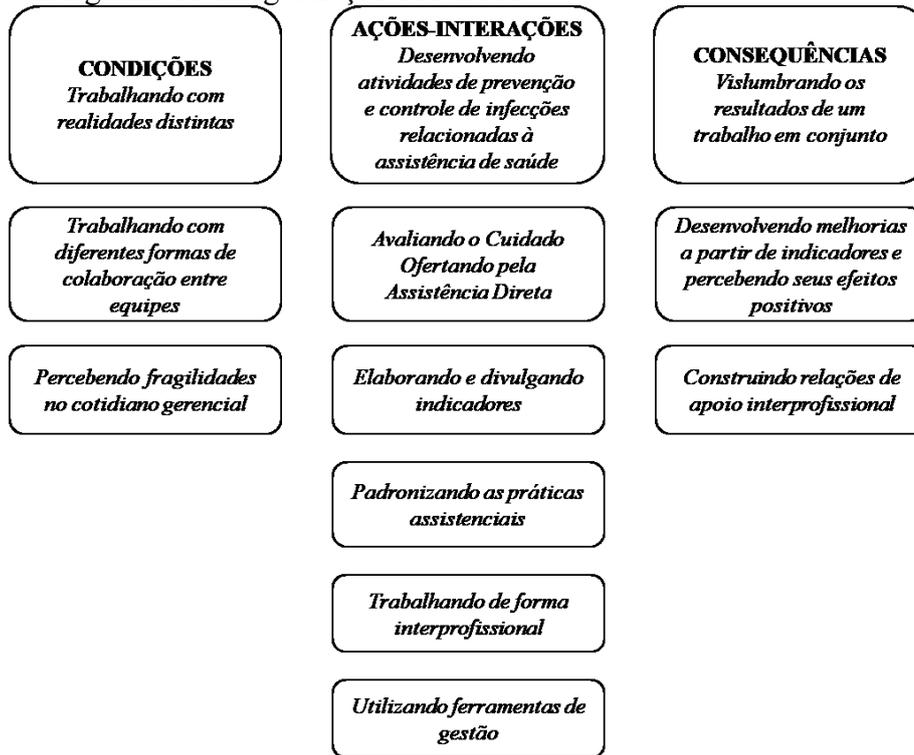
Tabela 1. Características dos participantes do estudo (n=21). Florianópolis, Santa Catarina, 2019.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	15	71
Masculino	6	29
Idade (anos)		
25 a 35	4	20
36 a 40	8	40
41 a 45	4	20
> 45	4	20
Atuação		
Assistência direta	14	67
Assistência indireta	7	33
Graduação		
Ciências Biológicas	1	5
Enfermagem	14	67
Farmácia	1	5
Medicina	5	24
Especialização		
Mestrado acadêmico	1	5
Mestrado na área (SP/CI)	2	10
Mestrado profissional/MBA	4	19
Nenhuma	2	10
Residência/Especialização	12	57
Tempo de atuação na área		
1 a 3 anos	9	45
4 a 5 anos	4	20
<1 ano	6	30
>5 anos	1	5

Fonte: Elaborado pelo autor, Florianópolis, 2020.

A análise dos dados resultou na geração de 306 códigos. Estes foram categorizados segundo modelo de análise proposto por Corbin; Strauss (2015) segundo *Condições, Ações-interações e Consequências*. A apresentação dos dados seguirá a sequência das categorias e suas respectivas subcategorias.

Figura 8. Diagrama da categorização dos dados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Para a categoria *Condições: Trabalhando com realidades distintas*, essa descreve as razões e explicações sobre os motivos pelos quais o fenômeno responde de determinada forma. Iniciaremos descrevendo a subcategoria *Trabalhando com diferentes formas de colaboração entre equipes*, onde os profissionais relataram trabalhar com diferentes dinâmicas de equipes, as quais podemos estratificar em três formas distintas de colaboração, como descreve o entrevistado a seguir:

A equipe colabora, não todas as pessoas colaboram. Isso é muito claro, muito nítido. Acho que dá para dividir em três grupos de pessoas dentro da equipe, aqueles empolgados, que desde o começo já querem mudar, quando se faz uma proposta de mudança, já querem fazer diferente, tem aqueles que são mais resistentes, que não estão muito a fim, e tem o pelotão do meio que devagarzinho vai se conquistando, no começo tem essa resistência, mas depois começa a aderir também as mudanças, então tem todos os perfis. De uma maneira geral a equipe é integrada, mas sempre tem aquelas pessoas que são as que mais se empenham (GA2P17).

As equipes descritas como colaborativas possuem as características de não serem resistentes frente à solicitação de mudanças, como implementação de novas rotinas, aceitando melhor as mudanças quando são evidenciadas melhorias concretas.

Então elas não têm resistência as mudanças, as normativas vão mudando e elas são bem parceiras, recebem bem a novidade (GA2P06).

Colaboram bem. Eu tenho uma equipe bem consciente, uma equipe que colabora bastante, não tenho queixa dos meus funcionários (GA2P10).

As meninas são excelentes, elas ajudam, elas cumprem, cada uma delas tem sua característica pessoal, mas elas... não tenho restrição quanto a isso, não. Não tenho problemas (GA02P07).

Dependendo do setor e do profissional que eu estou lidando, ele é mais receptivo ou não a ter uma parceria comigo, então tem chefias de enfermagem aqui que são maravilhosas, elas vem atrás de mim e dizem “vamos trazer ideias, vamos trabalhar juntas pra diminuir a infecção, pra melhorar tal rotina”, mas tem outros que não, querem nem me ver passar no corredor, né? (GA1P02).

Os relatos sobre equipes que se dividem entre resistentes e não resistentes abordam que há tentativas de mudanças, bem como àqueles que acatam as novas rotinas dão exemplo para os outros, que, por vezes, acatam também. Outro fator contribuinte se relaciona com o conhecimento do trabalho realizado pela assistência indireta, sendo que quanto mais eles trabalham juntos e veem os resultados, mais fácil acontecem as mudanças.

Eu tenho meio a meio. Eu tenho uma equipe que sabe que está certo, mas é resistente, e tem uma equipe que qualquer coisa que seja novo, mesmo que eles não concordem, eles tentam. Então eu tenho meio a meio, mas a maioria sabe da importância de controlar a infecção, né? Principalmente a lavagem das mãos [...] porque tem alguns que pelo novo, eles são mais resistentes pelo novo, dizem que não dá, que não vai dar certo, que não vão fazer assim, mas acabam fazendo depois, como todo mundo faz, e uma grande maioria faz, e a supervisão do enfermeiro e eu na chefia, acabam fazendo, mas no começo tem aquela resistência do novo (GA2P11).

Com evidência de que houve melhora, a equipe aceita muito melhor as nossas orientações, né? (GA1P01).

Então, quanto à dinâmica, muda também de muitos setores, a gente observa que tem setores que estão muito mais abertos a mudanças, que às vezes tu vai com uma ideia nova e eles acabam abraçando aquilo, e fazendo com que aquilo seja positivo e seja implementado, ao contrário de outros setores, que às vezes, tu vê que aquilo precisa melhorar muito e eles acabam não dando importância, como por exemplo, na própria unidade coronariana, não sei também, mas como a gente já trabalhou nesses setores, a gente tem uma abertura maior, né? De contato com os profissionais, já conhecem o teu trabalho e daí tu consegue fazer com que algumas ações sejam melhores vistas e melhores implementadas (GA1P04).

Quando as equipes são totalmente resistentes, um dos motivos levantados pelos entrevistados acontece pelo apontamento de falhas do setor, que nem sempre são vistos como oportunidades de melhorias. Outro quesito está associado à resistência da equipe médica, que comparece a reuniões sobre a temática de prevenção de infecções apenas quando são convocados pelo diretor, ou ainda, que sente a necessidade maior valorização ou recebimento de um incentivo a mais para aderir as medidas de prevenção.

Como é um setor que identifica muita falha, os erros, eu digo falha de tu estar sempre apontando o que precisa ser melhorado naquele setor. Nem sempre quem está lá do outro lado entende isso como positivo. Então eu tenho barreiras nesse sentido [...] talvez depende também do que eu estou apontando, eu vou ter mais parceiros ou não (GA1P01).

A equipe médica, no geral, o que é mais difícil são os cirurgiões, de mostrar para eles a taxa de infecção por cirurgião, porque eles acham que está errado, de onde que a

gente tirou aquele dado, que eles não erram, que eles não falham, então conversar com a equipe cirúrgica é mais difícil [...] a gente tenta buscar eles em reuniões para discutir o tema “infecção de sítio cirúrgico”, já marcamos diversas reuniões. A primeira vez veio quase todos, mas porque foi por obrigação mesmo, eles receberam um documento do diretor dizendo que eles teriam que vir e não poderiam faltar a reunião, foi até cancelada cirurgia naquele dia. E nas próximas reuniões a gente imaginou que o grupo viria também, não vieram. Então eles não demonstram interesse de melhorar, né? (GA1P02).

A equipe médica? Colabora sim. Mas talvez, não integralmente, talvez faltasse uma valorização maior ou um incentivo maior para o médico para poder ter um cuidado a mais (GA2P20).

Na segunda subcategoria, *Percebendo fragilidades no cotidiano gerencial*, os profissionais, ao serem questionados quanto às possibilidades de melhorias, foram citados avanços em infraestrutura, como aquisição de materiais de qualidade e aumento do espaço das unidades, bem como a não autonomia sobre os recursos financeiros.

Então assim, seria mais da estrutura mesmo, que como eu te falei. Os quartos de isolamento, que tem esses quartos preparados que a gente teria aquelas outras salas mais preparadas, para a gente se paramentar, não tem (GA2P05).

Eu acho assim, que a estrutura do setor é muito pequena ainda, então a gente não tem espaço adequado para os pacientes, o ambiente que eles ficam é muito pequeno, é um setor muito fechado, então a questão da mudança do setor acho que vai melhorar bastante a dinâmica, o fluxo, tipo hoje eu posso colocar um paciente de precaução de contato, se eu colocar na sala de injetados, eu vou ter que deixar os outros injetados fora, né? Isso é ruim. Então com a sala maior, esse já é um problema que eu não vou ter (GA2P08).

A estrutura física em si, toda a estrutura física e a qualidade dos materiais, que não depende da gente, depende da gestão maior estar estruturando e dando suporte para isso (GA2P14).

A questão de estrutura, de você ter um álcool em gel disponível também, isso conta. Às vezes não tem luvas de procedimento disponíveis (GA2P20).

A questão financeira, eu acho que é um ponto chave, que às vezes tu quer fazer coisas simples, por exemplo, a impressão de uma folha colorida para chamar mais atenção do servidor em algum determinado cuidado, é um entrave, sabe? (GA1P04).

Outra fragilidade que impacta nas ações desenvolvidas para prevenção e controle de IRAS está relacionada com a disponibilidade de recursos humanos e a dupla atribuição de funções, assistência mais coordenação.

É às vezes tu ter que trabalhar com recursos humanos. Ali no setor eu estou trabalhando sozinha, então às vezes tu pensa em estratégias, daí tu vai tentar colocar em prática, tu acaba tendo que voltar atrás e fazer outras coisas que não são relacionadas a proposta do setor (GA1P04).

O que eu sinto falta, como enfermeira, é fixar mesmo outra enfermeira aqui no setor, para que a gente esteja o tempo todo ali dentro quando eu não estiver, e esse é o próximo passo que a gente quer, porque a princípio, às vezes, se você não está visualizando todo dia, às vezes as coisas podem se perder e tu não perceber (GA2P08).

Então teve a questão do gerenciamento do pessoal que não está adequada, que pela falta de quantitativo, por divisão de trabalho, de hora de trabalho [...] então a gente faz assim, dá uma prioridade, e mantém o serviço de coordenação, junto com a assistência, que eu não saio da assistência por ter um quadro deficitário de enfermeiro (GA2P05).

Outro fator que interfere em como as ações-interações são realizadas é a cultura institucional de não culpabilização não concretizada, fazendo com que os profissionais tenham medo de notificar por medo de punição. Ainda relatam que por treinamentos e capacitações existe o potencial para mudanças institucionais, e reforçam que as lideranças devem trabalhar junto para que se desenvolva a cultura de segurança.

A maioria acho que tem, não sei se é medo, o que que é, eles não veem até nós, eles têm medo de represália, não sei... acho que a instituição, não sei se ela ainda tem uma cultura de segurança bem implementada, então no geral a maioria pensa na questão de culpa, não vou falar se não vou ser punido, então acho que eles mantem ainda uma certa distância do controle de infecção, do núcleo de segurança (GA1P01).

A gente já observou que com treinamento a gente consegue mudar a percepção dos profissionais, consegue fazer com que eles entendam o que que a assistência, o que o cuidado vai trazer para o paciente, mas esse é um trabalho de formiguinha, é muito difícil, mas tem a potencialidade de mudar a cultura dos profissionais. É com treinamento, capacitação que a gente vai conseguir mudar isso (GA1P04).

A participante relatou que para que haja o desenvolvimento de uma cultura de segurança no ambiente hospitalar é necessária a presença de lideranças efetivas, que contribuam na mudança da cultura institucional para uma cultura de segurança e qualidade (GA1P17).

Fatores que impactam a forma como as ações de prevenção e controle de IRAS foram evidenciados pelos profissionais, perpassando por oportunidades de melhorias institucionais, como infraestrutura para melhor acomodação dos pacientes que necessitam de isolamento, evolução para a cultura de segurança, onde os profissionais se sintam confortáveis de reportar falhas que acontecem durante a assistência e, contratação de profissionais para melhorias no dimensionamento de pessoal e melhor distribuição entre as atividades assistenciais e gerenciais.

A próxima categoria, *Ações-interações*, buscam dar respostas aos eventos ou situações problemáticas. Nesta categoria, iniciaremos com a subcategoria *Avaliando o Cuidado Ofertando pela Assistência Direta*, a qual nos remete às auditorias realizadas na instituição sobre como a assistência está realizando os cuidados de saúde e em como se promove a qualidade do serviço.

Primeiramente, destaca-se a auditoria de prescrições médicas de antibioticoterapia, realizada pelo profissional médico com especialidade em infectologia. Este é responsável por avaliar diariamente todas as prescrições de antibióticos realizadas para o dia quanto à indicação correta, o local da infecção, comorbidades do paciente que possam interferir na indicação da

medicação, bem como o peso para cálculo de dosagem adequada. Quando algo não está condizente com a indicação correta, entra-se em contato com o médico prescritor para adequação da prescrição, como descrito a seguir:

A primeira coisa, assim, que cabe ao infectologista no controle de infecção é a questão de gestão de antibióticos. Então normalmente eu chego no hospital e a primeira coisa que eu faço é abrir a relação de todos os antibióticos que foram prescritos no hospital. Eu avalio cada um deles [...] O paciente, dois pacientes podem ter a mesma infecção, mas o melhor antibiótico para cada um deles pode ser diferente. Então faço essa avaliação, procuro sempre entrar em contato com o médico que está vendo esse paciente para orientar alguma troca e a gente discute o caso dos pacientes (GA1P1).

Outra auditoria realizada pela assistência indireta está relacionada ao uso de dispositivos invasivos. Diariamente são acompanhados os pacientes que fazem uso de sonda vesical de demora e cateter venoso central, por exemplo. A avaliação realizada leva em consideração a necessidade do paciente em continuar utilizando o dispositivo, para que o mesmo não permaneça invadido por tempo superior ao necessário.

[...] nós realizamos também avaliação dos dispositivos invasivos, então acompanhamos os pacientes que tem sonda vesical de demora, que estão em ventilação mecânica, que tem acesso central, para avaliar diariamente a retirada destes dispositivos (GA1P1).

Ah, outra coisa importante que acaba influenciando também é sempre estar se perguntando se o paciente ainda precisa ficar com o cateter central, então também tentar reduzir o tempo de cateter central. Isso é perguntado diariamente, justificar se precisa ficar e o porquê, então a ideia é sempre tentar tirar o mais breve possível, se precisa de droga, se dá para ser pelo acesso periférico, se precisa do central ainda. Na de infecção urinária é sempre em cima disso, sempre se perguntar se precisa estar com sonda vesical esse paciente, se não dá para tirar e ficar com o uripen, ou ficar sem nada, em paciente que está mais lúcido e consegue pedir para usar a comadre ou o papagaio, então a ideia é sempre tentar desinvadir o quanto antes, além de evitar abrir o sistema, ficar sempre com o sistema fechado, questão da altura da bolsa do solo, enfim, tem várias medidas que a gente acaba seguindo (GA2P19).

Em relação a supervisão das práticas cotidianas, identificou-se que essa atividade é atribuída tanto para a assistência indireta, como para a assistência direta, especificamente aos coordenadores das unidades que fiscalizam e cobram das equipes que as práticas de prevenção de infecções tenham alta adesão, como demonstrado nas falas a seguir:

Então a gente fica tentando monitorar se elas tão devidamente paramentadas, se pro procedimento foi dado o tempo hábil, tem cirurgia aqui que dura dez horas e quero saber se trocaram a luva a cada três horas, por exemplo, como recomenda a literatura... cobro dos residentes, dos médicos muito da postura deles, do uso de touca, de máscara, se higienizam a mão, a gente sempre tá de olho nesse... que a gente sabe que o processo infeccioso é multifatorial, então eu quero saber, eu fico monitorando se o ar condicionado tá sendo limpo mesmo, de uma forma adequada... se o paciente não tá em precaução, em isolamento, enfim... a gente tá sempre de olho em vários elementos ao longo do dia (GA2P07).

Então, essas meninas da Segurança do Paciente e da CCIH fizeram várias etapas de trabalho [de prevenção de IRAS], como por exemplo, incentivar a lavagem das mãos. Então elas passaram olhando, identificando, quantos funcionários lavavam e quantos não, isso é bem presente, a gente tenta sempre orientar para evitar infecção em cateter, em sonda vesical de demora, em cateter central, então sempre tem um protocolo para gente fazer daquele jeito (GA2P11).

A avaliação do cuidado pode ser estratificada em três itens: 1) a busca diária de possíveis falhas, como prescrições de antibioticoterapia com indicação, dosagem, ou tempo de tratamento equivocados; 2) avaliação do uso de dispositivos invasivos e o tempo de permanência destes; 3) supervisão diária das equipes quanto à adesão de práticas seguras de cuidado.

A subcategoria *Elaborando e divulgando indicadores* retrata o gerenciamento da instituição guiada pelos dados coletados. Os participantes relataram quais os indicadores são realizados no hospital, bem como de que forma são feitos os feedbacks sobre as estatísticas dos setores.

Conforme os entrevistados, são realizados cálculos de indicadores de taxa de adesão à higiene das mãos, taxas de infecções relacionadas ao uso de dispositivos invasivos, taxa de infecções de sítio cirúrgico, taxa de uso de antibioticoterapia, indicador de adesão aos protocolos assistenciais via checklist de inserção de dispositivos. Também foi evidenciado que a tratativa destes indicadores é de responsabilidade da assistência indireta, coletando os dados e realizando o gerenciamento deles para as unidades.

Nós realizamos também o cálculo das taxas de infecção, então todos os meses nós calculamos as taxas gerais de infecção, taxa de infecção relacionada a cada dispositivo invasivo, taxa específica de infecção de sítio cirúrgico, taxa de consumo de antibiótico [...] tem os indicadores, também, de adesão aos protocolos, que daí é mais específico, então são os protocolos de uso de sonda, de cateter e de ventilação mecânica, então cada vez que é inserido, por exemplo, uma sonda, eles têm que preencher um checklist. (GA1P01).

A gente trabalha com indicador de higienização das mãos, de uso de dispositivos, de cateter urinário, cateter central, de tubo orotraqueal, de ventilação mecânica, a gente trabalha com o indicativo de uso de álcool para higienização das mãos, de uso de clorexidina para higienização das mãos. Não sou eu que gero, esses indicadores alguns são gerados pela própria CCIH, tem a taxa de utilização de antibióticos, isso tudo elas têm esses dados (GA1P04).

Na verdade, assim, o NUSEP ele controla tudo. Então a gente tem essa comodidade de não precisar fazer cálculo de indicador, por exemplo, porque eles fazem tudo e mandam para gente (GA2P06).

Em relação à análise dos indicadores, os profissionais buscam por explicações que possam estar influenciando os dados encontrados, como déficit nos recursos humanos, prejudicando o dimensionamento de pessoal, e a baixa adesão de higiene de mãos relacionada com o aumento dos indicadores de infecção da unidade.

Por exemplo, higienização das mãos, quando a gente tem uma adesão baixa, a gente observa que tem um número maior de infecções. Quando a gente tem um número reduzido de profissionais, por exemplo, muito atestado, a gente observa também que aumenta, interfere na taxa de infecção. A gente trabalha com bastante indicador e tenta sempre vincular o que que aconteceu naquele período da coleta dos dados que interfere naquele dado que foi coletado. E sempre tem alguma coisa relacionada, porque exemplo, esse mês, a gente teve um aumento na taxa de infecção por KPC na unidade coronariana, muitos pacientes que saíram, saíram com KPC, e o que que a gente teve? Teve muito atestado, reduziu o número de profissionais, e a gente observa que aumenta a taxa de infecção do hospital (GA1P04).

Sobre os feedbacks, não houve consenso entre os entrevistados sobre a regularidade das devolutivas sobre os indicadores. Em determinados setores, principalmente os considerados críticos, os colaboradores recebem mensalmente relatórios dos indicadores das unidades, relacionando-os com os meses anteriores, enquanto outros relataram receber irregularmente os dados que são coletados em sua unidade.

A gente recebe os gráficos mensais, então quantos pacientes foram operados, quantos deram cultura positiva, qual o tipo de antibiótico que entrou, quanto tempo está sendo tratado, tudo em forma de gráfico (GA2P10).

Temos e são essas meninas que fazem esse, o Núcleo de Segurança do Paciente que fazem esse índice, né? De quanto que foi mês passado, de quanto que está esse mês, se aumentou ou diminuiu, o que que aumentou e o que que diminuiu, então elas, todo mês elas passam para gente os índices (GA2P11).

A gente recebe irregularmente. Às vezes recebe, às vezes não recebe e também ninguém cobra, então os indicadores a CCIH tem, mas não divulga como deveria. Acho que deveria ser divulgado regularmente, mensalmente, por exemplo, e a gente não tem recebido, mas quando tem alguma novidade, por exemplo um surto de uma bactéria multirresistente, aí a CCIH “oh, tem um relatório dos últimos três meses, teve tantos casos de infecção por tal agente, então precisa ter maior vigilância nesse sentido, na parte de prevenção”, então é uma coisa meio irregular, não tem uma regularidade desse relatório de controle, mas existe os dados, a CCIH controla isso (GA2P20).

O fluxo de devolutivas passa da assistência indireta para os coordenadores das unidades, que se responsabilizam em passar os indicadores para sua equipe, parabenizando quando há diminuição de infecções, ou incentivando a adesão de medidas de prevenção para melhorar a assistência e não causar danos. Ainda em relação aos indicadores, os dados norteiam e guiam o trabalho que deve ser realizado para tornar a assistência de saúde mais segura.

Sim, mensalmente eles repassavam para mim e para chefe da enfermagem. Então mensalmente eles repassavam esses indicadores para a gente e a gente repassava para a nossa equipe (GA2P17).

Eles costumam me entregar e eu sempre apresento para eles [equipe], se passam por mim, e deixo no mural, sempre bato foto e mando no grupo para dizer “oh, aumentamos isso, diminuimos isso, parabéns aqui, temos que prestar atenção aqui, porque isso aumentou do mês passado pra cá, isso diminuiu”, então eu sempre dou o

resultado pra eles. Mesmo se eles olham ou não olham, mas a maioria olha, então está lá (GA2P11).

A gente tenta trabalhar esses indicadores com eles [assistência direta] e tenta criar estratégias para melhorar, né? Ah, então naquele mês a gente teve mais infecção urinária, então buscar porque que veio mais infecção urinária, o que que a gente pode trabalhar mais, quais são as falhas daquele setor ou da instituição (GA1P02).

A subcategoria *Padronizando as práticas assistenciais* remete a elaboração de protocolos, normas e rotinas para padronizar o cuidado ofertado na instituição, guiados pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

Para a padronização das práticas assistenciais, os profissionais relataram a adesão ao Projeto do Ministério da Saúde “Melhorando a Segurança do Paciente a Larga Escala na UTI”. Esse projeto solicita que os profissionais implementem protocolos específicos, criem grupos de discussão com temas específicos da segurança do paciente, acompanhem os indicadores e cumpram as metas estabelecidas por ele.

[...] como a gente faz parte de um projeto chamado “Melhorando a Segurança do Paciente a Larga Escala na UTI”, é um projeto que é do Ministério da Saúde, um dos tópicos desse projeto que a gente tem que trabalhar é voltado à nossa direção e conversar sobre as falhas, as melhorias, e o projeto, o objetivo dele é diminuir as infecções em 50% (GA1P01).

[...] dentro do projeto, a proposta deles é que a gente formasse times, né? E que cada time trabalhe esses bundles, então dentro do time de infecção urinária, o que que esse grupo de profissionais trabalha: os cuidados com sonda (GA1P03).

Então, isso que eu te falei, assim, no último ano, acho que quase dois anos para cá, eles têm desenvolvido essa atividade do Ministério da Saúde sobre os bundles de prevenção de infecção, que são os bundles do Ministério da Saúde, e daí a gente criou também dentro desse planejamento são feitos os times para planejamento de cada estratégia de prevenção de cada infecção (GA2P06).

Os profissionais destacaram a revisão dos protocolos clínicos, bem como a utilização de checklists para inserção de dispositivos invasivos, padronizando os procedimentos assistenciais.

Um dos motivos de eu estar revisando os protocolos clínicos era justamente para melhorar essa parte infecciosa, então revisar processos que diminuiriam a incidência de infecções, e a gente adotou uma sistemática de fazer uma busca ativa de métodos ou metodologias que poderiam propagar, ou propiciar a infecção, então por exemplo lavagem de mãos, equipamentos de proteção individual e coletiva, revisar angulação de cabeceira, principalmente para os pacientes com maior risco de pneumonia aspirativa, revisar sondas (GA2P17).

Dentro do núcleo de segurança, nosso propósito maior é construir os protocolos e colocar eles para funcionar. Na verdade, o controle de infecção existe para gerir a forma como os setores devem funcionar. Então vai desde protocolo de curativo, de punção venosa, até protocolo de cuidado com sonda, cuidado com acesso central, então são diversos tipos de protocolos (GA1P01).

[...] os checklists de inserção de cateter também para ver quebra de rotina na instalação dos cateteres, tanto para cateter central como para o cateter vesical, então o técnico avalia o enfermeiro na hora da inserção e preenche os campos se foi feito de acordo com a técnica correta, se estava paramentado ou não, e quando o médico insere o cateter central, o enfermeiro ou técnico também fica assinalando e registrando, e mais do que registrar se não fez, é intervir na hora, né? (GA1P03).

Outra padronização do atendimento no serviço permeia o acompanhamento dos pacientes que foram submetidos a cirurgias. Os profissionais relataram que existe um acompanhamento do pós-cirúrgico até a alta e, posteriormente, o paciente é acompanhado pelo ambulatório do hospital, que é responsável por identificar a evolução da ferida operatória, bem como sinais e sintomas de infecções de sítio cirúrgico.

Depois a gente segue acompanhando os pacientes de pós-operatório, que hoje a gente trabalha assim, né? Porque a gente tem uma taxa de infecção de sítio cirúrgico alta, então o trabalho está bem voltado agora para prevenção de infecção de sítio cirúrgico, então todos os pacientes que passaram por uma cirurgia grande, é o enfermeiro da CCIH que vai, que continua o acompanhamento do paciente pós-cirurgia até a alta, e depois linkado no ambulatório também (GA1P02).

[...] esses pacientes retornam no ambulatório, a enfermeira que faz o curativo manda as fotografias dos curativos para nós [CCIH], mediante autorização dos pacientes, para nós termos esse acompanhamento depois que o paciente recebeu alta, e assim saber se a gente está tendo infecção das cirurgias (GA1P01).

A padronização relacionada às medidas de precaução relaciona-se com a busca ativa de pacientes potencialmente colonizados ou infectados por microrganismos multirresistentes, monitorando as admissões hospitalares, e implementando medidas conforme os critérios institucionais.

Então normalmente a gente faz de manhã a busca ativa de pacientes que internam na instituição. Tem eu e uma colega do administrativo, que ela entra, avalia cada prontuário, identifica Pacientes com risco de ser colonizados ou infectados por microrganismo multirresistentes (ex: internação prévia em outro hospital), então ela faz essa busca ativa no prontuário e ela me passa os pacientes que entraram nos critérios de precaução de contato. Então a hora que ela me dá um alerta, “esse paciente é um risco para nossa instituição”, ela me passa e a gente faz umas orientações, de precaução de contato, vai na equipe, coloca alerta no sistema (GA1P02).

Para que ocorra a padronização das normas e rotinas institucionais, faz-se necessário o treinamento e a capacitação dos colaboradores de forma periódica, tanto para relembrar e reforçar, quanto para treinar profissionais novos, como demonstra a fala a seguir:

Depois que os protocolos são elaborados, são realizados treinamentos entre as equipes, né? E, pelo menos anualmente ou semestralmente são feitos treinamentos, porque também, às vezes, tem muita mudança dentro das equipes, entram pessoas novas, né? E... são treinadas pra entenderem como funcionam os protocolos dentro do hospital (GA1P01).

Olha, a pouco tempo, ainda esse ano, a gente fez um treinamento, a CCIH fez um treinamento com todos, abrangeu 99% dos funcionários do centro cirúrgico, acho que

só uma pessoa não foi, e revemos todas as nossas rotinas, mudamos algumas coisas, porque tem registros de infecção de safena, infecção de tórax, e que a gente tenta combater (GA2P10).

Em relação a forma como as capacitações e treinamentos são realizados, os participantes relataram terem preferência pela estratégia de orientação *in loco* em comparação à capacitação em grandes grupos, tendo em vista sua maior efetividade e adesão dos colaboradores.

Então, a gente tem duas formas, a gente faz *in loco*, com pequenos grupos, e essa a gente vê que tem uma adesão maior. Os profissionais se sentem mais envolvidos, e tem algumas que a gente faz no grande grupo, por exemplo, aqui do curativo, é um grande grupo. A gente tem até uma boa adesão dos profissionais, mas o que a gente observa é que quando a gente faz uma capacitação para um número reduzido de profissionais, ela tem um efeito positivo, porque muitas vezes eles vão tirar as dúvidas maiores que eles têm (GA1P04).

Assim, uma vez por ano elas [CCIH e NUSEP] vem *in loco* fazer a capacitação do pessoal, essa é a parte delas, elas vêm, perguntam o que o pessoal tem de demanda, e ano passado foi sobre precaução de contato, que é uma coisa que tem bastante dúvida, porque a gente recebe paciente de fora, daí elas vieram e fizeram uma capacitação (GA2P08).

É importante ressaltar que os treinamentos e capacitações devem ser realizados em turnos distintos, para oportunizar a participação de todos os colaboradores, como reforça a fala a seguir:

Então, normalmente quando a gente faz uma orientação maior, a gente escolhe... o mesmo tema é dado duas vezes. Exemplo: um dia pela manhã e um dia à tarde, pra dar oportunidade pra quem trabalha à tarde vir assistir de manhã, ou vice-versa, e pro pessoal da noite também, né? Já tivemos orientações maiores até no noturno, no turno do noturno, porque eles falam que a gente é um grupo que é menos privilegiado nas orientações. Então a gente vem, faz a orientação no noturno, e vem muita pouca gente (GA1P02).

Quando a gente entrou no projeto [do Ministério da Saúde], essas orientações dos bundles, os cuidados principais de prevenção dessas três infecções, a gente foi em todos os períodos fazer o treinamento, então foi um treinamento *in loco*, um grupo pequeno, orientações manhã, tarde e noite, então não dá para dizer assim “ah, só fazem de dia, não contemplam o nosso horário, não vou fazer por causa disso”, então teve participação do grupo em todos os períodos. Eles “Ah, o pessoal do dia já está falando tal coisa, então é por isso que quando eu passo o plantão ficam reclamando que a cabeceira da cama está baixa”, então tem essa mudança, né? (GA1P03).

Sobre a padronização das ações de prevenção e controle de IRAS, percebe-se a construção conjunta de protocolos e times de discussão como fator contribuinte, bem como a busca ativa de potenciais danos aos pacientes, como a infecção de sítio cirúrgico e a não instituição de medidas de isolamento para proteção dos demais internados. Para que as rotinas e protocolos sejam conhecidos por todos os colaboradores, faz-se necessário utilizar de metodologias de treinamentos e capacitações efetivas, com abordagem *in loco* para sensibilizar

os profissionais de forma mais efetiva, garantindo a padronização da construção conjunta da regulamentação institucional de procedimentos.

Esta subcategoria *Trabalhando de forma interprofissional* abrange as interações entre os colaboradores e entre as unidades prestadoras de serviço. Para tanto, a equipe multiprofissional conta com um time composto pela enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, farmácia e nutrição, e estes se reúnem diariamente para realizar rounds multiprofissionais dentro da UTI.

Então, diretamente são os médicos, mas como é uma gestão conjunta com a enfermagem, dentro da UTI tem uma equipe de enfermagem e de técnicos em enfermagem, e tem fisioterapeutas, no período diurno e noturno, tem fonoaudióloga, uma fono, tem psicóloga que nos dá suporte também, assistente social, que nos dá suporte também, tem nutricionista, então é uma equipe multidisciplinar bem completa, a gente não tem dentista aqui dentro, mas vem de fora quando tem alguma questão pontual, a gente consegue ter um suporte também, quanto a isso a gente é bem completo (GA2P19).

Então, a gente tem os encontros multiprofissionais na UTI, é um exemplo bem claro que é uma equipe que se encontra... farmacêutico, assistente social, nutricionista, psicólogo, médico, para estar conversando em prol daquele doente (GA1P02).

Em relação ao trabalho multiprofissional, são realizados rounds diários na UTI para discussão de casos e planos terapêuticos, utilizando dos conhecimentos de cada área para dar o melhor cuidado possível.

Uma preocupação que eu sempre tive foi de aproveitar o que cada um tem a dar no seu melhor, então se eu estou com um quesito nutricional do meu paciente, meu paciente está desnutrido, meu paciente está com muita diarreia, nada mais justo do que eu chamar a nutricionista do hospital e discutir com ela qual a melhor estratégia para a gente melhorar aquilo. Se eu estou com uma demanda emocional, um paciente mais grave que o familiar está instável emocionalmente, ou com um paciente que está com tempo prolongado de internação e que está emocionalmente mais instável, a gente chama os psicólogos, discutia em conjunto. Então sempre essa postura de discutir em conjunto e tentar tomar uma decisão que seja um denominador comum, às vezes é difícil, mas sempre tento fazer isso (GA2P17).

Além de rounds multiprofissionais, também são realizadas reuniões de alinhamento entre as equipes e com a direção hospitalar para buscar qualificar a assistência mediante os indicadores de infecção, como retrataram os participantes.

Além disso, são feitas reuniões com a direção para devolutiva mensal de infecções e assuntos relacionados na instituição e buscar por mudanças que podem melhorar a qualidade da assistência ofertada (GA1P15).

[...] nós temos um Núcleo de Segurança do Paciente instituído, então todas as coisas, os protocolos que estão sendo feitos e a gente não está alcançando uma, uma qualidade e precisa ser melhorado, a gente discute isso nas reuniões de chefia e traz para os setores, conversa com os enfermeiros, com os técnicos onde a gente precisa melhorar, o que ainda não atingiu uma, um nível de satisfação adequado para qualidade de assistência e segurança do paciente e entre outras coisas né (GA2P05).

Evidenciou-se que a interação entre as equipes acontece de forma periódica, por meio de reuniões ou rounds, onde os profissionais se encontram para discutir não só melhorias institucionais, mas melhorar o cuidado ofertado diariamente, elaborando um plano terapêutico individualizado, com um olhar integral, diário.

Em relação a subcategoria *Utilizando ferramentas de gestão*, destaca-se as ferramentas utilizadas no desenvolvimento das atividades de prevenção e controle de infecções. Os profissionais citaram a comunicação verbal, como reuniões, quanto comunicação escrita, utilizando da tecnologia, como e-mail e aplicativos de mensagens instantâneas, como o Whatsapp.

A participante frisou a comunicação como uma importante atividade de gestão, pois diariamente é necessário se comunicar com os setores, fornecendo orientações para a equipe. Como ferramentas de gestão, a participante citou protocolos, a comunicação como principal aliada, reuniões, treinamentos, Excel para elaboração de planilhas, telefone e aplicativo de mensagens instantâneas (GA1P15).

Eu uso o e-mail para comunicação, o WhatsApp® também para comunicação (GA2P14).

Nós temos reuniões multiprofissionais, que eu faço parte, porque sou convocado para fazer parte dessas reuniões multiprofissionais para discutir melhorias para cada serviço, ou problemas de gestão dos serviços, e aí convocam as chefias para dar sua opinião, sua contribuição, com reuniões periódicas, reuniões mensais (GA2P20).

Sobre ferramentas físicas, os participantes relataram utilizar o Excel para elaboração de planilhas, elaboração de relatórios, prontuário eletrônico, planner, os indicadores, fichas de notificação, protocolos assistenciais, escalas de trabalho, checklists, controles do setor, dimensionamento de pessoal e cronogramas.

Então a gente tinha uma sistemática de quantificar as nossas infecções, a incidência de infecção, então isso a CCIH e o NUSEP faziam mensalmente, eles nos passavam os relatórios em termos do que estava tendo de infecção. A gente instituiu um checklist interdisciplinar, então diariamente a gente passava uma visita multidisciplinar, geralmente no final da manhã, onde a gente revisava vários tópicos, dentre eles tópicos focados em infecção (GA2P17).

Eu uso o Office, planilhas, a minha colega que me apresentou, o planner. Esse planner me ajuda muito na memória, para e não esquecer, então vou riscando o que já aconteceu e o que eu tenho para fazer, tá ali sempre, então eu uso o planner, essa parte me ajuda muito (GA2P07).

A gente tem uma ficha de notificação de evento adverso, né? A partir disso o NUSEP faz investigação e devolve [...] Eu tenho que gerir a escala de uma forma que o funcionário não fique sobrecarregado, por exemplo, entende? Isso é gerir o cuidado, porque numa sobrecarga ele vai diminuir a qualidade do trabalho dele, então eu estou gerindo o cuidado nesse momento, entende? Então para mim isso... cada ação aqui dentro é gestão do cuidado (GA2P06).

A gente tem protocolo, já que a gente é referência em cardiologia, então a gente tem vários protocolos, a gente tem uma pasta com vários POP's (GA2P11).

Foi instituído controles de higiene, de limpeza de ambiente, a gente identifica como um fator importante para prevenção, sai um paciente, passa um álcool na cama e interna outro (GA1P03).

Ferramentas metodológicas também foram citadas pelos profissionais, que relataram ter aprendido a metodologia PDSA com o projeto do Ministério da Saúde. Também foram relatados o uso do 5W2H, Diagrama de Ishikawa, ou espinha de peixe, e o brainstorming.

E daí o que que esse método traz, que é o PDSA, a gente faz pequenas implementações, junto com a equipe, e a gente tenta colocar em prática aquele ponto que foi conversado, que foi discutido, pequenas coisas, pequenas ações, e a gente vê qual é a resposta na prática, pra só então conseguir implementar, né? (GA1P04).

Com o projeto a gente tem aprendido a usar metodologia de PDSA, que é isso, a gente planeja, executa a ação, estuda se aquilo deu certo ou não e vê se vai implementar, se vai abandonar, se vai adotar aquela estratégia. Antes da gente estar envolvidos no projeto, a gente não usava espinha de peixe, já tinha ouvido falar, mas na prática não é assim, metodologicamente falando, não estão todos os passos descritos... a gente vai agindo de forma meio empírica, mas no projeto a gente tem aprendido mais a usar essa metodologia, e tem se firmado e propagado para o restante do hospital também, para as nossas necessidades fora do projeto (GA1P02).

Como ferramentas de gestão, o participante citou protocolos, a utilização de planilhas no Excel, a ferramenta 5W2H, além da utilização de protocolos (GA1P15).

A gente teve um curso recentemente que até foi oferecido por esse sistema que a gente está fazendo aqui, e lá eles deram várias ferramentas de como a gente pode avaliar o aspecto que a gente quiser, tanto ferramentas de brainstorming para tentar melhorar algum aspecto, e da parte estatística a gente acaba usando coisas simples, como o Excel, não tem nada muito mais abrangente, digamos assim (GA2P19).

Diante dos resultados, podemos estratificar as ferramentas citadas pelos participantes três formas: comunicacionais, retratando as formas de comunicação verbal e escrita entre os profissionais; ferramentas físicas, utilizadas para facilitar o trabalho desenvolvido, e; metodológicas, as quais oferecem a possibilidade de orientar as formas de trabalho, como planejamento do trabalho em si.

A terceira categoria, *Consequências*, retrata os resultados previstos ou reais que acontecem perante as *Ações-interações* desenvolvidas. Diante disso, surgiu a subcategoria *Desenvolvendo melhorias a partir de indicadores e percebendo seus efeitos positivos*, buscando apresentar em como os indicadores norteiam as atividades diárias dos participantes, auxiliando na mudança de processos e evidenciando a prioridade do momento, mas nunca esquecendo que o produto final é a assistência ofertada ao paciente, e que o cuidado deve ser centrado para ele.

Então o indicador, ele me ajuda a voltar a se preocupar, a gente não pode relaxar e o indicador me ajuda nisso, é como se fosse um termômetro, uma febre, algo está errado e o indicador começa a aumentar [...] Só queria deixar registrado que a partir do momento que se tem um processo organizado e para ter o processo organizado a gente precisa ter dados, é chato, né? Mas tem que ter dados, tem que ter números para a

gente ver onde que o processo não estar acontecendo de uma forma adequada, e nisso a gente vai melhorando o processo lá na ponta final, que é assistencial e que é o paciente, né? Então acho importante a gestão, é importante ter um serviço organizado (GA2P07).

Não adianta só ficar tocando o dia-a-dia sem saber que o que a gente está fazendo realmente é benéfico para o paciente, e para a população como um todo, se a instituição realmente está sendo efetiva ou se está fora da curva em relação aos riscos para o paciente (GA2P19).

Diante do desenvolvimento de ações de prevenção e controle de IRAS, os profissionais relataram de que forma suas atividades podem impactar na assistência ofertada aos pacientes e em melhorias corporativas, como diminuição de custos e diminuição do tempo de internação. Também relataram em como é gratificante poder atender o paciente, tratar a patologia inicial, e não causar mais danos decorrentes da assistência, bem como ter o poder de transformação. Contudo, ressaltam que não é um trabalho rápido, mas que necessita de dedicação e insistência.

A primeira coisa é a redução das taxas de infecção, né? Se eu tenho a redução da taxa de infecção, eu tenho redução de custos, redução no consumo de antibióticos, redução de bactérias multirresistentes, tenho melhoria dos processos hospitalares, né? E isso vai desde o processo de limpeza de rotina que eu faço no hospital, até o processo de esterilização de materiais, processo de transporte de pacientes, tudo isso a gente consegue trazer uma adequação melhor, né? Com o controle de infecção (GA1P01).

Se a gente conseguir diminuir a infecção, tu internar aqui dentro da instituição, tu corrigir o teu problema, que tu veio por um infarto, tu corrigir o teu problema, e tu não ter nenhuma infecção, não trazer nenhum dano à você, esse é o nosso maior objetivo aqui dentro, né? A gente luta para isso. Então quando a gente identifica que diminuiu as infecções, diminuiu os eventos adversos, como eu falo muito disso... de trabalhar muito com o núcleo de segurança, a gente trabalha queda, úlcera, como a gente pega aquele indicador alto, “oh, esse mês a gente teve tantas infecções, tanta úlcera”, e no mês seguinte diminuiu, isso é... meu Deus, é um prêmio pra todo mundo, né? [...] Eu acredito que de positivo é isso, é ter o poder de transformar (GA1P02).

Então, talvez a gente quer ser imediatista, né? O que a gente está plantando hoje, as orientações que a gente está fazendo hoje, quer que no mês seguinte não tenha mais nada, né? Então a gente sofre com isso, mas ao mesmo tempo dizer que a gente não teve nenhuma infecção, eu acho que alguém escutou alguma coisa, né? (GA1P02).

Além disso, os profissionais relatam que o trabalho para prevenção e controle de IRAS, guiado pela assistência indireta, necessita de construção de apoio entre ambas prestadoras do cuidado. Isso torna-se evidenciado nas próximas transcrições de falas sobre a dinâmica entre a assistência direta e indireta.

A última subcategoria, *Construindo relações de apoio interprofissional*, demonstra a dinâmica entre a assistência direta e indireta, onde se estabelecem relações de apoio para o desenvolvimento das atividades de prevenção e controle de IRAS, sendo a CCIH, Núcleo de

Segurança, ou Qualidade, os setores de referência dos profissionais que atuam na ponta. Também foi relatada a dinâmica de dependência entre os setores para prestar o cuidado.

E eles sempre buscam muito a gente, assim... eles sempre ligam para nós para pedir orientação, né? Por contato telefônico, ou pedem para gente ir nos setores para ver algum problema junto a eles, ajudar a conseguir coisas junto a direção, então isso tem acontecido atualmente (GA1P01).

Uma grande parceria que a gente tem é o Núcleo de Segurança do Paciente, né? Então como eles também tem esse foco, de melhorar a assistência, de melhorar os processos, a gente trabalha bem em parceria, assim... então a gente define junto algumas ações e tenta colocar para os setores (GA1P02).

“Como que tu achas que faz isso daqui? E porque que está sendo feito desse jeito? ”. Então são esses questionamentos, não é para outros, é para quem eles acreditam quem vai dar a resposta correta, né? Se sentem seguros. Várias vezes a gente atende ligação, “ah, está acontecendo tal coisa, como que é mesmo? Onde é que está tal protocolo que eu quero ler e quero saber (GA1P03).

Então tem um movimento assim e eu acho que elas [assistência indireta] são bem participativas, de nos apoiarem aqui na assistência (GA2P05).

Isso é uma coisa também que melhorou muito depois da implementação desse programa. Um começou a entender que um depende do outro, sabe? Pro trabalho ficar bem feito, então melhorou muito (GA2P06).

Cara, preciso muito deles [CCIH e NUSEP]. Muito deles, mesmo. Eles são um suporte, me são um suporte na assistência, eu até estou com um informativo aqui que me entregaram hoje dos dados daqui, né? Por esse informativo que eu já sei onde está o meu furo e seu tenho que caprichar para corrigir, né? Eu sempre recorro a eles, olha, dia sim, dia não eu estou ligando para eles, seja pensando na segurança do paciente, alguma conduta, alguma atitude, seja pensando que algum material não foi devidamente qualificado ou não está sendo adequado para uso, tentando me acertar com eles no sentido deles me fornecerem informações que me ajudem aqui na minha lida diária (GA2P07).

O Serviço de Controle de Infecção sozinho não existe. Tem que ter apoio, todos eles estão envolvidos diariamente e diretamente com o nosso trabalho, se não é um trabalho perdido, né? (GA1P01).

Diante das falas, percebe-se que a assistência indireta serve como rede de apoio para os profissionais da ponta, da mesma forma que acontece a situação inversa, onde a assistência indireta não acontece sozinha e não transforma o cuidado em um cuidado seguro e de qualidade.

A partir dos resultados, o referencial metodológico propõe a elaboração de um modelo teórico explicativo, o qual represente a integração e movimento das categorias elaboradas. Dessa forma, elaborou-se a modelo a seguir, pelo qual buscou-se representar os profissionais de saúde, que são corresponsáveis ações de pela prevenção e controle de IRAS. Ao centro, consta o fenômeno e, ao redor, a representação de pessoas, integradas, pensando nas condições,

ações-interações, e consequências, situadas dentro do contexto de prevenção e controle de IRAS no âmbito hospitalar.

Figura 9. Modelo Teórico Explicativo do Fenômeno Compreendendo a corresponsabilização das ações gerenciais como caminhos para uma assistência de saúde de qualidade.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

DISCUSSÃO

A partir das análises, o fenômeno *Compreendendo a corresponsabilização das ações gerenciais como caminhos para uma assistência de qualidade* permite o entendimento das atividades de prevenção e controle de IRAS como coletiva, onde a assistência indireta e direta

devem caminhar juntas para garantir a oferta do cuidado seguro e de qualidade. Para tanto, os profissionais relataram estar *Trabalhando com realidades distintas*, com equipes resistentes ou acessíveis perante a necessidade de mudanças, bem como vivenciando fragilidades que perpassam pela infraestrutura, necessidades de recursos humanos e de valorização profissional, e ainda oportunidades de melhorias na concretização da cultura de segurança. Contudo, os profissionais ainda permanecem *Vislumbrando os resultados de um trabalho em conjunto*, evidenciando as melhorias e os efeitos positivos de suas atividades, assim como a construção das relações de apoio interprofissionais.

Diante dos resultados, evidenciaram-se diferentes formas de colaboração das equipes mediante as atividades de prevenção e controle de IRAS. Em relação à resistência de mudanças comportamentais, pode-se associar a cultura organizacional da instituição, que ainda caminha para a consolidação da cultura de segurança. Em estudo, descreve-se que ao iniciar o processo de mudanças, os profissionais atuam de determinada forma, possuindo crenças enraizadas e, ao aplicar a movimentação de mudança, comportamentos negativos podem ser observados. As lideranças possuem um papel fundamental neste processo, dando suporte à equipe, incentivando e direcionando para a compreensão efetiva do porquê aderir às mudanças. Outro processo chave para facilitar a transição de crenças enraizadas para novas rotinas é a comunicação realizada em momentos oportunos, de forma frequente, e buscando reduzir as ansiedades perante o processo de mudança (SILVA *et al.*, 2017).

Em estudo de revisão integrativa realizada sobre a adesão às medidas de precaução, os motivos pelos quais os profissionais não aderem as práticas estão relacionados com fragilidades no dimensionamento de pessoal e no investimento das condições de trabalho (PORTO; MARZIALE, 2016), situações estas vivenciadas pelos profissionais participantes deste estudo. A infraestrutura e as condições de trabalho influenciam no processo de prevenção e controle de IRAS, sendo que dados da Organização Mundial da Saúde indicam que instituições que possuem infraestrutura adequada e recursos materiais e organizacionais, mantêm a taxa de higienização das mãos maior que 60% (DE CASTRO; RODRIGUES, 2018).

Os participantes apontaram a realização de auditorias para avaliação das práticas de saúde, entre elas, o indicador de taxa de adesão à higiene das mãos, sendo esta considerada uma das atividades mais importantes e econômicas para prevenção de IRAS, contudo, ainda é uma prática que possui fragilidades em sua adesão, necessitando de controle e incentivos periódicos através da auditoria (SCHERER *et al.*, 2017). A auditoria de dispositivos também foi citada, e os lembretes diários sobre a necessidade da continuidade no uso de dispositivos invasivos é outra estratégia de prevenção, pois o tempo prolongado de permanência de cateteres também

está associado à ocorrência de infecções relacionadas à assistência (SINÉSIO *et al.*, 2018). Em relação às auditorias de prescrições medicamentosas realizadas por um profissional infectologista gera oportunidades de melhorias institucionais quanto à qualidade das prescrições de antimicrobianos, bem como o uso racional deste medicamento, auxiliando na prevenção da disseminação de bactérias multirresistentes (SANTOS, LILIA QUELE, 2019).

Dessa forma, percebem-se os esforços das equipes em avaliar periodicamente as práticas assistenciais de saúde. Outra forma de avaliação e controle é o uso dos indicadores, os quais fornecem a oportunidade de mensuração das práticas assistenciais, sendo considerados ferramentas de uso contínuo para avaliação e construção de melhorias (GIROTI *et al.*, 2018). A prática de desenvolvimento de indicadores oferece as informações necessárias para definir as ações prioritárias de intervenções, fundamentando a partir de evidências a necessidade de ações para melhoria da qualidade da assistência ofertada na instituição (FERREIRA *et al.*, 2019). Além disso, os indicadores devem ser analisados concomitantemente com as condições de trabalho e com a disponibilidade de recursos humanos, tendo em vista que estes fatores contribuem para os resultados positivos ou negativos dos dados coletados, gerando evidências de necessidades de adequações de fluxos e quadro de pessoal. Ressalta-se ainda que os indicadores não devem permanecer apenas com os gestores, mas as equipes assistenciais também devem receber devolutivas periódicas sobre os mesmos (QUADROS *et al.*, 2016).

Em relação à construção e utilização de protocolos assistenciais, estes consolidam-se como ferramentas de direcionamento das ações diárias, sistematizando e qualificando a assistência ofertada ao paciente, pautada na segurança do paciente, e com o objetivo de diminuir os eventos adversos, como as infecções. Contudo, em estudo foram evidenciadas dificuldades para a utilização e adesão aos protocolos, normas e rotinas institucionais, inferindo a necessidade de melhor estruturação e divulgação destes para disseminação do conhecimento sobre práticas padronizadas e seguras (CARDOSO; OLIVEIRA; TORRES, 2018). Em relação ao uso de *checklists* para inserção de dispositivos invasivos, esta ferramenta estruturada abrange os passos que devem ser seguidos para garantir um cuidado seguro e de qualidade, além de permitir a observação sistemática do cuidado, melhorando a comunicação e a diminuição da ocorrência de falhas ocasionadas por omissão (CARDOSO *et al.*, 2019).

Além da construção e implementação de protocolos, as capacitações e treinamentos para a utilização dos mesmos se faz necessária, pois guias escritos não descartam a necessidade de orientações verbais sobre como realizar determinada prática. Dessa forma, entende-se a importância de estratégias de capacitações que atendam as especificidades de cada protocolo institucional (CARDOSO *et al.*, 2019). A educação permanente configura-se como a

aprendizagem no trabalho, pautada nas possibilidades de transformação das práticas assistenciais, embasada em problemas e experiências cotidianas, considerando suas necessidades para modificar não só as práticas profissionais, mas também a organização institucional (KOERICH; ERDMANN, 2016). O uso de metodologias ativas e a modalidade de treinamentos *in loco* mostram-se mais eficazes na literatura, devido à maior adesão dos profissionais, diminuição de horas extras para treinamentos, bem como a diminuindo demissões por inabilidades técnicas e comportamentais. Os treinamentos proporcionam ao profissional o conhecimento de como realizar de forma adequada o seu trabalho, bem como a oportunidade de crescimento técnico-científico, estimulando as discussões acerca das técnicas e procedimentos padrões realizados diariamente (GARCIA *et al.*, 2019).

Em relação a atuação multiprofissional citada pelos participantes, destaca-se que as visitas, ou rounds, multiprofissionais em UTI. Esta prática está associada com a diminuição dos indicadores de mortalidade neste ambiente, bem como redução dos níveis de infecção. Além disso, o processo de visitas diárias não acarreta em custos adicionais à instituição, tendo em vistas que todos os profissionais que participam do round fazem parte do corpo clínico do hospital (DE CARVALHO *et al.*, 2019). Além disso, a implementação de visitas multiprofissionais promove o desenvolvimento da cultura de segurança, promovem a oportunidade de aferir e qualificar o cuidado em saúde ofertado ao paciente e, sensibilizam as equipes quanto a importância e necessidade da realização de práticas individualizadas para resultados positivos no cuidado (ADORNO *et al.*, 2018).

A identificação das relações de apoio citadas pelos participantes infere a diminuição crescente da distância entre os profissionais que atuam na assistência. Em estudo sobre visitas multiprofissionais em UTI, foi realizada uma ação de inclusão da alta gestão nestas visitas. Como resultados, o distanciamento entre a operação e a gestão foram decrescendo a medida do tempo, e as ações de segurança do paciente deixaram de ser centralizadas em reuniões colegiadas ou em decisões entre as equipes da ponta (ADORNO *et al.*, 2018). Dessa forma, compreende-se que a responsabilidade da execução das ações de segurança do paciente, ou no controle e prevenção de IRAS, é compartilhada, tendo em vista que os dados encontrados nos indicadores institucionais são resultados das atividades conjuntas da assistência.

Como limitações do estudo, destaca-se a compreensão de como ocorrem as ações gerenciais para prevenção e controle de IRAS de apenas um contexto. Outra limitação refere-se ao fato de uma das instituições pesquisadas não permitir a gravação das entrevistas em áudio, o que pode ocasionar a perda de dados no processo de coleta de dados. Por ser um fenômeno complexo e que envolve os mais diversos fatores humanos e sociais, sugere-se a necessidade

de novos estudos abordando a temática em outros contextos, tendo a finalidade de ampliar as compreensões acerca da temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo, conclui-se que as ações gerenciais desenvolvidas para a prevenção e controle de IRAS ocorrem de forma interprofissional, perpassam as auditorias das práticas assistenciais, pela elaboração e uso de indicadores e protocolos, treinamentos e capacitações, bem como a comunicação verbal e escrita. As ferramentas de gestão utilizadas podem ser classificadas em comunicacionais, físicas e metodológicas, todas colaborando para a padronização das atividades realizadas cotidianamente.

Os resultados do trabalho multiprofissional e intersetorial fazem com o que as taxas de infecção diminuam, bem como os indicadores protetores de infecções aumentem, como a taxa de higiene das mãos e uso de álcool em gel. A partir do estabelecimento de relações de apoio entre a assistência, estabelece-se o equilíbrio entre o fazer certo e o fazer seguro, guiado pelas evidências e características institucionais fornecidas pelos dados estatísticos coletados. Também se destaca que ambas devem ser corresponsáveis pelo desenvolvimento das atividades de prevenção e controle de IRAS, pois os resultados são frutos do trabalho em conjunto, fornecendo ao paciente um cuidado mais seguro e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ADORNO, José *et al.* Ronda Multidisciplinar Tática e Operacional focada na Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente com participação efetiva da alta gestão - Dia D da Segurança do Paciente. **Com. Ciências Saúde**, v. 29, n. 1, p. 30–33, 2018. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/159>>. Acesso em: 18 jan 2020.

CARDOSO, Adriana Serdotte Freitas *et al.* Elaboração e validação de checklist para administração de medicamentos para pacientes em protocolos de pesquisa. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180311>>. Acesso em: 18 jan 2020.

CARDOSO, Franciéle de Ávila Boeira; OLIVEIRA, Maria Cícilia Fernandes; TORRES, Lilian Machado. Protocolos de segurança do paciente na unidade de queimados : percepções da equipe de enfermagem. **Rev Bras Queimaduras**, v. 17, n. 2, p. 100–106, 2018. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/436/pt-BR>>. Acesso em: 18 jan 2020.

CORBIN, J. M.; STRAUSS, ANSELM C. **Basics of Qualitative Research: Techniques**

and Procedures for Developing Grounded Theory. 4. ed. California: Sage Publications, 2015.

DE ANDRADE, Lilian Silva *et al.* “Bundle” de Prevenção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 112, n. 6, p. 769–774, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190070>>. Acesso em: 18 jan 2020.

DE CARVALHO, Alexandre Guilherme Ribeiro *et al.* Quality assessment of adult intensive care services: Application of a tool adjusted to the reality of low-income countries. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, n. 2, p. 138–146, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n2/0103-507X-rbti-20190031-suppl1-en.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2020.

DE CASTRO, Alaíde Francisca; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Infrastructure and hand hygiene compliance indicators in an Intensive Care Unit. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, p. 1–12, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.40930>>. Acesso em: 18 jan 2020.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz *et al.* Avaliação dos padrões de qualidade da assistência de enfermagem com indicadores de processo. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.62411>>. Acesso em: 18 jan 2020.

GARCIA, Cledir Tania Franca *et al.* Uso de metodologias ativas como prática para educação continuada em enfermagem em uma organização hospitalar. **6º Congresso Internacional em Saúde**, n. 6, p. 1–15, 2019.

GIROTI, Alessandra Lyrio Barbosa *et al.* Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 1–7, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017039903364>>. Acesso em: 10 dez 2019.

GOMES, Regina Kelly Guimarães *et al.* Segurança do paciente : higienização das mãos na assistência à saúde pela equipe de enfermagem. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 2, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25191/recs.v2i2.2165>>. Acesso em: 11 dez 2019.

JÚNIOR, Francisco Alves Lima *et al.* Implantação do núcleo de segurança do paciente: ações de capacitação e desenvolvimento institucional. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 8, p. e548, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e548.2019>>. Acesso em: 11 dez 2019.

KOERICH, Cintia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 872–880, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0032>>. Acesso em: 11 dez 2019.

PORTO, Janete Silva; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Reasons and consequences of low

adherence to standard precautions by the nursing team. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 37, n. 2, p. e57395, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>>. Acesso em: 11 dez 2019.

QUADROS, Deise Vacario De *et al.* Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 684–690, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690410i>>. Acesso em: 10 dez 2019.

SANTOS, Ariele Alves Dos. Serviço de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde: um olhar da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 3, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/2446-5739.2017.v3.3915>>. Acesso em: 11 dez 2019.

SANTOS, Lilia Quele. Rational use of antimicrobials in the hospital environment. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 15, n. 2, p. 122–132, 2019. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/biofarm/article/view/4762>>. Acesso em: 11 dez 2019.

SCHERER, Juliane De Souza *et al.* Higienização das Mãos: Adesão dos Profissionais Antes e Após Programa de Capacitação. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 2, p. 126, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n2p126-129>>. Acesso em: 11 dez 2019.

SILVA, Leandro Vedovato Da *et al.* Análise dos Principais Fatores Observados em Mudanças Organizacionais : Uma Revisão da Literatura. **Vi Singep**, p. 16, 2017. Disponível em: <<https://singep.org.br/6singep/resultado/8.pdf>>. Acesso em: 11 dez 2019.

SINÉSIO, Marcia Cardoso Teixeira *et al.* Fatores De Risco Às Infecções Relacionadas À Assistência Em Unidades De Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53826>>. Acesso em: 12 dez 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar as principais estratégias desenvolvidas para a prevenção e controle de infecções, sendo elas: padronização das práticas de saúde, onde os artigos abordaram protocolos, normas, rotinas e *bundles*; higiene do ambiente, referindo-se as formas de limpeza de ambientes e materiais utilizados na oferta da assistência; programas de segurança, os quais englobavam estratégias de prevenção e controle de infecções de modo geral; higiene de mãos, focando na eficácia, adesão e monitoramento da higiene das mãos; habilidades e competências para prevenção de IRAS, abordando temas como governança e liderança e; treinamentos como estratégia para redução de infecções. A revisão de literatura proporcionou a identificação de um déficit de publicações de abordagem qualitativa, bem como o novo direcionamento da temática para estudos que abordem os programas de segurança, englobando as estratégias de prevenção e controle de IRAS.

Em relação aos achados da pesquisa qualitativa de base empírica, evidenciou-se que as estratégias encontradas na revisão integrativa da literatura são utilizadas pelos profissionais entrevistados, oportunizando a complementação entre os estudos. Ainda, essa possibilitou a compreensão de como ocorrem as ações gerenciais desenvolvidas para prevenção e controle de IRAS, perpassando pelas ações realizadas com diferentes formas de colaboração entre as equipes e fragilidades encontradas no cotidiano, descritas na categoria *Trabalhando com realidades distintas*. A categoria *Desenvolvendo atividades de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência de saúde* apresenta as ações desenvolvidas em si, descrevendo o uso de indicadores, a avaliação do cuidado ofertado pela assistência direta, o trabalho multiprofissional e interprofissional, a padronização das práticas assistenciais, a busca pela qualidade, a qualificação dos profissionais, e as ferramentas de gestão comunicacionais, físicas e metodológicas. Na última categoria, *Vislumbrando os resultados de um trabalho em conjunto*, evidenciou-se como as ações desenvolvidas oportunizam melhorias e efeitos positivos quanto aos indicadores de infecções, bem como são construídas relações de apoio entre a assistência. Como produto final, tem-se o fenômeno *Compreendendo a corresponsabilização das ações de prevenção e controle de infecções como caminhos para uma assistência de saúde de qualidade*, o qual representa a prática das ações realizada de forma conjunta, no qual a assistência direta apoia-se na assistência indireta e vice-versa, para a construção e oferta de um trabalho seguro e de qualidade.

As ações gerenciais de prevenção e controle das IRAS foram compreendidas como um fenômeno coletivo, no qual a corresponsabilização por estas ações permeia a efetividade da

assistência ofertada. Os comportamentos das equipes de saúde frente as fragilidades estruturais e humanas, bem como às necessidades de mudança, influenciam na construção da relação de apoio entre assistência direta e indireta e, na própria efetividade das ações de segurança do paciente. O compartilhamento de responsabilidades entre profissionais, e as ações de prevenção e controle das IRAS advindas dessa postura, influenciam na promoção de um cuidado mais seguro e de qualidade para o paciente.

Como limitações deste estudo, destaca-se a realização de uma pesquisa com um fenômeno complexo realizada em curto período de tempo em apenas um contexto regional. Destaca-se a necessidade de novos estudos em outros contextos, bem como estudos qualitativos que busquem identificar novas estratégias para prevenção e controle de IRAS. Este estudo fornece subsídios para os profissionais que atuam direta ou indiretamente com a temática, a fim de fornecer conhecimento acerca das estratégias implementadas no contexto, assim como o reconhecimento de que as ações são resultados de um trabalho realizado por equipes corresponsáveis pelo cuidado seguro e de qualidade ofertado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Débora Cristina Ignácio; LACERDA, Rúbia Aparecida. Avaliação de Programas de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde de Hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 65-73, 2015. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/109528>>. Acesso em: 02 nov. 2018.
- ALVES, Eduardo André Viana. Análise normativa dos comitês de investigação de óbitos, de controle de infecção e sua interface com a segurança do paciente em organizações complexas. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, [s.l.], v. 4, n. 4, p.90-104, 17 dez. 2015. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v4i4.222>>. Acesso em: 03 nov. 2018.
- ALVES, Michelly de Melo et al. O Controle de Infecção Hospitalar como indicador para Qualidade no Serviço de Saúde. **Blucher Education Proceedings**, v. 2, n. 1, p. 158-172, 2017. Disponível em: <<http://pdf.blucher.com.br.s3-as-east-1.amazonaws.com/educationproceedings/sma2016/014.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 161-172, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n1/161-172/pt/>>. Acesso em: 02 nov. 2018.
- ARAGÃO, Otávia Casimiro et al. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. **Espaço Para A Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 2, p.66-74, 29 dez. 2016. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - INESCO. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p66>>. Acesso em: 02 nov. 2018.
- AZEVEDO, Kely Cristina Carneiro de et al. Implantação do núcleo de segurança do paciente em um serviço de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 12, p. 4692-4695, 2016. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30201&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30 out. 2018.
- BARBOSA, Maria Emilia Marcondes; SIQUEIRA, Denise de Carvalho de; MANTOVANI, Maria de Fátima. Controle de infecção hospitalar no Paraná: Facilidades e dificuldades do enfermeiro. **Revista SOBECC**, v. 17, n. 3, p. 50-59, 2012. Disponível em: <<http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/Arquivos/artigos/2.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- BERSSANETI, Fernando Tobal et al. Existe uma relação entre os programas de acreditação e os modelos de excelência organizacional?. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 650-657, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361047445016/>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.218, de 14 de agosto de 2012. Institui na Anvisa a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CNCIRAS). Brasília. **Diário Oficial da União**, 2000. Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/portaria-n-1218-de>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC N° 48, de 2 de junho de 2000. Estabelece a sistemática para a avaliação do cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília. **Diário Oficial da União**, 2000. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-48-2000>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016-2020)**. Brasília. Anvisa. 2016a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**, 2016b. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Lei n° 9.431 de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. **Diário Oficial da União**, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19431.htm>. Acesso em: 05 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.254, de 05 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Brasília. **Diário Oficial da União**, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254_05_08_2010.html>. Acesso em 01 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. Brasília. **Diário Oficial da União**, 2013a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/nucleo-hospitalar-de-epidemiologia/nhe_portaria25292004.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.616 de 12 de maio de 1998. Institui o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH). Brasília. **Diário Oficial da União**, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>. Acesso em: 28 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília. **Diário Oficial da União**, 2013a.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 30 out. 2018.

_____. Ministério da saúde. RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013b. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2013b. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em 30 out. 2018.

CALDANA, Graziela et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, Set. 2015.

Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1441>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CARTER, K. Codell; CARTER, Barbara R. **Childbed fever: a scientific biography of Ignaz Semmelweis**. Routledge, 2017.

CARVALHO, Ana Sofia et al. Estudo Prospectivo de Colonização por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina um Serviço de Medicina Interna: População, Factores de Risco e Implicações. **Medicina Interna**, v. 24, n. 3, p. 208-216, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2017000300007>. Acesso em: 30 out. 2018.

CARVALHO, Vanessa Moura et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 1-11, 2015. Disponível em:

<<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/596>>. Acesso em 31 out. 2018.

CORBIN, J. M.; STRAUSS, ANSELM C. **Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory**. 4. ed. California: Sage Publications, 2015.

CORREA, Maria Eduarda Gouveia et al. Mecanismo de agressão e defesa e sua correlação com a comissão de controle de infecção hospitalar. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 2, n. 1, p. 57-62, 2017. Disponível em:

<<http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/202>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

DE ANDRADE, Lilian Silva et al. “Bundle” de Prevenção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Cardíaca. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, **Arq. Bras. Cardiol**, v. 112, n. 6, p. 769–774, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190070>>. Acesso em: 11 dez 2019.

DHAR, Sorabh et al. Building a Successful Infection Prevention Program. **Infectious Disease Clinics Of North America**, v. 30, n. 3, p.567-589, set. 2016. Elsevier BV. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2016.04.009>>. Acesso em: 31 out. 2018.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988p. ISBN 9788536309941.

SANTOS, José Luís Guedes et al. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03303-e03303, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>>. Acesso em: 29 fev. 2020

DUTRA, Gelson Garcia et al. Nosocomial infection control: role of the nurse. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.2159-2168, 1 jan. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2159-2168>. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750945033/>>. Acesso em: 02 nov. 2018

ESCOSTEGUY, Claudia Caminha; PEREIRA, Alessandra Gonçalves Lisbôa; MEDRONHO, Roberto de Andrade. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3365-3379, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017001003365&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 02 nov. 2018.

FERMO, Vivian Costa et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1139-1146, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000601139&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 30 out. 2018.

GASPARY, Lisiane Valdez; MORGADO; Gisele de Oliveira, SANTOS, Adriana Pires dos. Implantação da gestão de risco e disseminação da cultura de segurança: desafios de um hospital público. **Revista Acreditação: ACRED**, v. 7, n. 13, p. 60-76, 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130785>>. Acesso em: 01 nov. 2018. GIROTI, Alessandra Lyrio Barbosa et al. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100437&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 03 nov. 2018.

GOMES, Regina Kelly Guimarães et al. SEGURANÇA DO PACIENTE: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 2, n. 2, p. 69-75, 2017. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/2165>>. Acesso em 31 out. 2018.

GOULD, D. J.; GALLAGHER, R.; ALLEN, D. Leadership and management for infection prevention and control: what do we have and what do we need? **Journal of Hospital Infection**, v. 94, n. 2, p. 165–168, 2016. Disponível em: <[https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(16\)30254-7/abstract](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(16)30254-7/abstract)>. Acesso em: 30 out. 2018.

GUIMARÃES, Maria do Socorro Oliveira. **Avaliação da Implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado do Piauí**. 2017. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde e Comunidade, Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Piauí,

Teresina, 2017. Disponível em:

<<http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/913/TCC%20final%20do%20mestrado.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 out. 2018.

LAMBLET, Luiz Carlos Ribeiro; PADOVEZE, Maria Clara. Comissões de Controle de Infecção Hospitalar: perspectiva de ações do Conselho Regional de Enfermagem. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário**, v. 7, n. 1, p. 29-42, 2018. Disponível em:

<<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/42>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

LIMA, Jamilly Lorrany dos Santos et al. Identificação e susceptibilidade de microrganismo proveniente de uma unidade hospitalar pública. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em:

<<http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/1242/1009>>. Acesso em: 28 out. 2018.

LOPES, Juliane Lucy da Silva. **Cultura Organizacional e Gestão da Qualidade em Saúde: uma perspectiva hospitalar**. 2018. 31 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em:

<<http://bdm.unb.br/handle/10483/20563>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MACIEL, A.L.P. et al. Barriers to investigating and reporting nosocomial outbreaks to health authorities in São Paulo, Brazil: a mixed methods approach. **Journal of Hospital Infection**, v. 94, n. 4, p. 330–337, 2016. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019567011630216X?via%3Dihub>>.

Acesso em: 01 nov. 2018.

MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Esc Anna Nery**, v. 3, n. 19, p.518-524, 2015. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127741627018.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; PAULA, Adriana Oliveira de. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 217-225, 2013. Disponível em: <

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; SILVA, Cristiane Pavanello Rodrigues; LACERDA, Rúbia Aparecida. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

OLIVEIRA, Luana Souza et al. Indicadores de qualidade nos serviços de urgência hospitalar. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v. 4, n. 3, p. 173, 2018. Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5177>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

OLIVEIRA, Robson Wilson et al. Importância da Enfermagem na Antibioticoterapia do Paciente Portador de Infecções por Bactérias Multirresistentes: uma Revisão Integrativa.

In: **Congresso Internacional de Enfermagem**, v.1, n.1, p. 1-4, 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5751/2181>>. Acesso em: 02 nov. 2018

PADOVEZE, Maria Clara; FORTALEZA, Carlos Magno Castelo Branco. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p.995-1001, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004825>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

PAES, Ana Raquel Mesquita et al. Estudo epidemiológico de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. enferm. UFPI**, v. 3, n. 4, p. 10-17, 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30792&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. **Guia de Implantação e Monitoramento de Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar**. Dezembro, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ManualVEHPRrevisado23122015_final.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

PAULA, Adriana Oliveira de. **Impacto da estratégia multimodal na adesão a higiene de mãos entre a equipe multiprofissional**. 2015. 132 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-A77EQD/tese_adriana_oliveira_de_paula_2015.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 nov. 2018.

PETERS, M. D. J. et al. Methodology for JBI Scoping Reviews. **Joanna Briggs Insitute**, v. 53, n. 9, p. 0–24, 2015. Disponível em: <www.joannabriggs.org>. Acesso em: 30 out. 2018.

RENNÓ, Clara de Oliveira; RAMIREZ, Sonia; FIAD, Aneliese. Análise da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente na rede hospitalar do município do Rio de Janeiro. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 07-15, 2018. Disponível em: <<http://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/view/415>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

RESENDE, J. A. et al. Infecções do Trato Urinário de Origem Hospitalar e Comunitária: revisão dos principais micro-organismos causadores e perfil de susceptibilidade. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. 1, n. 1, p. 55–62, 2016. Disponível em: <<http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/84/151>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

RIBEIRO, M.; CORTINA, M. A. As principais bactérias de importância clínica e os mecanismos de resistência no contexto das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS). **Revista Científica UMC**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/viewFile/13/30>>. Acesso em: 29 out. 2018.

SCHADECK, Marise et al. Cultura organizacional e os sete pecados capitais: uma proposta para compreender os sistemas simbólicos. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 14, n. 1, p. 164–181, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v14n1/1679-3951-cebape-14-01-00164.pdf>>. Acesso em 31 out. 2018.

SENA, Adnairdes Cabral de; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; MAIA, Ana Rosete Camargo Rodrigues et al. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 132-137, 2013. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37738>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SERRA, Juliana do Nascimento; BARBIERI, Ana Rita; CHEADE, Maria de Fátima Meinberg. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/09/45925-184781-1-PB.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SILVA, Andréa Mara Bernardes da et al. Knowledge about prevention and control of infection related to health care: hospital context. **Revista Rene**, v. 18, n. 3, p. 353-360, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20062>>. Acesso em: 03 nov. 2018

SILVA, Everaldo de Santana; LINS, Gustavo Aveiro; CASTRO, Elza Maria Neffa Vieira de. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. **Revista Sustinere**, v. 4, n. 2, p. 171-186, 2017. Disponível em: <http://www.nuredam.com.br/files/artigos/periodicos/2016,%20SILVA_%20LINS_%20NEFFA.%20%20Historicidade%20e%20olhares%20sobre%20o%20processo%20sau%CC%81de%20doenc%CC%A7a.pdf>. Acesso em 01 nov. 2018.

SILVA, Tandara Eleutério Cardoso; SANTANA, Victória Silva. **Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem como fator de redução da ocorrência das infecções relacionadas à assistência a saúde: uma revisão integrativa**. 2016. 52 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Tiradentes, Aracajú, 2016. Disponível em: <<http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1587/Tandara%20Eleut%C3%A9rio%20Cardoso%20Silva%20e%20Vict%C3%B3ria%20Silva%20Santana.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SIQUEIRA, Cibele Leite et al. Management: Perception of nurses of two hospitals in the south of the state of Minas Gerais, Brazil. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.919-926, 2015. GN1 Genesis Network. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1050>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SOUZA, Ester Sena et al. Mortality and risks related to healthcare-associated infection. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.220-228, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71438421027/>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

TARDIVO, Stefano et al. Definition of criteria and indicators for the prevention of Healthcare-Associated Infections (HAIs) in hospitals for the purposes of Italian institutional accreditation and performance monitoring. **Annali Di Igiene Medicina Preventiva E Di Comunità**, v. 29, n. 29, p. 529-547, 2017. Disponível em: <http://www.seu-roma.it/riviste/annali_igiene/open_access/articoli/29-06_05-Tardivo.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

TORRES, R. A.; TORRES, B. R. Importância e bases de um programa de controle e prevenção de infecção em unidade de terapia intensiva geral. **Revista Médica de Minas**

Gerais, v. 25, n. 4, p. 577–582, 2015. Disponível em:
<<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1874>>. Acesso em: 31 out. 2018.

VIEIRA, P. N.; VIEIRA, S. L. V. Uso Irracional E Resistência a Antimicrobianos Em Hospitais. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 21, n. 3, p. 209–212, 2018. Disponível em: <<http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6130>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

WORBOYS, M.. Joseph Lister and the performance of antiseptic surgery. **Notes And Records Of The Royal Society**, v. 67, n. 3, p.199-209, 22 maio 2013. The Royal Society. <http://dx.doi.org/10.1098/rsnr.2013.0028>. Disponível em:
<<http://rsnr.royalsocietypublishing.org/content/early/2013/05/17/rsnr.2013.0028.short>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

ZEHURI, Munira Maria Otsuka Nassif; SLOB, Edna Marcia Grahl Brandalize. Auditoria em saúde: controle das IRAS, economia, higienização das mãos e antimicrobianos. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 298-316, 2018. Disponível em:
<<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/885>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

ANEXO I – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS

Número da entrevista:

Setor:

Profissão:

- 1) Me conte sobre sua trajetória acadêmica e profissional
- 2) Há quanto tempo trabalha no serviço? Há quanto tempo trabalha com IRAS?
- 3) Me fale sobre sua rotina de trabalho**
- 4) Dentro da sua rotina, o que você considera atividades de gestão?
- 5) Quais as ferramentas de gestão que vocês costumam utilizar?
- 6) Como você percebe a colaboração dos outros setores com o seu trabalho?
- 7) Como é a dinâmica com os outros profissionais?
- 8) Como que é a relação com a equipe multiprofissional?
- 9) Você acredita que os profissionais que estão na assistência direta se enxergam dentro do trabalho de vocês?
- 10) Você acredita que o pessoal que trabalha na limpeza sabe da importância do trabalho deles?
- 11) Vocês realizam alguma atividade que mostre aos profissionais a importância de seguir as recomendações do seu trabalho, como devolutivas?
- 12) Além das potencialidades que você já relatou, poderia falar mais sobre outras coisas positivas que teu trabalho pode trazer?
- 13) Você percebe alguma fragilidade que deveria ser melhorada?
- 14) O que poderia ser feito para melhorar a gestão/trabalho gerencial/ações gerenciais no controle e prevenção das IRAS?

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof^ª. Dr^ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pesquisadora responsável, e a pesquisadora Franciely Daiana Engel, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Ações gerenciais desenvolvidas para o Controle e Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde”, que tem como objetivo compreender como ocorre a gestão para prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, realizadas pelos profissionais de saúde, em um hospital referência em cardiologia. Trata-se de pesquisa vinculada a dissertação de Mestrado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Acreditamos que este estudo possibilitará compreender a situação das ações e serviços de saúde em relação a gestão no controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, fornecendo subsídios para qualificar o atendimento ofertado.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e da instituição no qual você trabalha. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista, que contém 12 questões abertas sobre a o controle e prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, focando nas atividades gerenciais que envolvem as práticas de saúde. O (A) senhor (a) responderá somente as perguntas que considerar apto(a) ou disposto(a), ou que não lhe causem desconforto.

A entrevista será gravada mediante a assinatura do termo de consentimento para gravações. Isso será feito para que as respostas sejam transcritas, dessa forma as respostas registradas serão fidedignas ao da entrevista. A entrevista será previamente agendada, conforme sua disponibilidade de data e horário e estas medidas serão realizadas no nome da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A pesquisa será realizada no seu estabelecimento de trabalho e o(a) senhor(a) não terá despesas no deslocamento ou qualquer outro deslocamento em função da pesquisa. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para esta pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem, bem como a sua não

estigmatização. Qualquer dúvida que você tiver antes ou durante a pesquisa, estaremos à disposição para responde-las.

Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Esta pesquisa segue as recomendações da resolução 466/2012, que dispõe das normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos, e os pesquisadores estão comprometidos em cumpri-la.

Você receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com as pesquisadoras.

Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde e gerar desconforto ou constrangimento por relembrar fatos e situações. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder as perguntas da entrevista.

Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos. Você tem a liberdade de recusar a participação do estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas.

Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

As pesquisadoras Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Franciely Daiana Engel estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99980-4966, pelos e-mails ana.mello@ufsc.br e francy.d15@hotmail.com ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro 2 Trindade, em Florianópolis (SC).

Os dados coletados poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação.

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Pesquisadora responsável
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Univ. Reitor João David Ferreira
Lima Centro de Ciências da Saúde, 1º andar,
sala 146, 88040-970 Trindade – Florianópolis
E-mail: ana.mello@ufsc.br
Fone: (48) 9980-4966

Franciely Daiana Engel
Pesquisadora colaboradora
Rua Urcelino Manoel Coelho, nº 139, CEP
88037-050, Córrego Grande – Florianópolis –
SC
E-mail: francy.d15@hotmail.com
Fone: (49) 99948-2006

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do Participante:

RG:

CPF:

Data: __ / __ / ____

Assinatura: _____

APÊNDICE A – PARECER Nº 2.985.952 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações gerenciais desenvolvidas para o Controle e Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96922518.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.985.952

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado vinculado ao programa de pós-graduação em Enfermagem, orientado pro Ana Lucia Schaefer Ferreira de Mello. Este estudo tem como objetivo principal compreender como ocorrem as ações gerenciais para a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na assistência indireta ao paciente, em um hospital referência em cardiologia. Foram delineados como objetivos específicos: descrever as ações gerenciais implementadas no contexto das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; compreender como ocorre a participação dos profissionais de Enfermagem nas ações gerenciais no controle e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Trata-se de uma pesquisa de natureza empírica, com abordagem qualitativa, guiada pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O cenário selecionado para realização deste estudo é o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Os participantes serão selecionados intencionalmente, compondo grupos amostrais. Serão convidados profissionais de saúde que compõem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e o Núcleo de Segurança do Paciente, gestores que atuam no controle e prevenção das IRAS, além de profissionais das unidades de internação hospitalar, que atuam na assistência direta ao paciente, totalizando aproximadamente 40 participantes. Os dados serão coletados por meio de entrevista individual em profundidade, com apoio de um roteiro semiestruturado. Também serão utilizados dados secundários de relatórios consolidados produzidos pela instituição sobre a

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.985.952

prevalência e caracterização dos eventos relacionados às IRAS. Todo material empírico será analisado seguindo os pressupostos da TFD, com comparação constante, para formulação de categorias analíticas. A ordenação destas sob forma de modelo teórico paradigmático possibilitarão a compreensão do fenômeno sobre a gestão no controle e prevenção das IRAS no contexto em estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como ocorrem as ações gerenciais para prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na assistência indireta ao paciente, em um hospital referência em cardiologia.

Objetivo Secundário:

Descrever as ações gerenciais implementadas no contexto das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e; Compreender como ocorre a participação dos profissionais de Enfermagem nas ações gerenciais no controle e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde e gerar desconforto ou constrangimento por relembrar fatos e situações.

Benefícios:

As informações deste estudo serão de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e Enfermagem, tendo seus benefícios diretamente relacionados com a produção do conhecimento para a área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e potencial para contribuir com a linha de pesquisa que se encaixa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8084 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.985.952

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer anterior foram adequadamente ajustadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1168298.pdf	02/10/2018 11:41:46		Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	02/10/2018 11:40:58	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa ajustado.pdf	02/10/2018 11:40:24	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE ajustado.pdf	02/10/2018 11:40:09	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	07/08/2018 14:10:03	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao icssc assinada.pdf	03/08/2018 10:40:58	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Outubro de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br