



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**Carla Maria Oppermann**

**Serviços Ambulatoriais de Saúde:  
Conhecendo a realidade sobre as ações de prevenção de infecções**

**Porto Alegre**

**2018**

**Carla Maria Oppermann**

**Serviços Ambulatoriais de Saúde:  
Conhecendo a realidade sobre as ações de prevenção de infecções**

Dissertação no Programa de Mestrado Profissional em  
Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da  
Saúde de Porto Alegre.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita Catalina Aquino Caregnato

Porto Alegre

2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

Oppermann, Carla Maria

Serviços Ambulatoriais de Saúde: Conhecendo a realidade sobre as ações de prevenção de infecções / Carla Maria Oppermann. -- 2018.

97 f. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2018.

Orientador(a): Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja ; coorientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita Catalina Aquino Caregnato.

1. Infecção Hospitalar. 2. Assistência Ambulatorial. 3. Prevenção. 4. Educação em Saúde. 5. Segurança do Paciente. I. Título.

**Carla Maria Oppermann**

**Serviços Ambulatoriais de Saúde:**

**Conhecendo a realidade sobre as ações de prevenção de infecções**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Schenk Azambuja

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita Catalina Aquino Caregnato

Aprovada em 2 de julho de 2018.

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janete de Souza Urbanetto, PUC-RS

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Heloisa Helena Karnas Hoefel, UFRGS

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luzia Fernandes Millão, UFCSPA

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela vida e oportunidade de desenvolvimento.

Aos meus pais Egydio e Elzira, pela genética, educação e amor, em especial minha mãe, professora, foi um exemplo de uma pessoa que venceu pelo estudo e trabalho.

Agradeço ao meu marido Carlinhos, pelo companheirismo, sempre provendo tudo para eu poder me dedicar ao estudo, te amo.

Aos meus filhos, pela paciência e ausências e aos abraços de conforto.

Às minhas irmãs, pela grande troca, compartilhamento das coisas e sentimentos, em especial a Nívea, já professora, pelo incentivo e motivação.

Aos meus colegas de mestrado e professores, pelos momentos divertidos e de muito aprendizado.

Agradeço aos meus orientadores, Marcelo e Rita, os ensinamentos do rigor metodológico, contribuindo para o meu crescimento profissional e a acolhida nos momentos de tensão. Impossível não haver crescimento pessoal.

À professora Rita me apresentando o programa durante uma jornada de controle de infecção, incentivando e orientando desde a preparação para o ingresso, sempre ensinando. Uma amiga. Uma educadora intelectual afetiva.

À professora Heloísa, sempre uma referência para mim, que me ensinou controle de infecção desde o início.

Por fim, agradeço ao Estado, o poder público, pelo ensino público e gratuito em todas as escolas da minha formação, e eu, como servidora pública, pode retribuir em 27 anos de trabalho no Hospital de Pronto Socorro.

*“O segredo é não correr atrás das borboletas...  
É cuidar do jardim para que elas venham até você”.*

Mário Quintana

## RESUMO

**Introdução:** Os serviços ambulatoriais de saúde que realizam procedimentos invasivos, como as clínicas médicas privadas, têm de forma crescente aumentado e incorporado tecnologia e diversidade em atendimento. Diferente dos hospitais, que devido a sua complexidade tem legislação específica e recebem ação direta da vigilância sanitária, os serviços ambulatoriais precisam, de forma autônoma, implantar as ações de prevenção a partir de um Programa de Controle de Infecções e Educação no Serviço para a melhoria da qualidade assistencial. **Objetivo:** Conhecer a estrutura existente nos serviços ambulatoriais de saúde quanto à prevenção das infecções relacionadas à assistência em saúde para desenvolver um produto educativo, direcionado às necessidades encontradas. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem mista QUAN+QUAL realizada em 14 clínicas privadas de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Uma população de 29 clínicas convidadas; a amostra foi constituída por 14 profissionais representantes das 14 clínicas que aceitaram o convite. Coleta de dados por meio de entrevista, com perguntas abertas e fechadas. Análise de conteúdo dos dados qualitativos e percentuais simples dos quantitativos. **Resultados:** Perfil das clínicas participantes: quatro cirúrgicas; quatro oncológicas; três de endoscopia; duas de diálise; e uma de radioimagem. Evidenciou-se que cinco (36%) clínicas têm Comissão de Controle de Infecção; 10 (71%) têm Programa de Controle de Infecção; e nove (64%) realizam cálculo das taxas de infecção. Os entrevistados relatam desenvolver capacitações em diversas frequências. Na abordagem qualitativa emergiram quatro categorias, denominadas: Educação, Prevenção, Vigilância e Controle de Infecção. Estas foram divididas em dezesseis subcategorias. A categoria Educação foi a de maior relevância. Quanto aos dados quantitativos, na Higiene de Mãos, 100% dos serviços distribuem dispensadores de álcool gel, porém somente duas clínicas realizam indicador de adesão de Higiene de Mãos. A maioria dos serviços (71%) tem orientações escritas e realizam capacitações sobre Injeção Segura (IS), mas a adesão desta prática é monitorada em apenas uma clínica. Todos os serviços fornecem Equipamentos de Proteção Individual. Somente dois (14%) serviços têm orientação da etiqueta da tosse e cinco (36%) serviços detectam suspeitas de pacientes portadores de Germe Multirresistente. As rotinas e capacitações sobre o processamento de artigos para a saúde e limpeza e

desinfecção do ambiente são realizadas em todos os serviços, mas somente cinco (36%) realizam o monitoramento das competências. **Conclusão:** Os serviços participantes mantêm estrutura física para as ações de prevenção, mas precisam avançar no monitoramento e avaliação dos processos assistenciais realizados para melhorar a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Os resultados direcionam a elaboração de um produto educativo para ser utilizado como recurso pedagógico na educação permanente nesses serviços. **Produto Gerado:** Foi elaborado um manual digital com 13 capítulos divididos em parte administrativa e técnica. Os temas abordados nos capítulos emergiram das necessidades identificadas na pesquisa realizada. Este produto educativo é destinado aos gestores e profissionais de saúde com o objetivo de auxiliar na implantação e implementação da prevenção das infecções.

**Palavras-chave:** Infecção Hospitalar. Assistência Ambulatorial. Prevenção. Educação em Saúde. Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

The ambulatory care services that are capable of performing invasive procedures, as the private medical clinics, are growing steadily and incorporating technology and diversity in attendance. In contrast to hospitals, which due to their complexity have specific legislation and supervision from sanitation authorities, the ambulatory services need to implant prevention actions autonomously. This is based on a program of infection control and service education aiming at a better assistance quality. **Objectives:** To implement a survey on ambulatory health care services related to infection prevention and control and to develop an educative guide to attend the necessities found. **Methods:** The present work is an exploratory descriptive research based on qualitative and quantitative approaches. The research involved fourteen private health care clinics (from a population of 29 invited) at the city of Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul. Data collection was performed by interviews with close-ended and open-ended questions. Qualitative data was interpreted based on the content analysis method, while quantitative data followed standard percentage analysis. **Results:** The profile of the participant clinics is as follows: four surgical, four oncological, three endoscopic, two performing dialysis, and one of medical imaging. It was evidenced that 36% of the clinics have a "Commission for Infection Control"; 71% have an "Infection Control Program"; and 64% perform regular calculations of infection rates. The interviewed representatives report they attend capacitation courses at frequencies that vary depending on the service. Four categories were explored in the qualitative analysis: education, prevention, surveillance, and infection control. These in turn were divided in 16 subclasses. Education was the most relevant. As to the quantitative analysis, in the case of hands hygiene, 100% of the services distribute alcohol dispensers, but only two clinics performed indicators of adherence of hand hygiene. The majority of the services (71%) has written protocols and perform training on safe injection, but adherence to this practice is monitored only in one clinic. All services provide personal protective equipments (PPE). Only 14% of the services have orientations on cough labelling and 36% detect suspicions of patients carrying multi-resistant germs. Routines and training on processing of health goods and cleaning and disinfection of the working areas are performed in all services, but only 36% of the clinics maintained regular monitoring of the competences. **Conclusion:** The participant services keep an

infrastructure suitable for prevention actions, but need to improve monitoring and evaluation of the care processes in order to deliver a better service quality and greater safety to the patient. As a result of the survey, an educational guide was elaborated to be used as a resource for continued training and good practices at ambulatory services. **Generated Product:** A digital manual was elaborated with 13 chapters divided in administrative and technical part. The topics covered in the chapters emerged from the needs identified in the research. This educational product is intended for managers and health professionals with the purpose of assisting in the implementation and implantation of infection prevention.

**Keywords:** Cross Infection. Ambulatory Care. Prevention. Health Education. Patient Safety.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos serviços de saúde conforme complexidade, segundo a Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde (CGVS, 2017) de Porto Alegre.....	21
Quadro 2 - Procedimentos com risco de infecção realizados nas clínicas ambulatoriais de saúde, 2017.....	38
Quadro 3 - Categorias, subcategorias e unidades de registros emergidas das entrevistas com representantes das clínicas ambulatoriais de saúde. Porto Alegre, 2017.....	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas preventivas administrativas instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde. Porto Alegre, 2017.....	39
Tabela 2 - Medidas preventivas técnicas e de infraestrutura instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde (1). Porto Alegre, 2017.....	43
Tabela 3 - Medidas preventivas técnicas e de infraestrutura instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde (2). Porto Alegre, 2017.....	46
Tabela 4 - Medidas preventivas técnicas e de infraestrutura instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde (3). Porto Alegre, 2017.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APECIH	Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
CCI	Comissão de Controle de Infecção
CCIH	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CI	Comunicado Interno
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
EA	Evento Adverso
EC	Educação Continuada
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
EVSIS	Equipe de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde
GMR	Germe Multirresistente
HM	Higiene de Mãos
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
IS	Injeção Segura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCI	Programa de Controle de Infecções
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RM	Resistência Microbiana
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UR	Unidades de Registro

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	20
3.1	RISCOS DE INFECÇÃO NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS	20
3.2	CONTROLE DE INFECÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE	23
3.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DAS IRAS	26
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	31
4.1	TIPO DE ESTUDO	31
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	32
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	32
4.4	INSTRUMENTOS DE PESQUISA	32
4.5	COLETA DE DADOS	33
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	34
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	35
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	37
<b>6</b>	<b>PRODUTO EDUCACIONAL</b>	52
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	56
	<b>REFERÊNCIAS</b>	58
	<b>ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP UFCSPA</b>	66
	<b>ANEXO B - Comprovante de Submissão na REBEn</b>	70
	<b>APÊNDICE A - Questionário da Entrevista</b>	71
	<b>APÊNDICE B - Termo de Anuência</b>	74
	<b>APÊNDICE C - Mensagem Eletrônica ao Responsável</b>	75
	<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	76
	<b>APÊNDICE E - Mensagem Eletrônica às Autoras-1</b>	78
	<b>APÊNDICE F - Normas para Redação do Capítulo</b>	79
	<b>APÊNDICE G - Mensagem Eletrônica às Autoras-2</b>	80
	<b>APÊNDICE H - Artigo Produzido na Disciplina Redação Científica</b>	81
	<b>APÊNDICE I - Produto Educativo</b>	97

## 1 INTRODUÇÃO

A transmissão de microrganismos é inerente aos serviços que prestam assistência à saúde. Contudo, o risco da transmissão e da aquisição de infecção depende de características relacionadas à capacidade de defesa anti-infecciosa das pessoas atendidas, da complexidade dos procedimentos realizados e da qualidade da assistência prestada. Sabe-se que muitos pacientes estão suscetíveis ao buscarem assistência, principalmente quando apresentam fatores de risco, como: idade avançada, doenças crônicas e internações hospitalares frequentes. Seus acompanhantes, visitantes e os profissionais de saúde que permanecem com eles, transitam e atuam neste ambiente, também estão sujeitos a adquirir infecções (HINRICHSEN, 2014; MUNOZ-PRICE et al., 2015). Na atualidade, sabe-se que os serviços de saúde são ambientes de risco e a infecção é um importante evento adverso associado à assistência à saúde (ANVISA, 2013a).

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são um grave problema de saúde pública mundial, considerados eventos adversos (EA) associados à assistência à saúde com alta morbidade e mortalidade, que repercutem diretamente na segurança do paciente e, por sua vez, na qualidade dos serviços de saúde (ANVISA, 2016).

A infecção, invasão de microrganismos nos tecidos com manifestações clínicas, prevalecerá quando as defesas do indivíduo forem vencidas pela virulência do microrganismo ou pela carga microbiana excessiva. Quando esta infecção ocorre após a realização de um procedimento ou cuidado de saúde dispensado, ela está relacionada a este evento (HINRICHSEN, 2014). As IRAS são eventos adversos comuns nos serviços de saúde e causam aumento dos custos e dor aos pacientes. Antes chamadas de infecções hospitalares, tiveram o termo substituído por IRAS, uma vez que grande número de serviços de saúde presta assistência fora do contexto hospitalar (ANVISA, 2013b).

Os serviços ambulatoriais de saúde, como clínicas médicas com procedimentos invasivos, centros de pequenas cirurgias ambulatoriais e outras configurações especializadas, merecem um olhar mais atento no que se refere ao risco de infecção (ONTARIO AGENCY FOR HEALTH PROTECTION AND PROMOTION, 2015). De forma crescente esses serviços de saúde incorporam tecnologia e aumentam em diversidade de atendimentos focando na prevenção,

diagnóstico, tratamento e até mesmo estética. Nos Estados Unidos, mais de três quartos das operações em saúde são realizadas fora de hospitais (CDC, 2016). No Brasil, segundo consta nos dados do Ministério da Saúde (MS) do DataSus de 2017, o país mantém 79.240 estabelecimentos com atendimento ambulatorial pelo SUS e 205.362 serviços ambulatoriais particulares (BRASIL, 2018). A base do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é ambulatorial, englobando os atendimentos ambulatoriais fornecidos em hospitais, em clínicas ambulatoriais e centros cirúrgicos não hospitalares, com ampla utilização pela comunidade do sistema público e privado (PORTAL BRASIL, 2015).

Atualmente, enfrentam-se graves problemas com a transmissão de doenças causadas por vírus como gripe, SIDA e hepatites B e C e a ocorrência da resistência microbiana, com maior relevância nas bactérias resistentes aos carbapenêmicos e a tuberculose pulmonar multidroga resistente (CDC, 2007, 2009; SILVA et al., 2015). É comum notícia de surtos de infecção após procedimentos relacionados às más práticas em prevenção de infecção em serviços ambulatoriais (MACEDO; HENRIQUES, 2009; OYONG et al., 2015). Os danos que resultam de falhas nos processos de infecção na assistência à saúde, em clínicas ambulatoriais e consultórios das diversas especialidades, geram queixas judiciais e dolo a inúmeros usuários desses serviços que buscam essas clínicas, aparentemente, de menor risco e saem com agravos inesperados (SEE et al., 2014).

Apesar dos serviços ambulatoriais estarem incluídos no termo “serviços de saúde” nas legislações e recomendações nacionais, são os hospitais, os serviços de maior complexidade, que recebem a regulação sistemática pela ação da vigilância sanitária priorizando a alta complexidade. São também os hospitais que mantêm obrigatoriamente os profissionais executivos nos serviços de controle de infecção, atuando nas ações de prevenção e controle (BRASIL, 1998; CATTANI et al., 2011). Os serviços ambulatoriais necessitam de forma autônoma corresponder em conhecimento e adequação nas estruturas e processos para participação do sistema de saúde com ações seguras. Portanto, é fundamental o conhecimento do tema para aplicação das práticas de prevenção de infecção, de modo a garantir um ambiente seguro e confiável para os usuários e profissionais.

Em recente revisão integrativa sobre os riscos de infecção em serviços de saúde ambulatoriais fora do contexto hospitalar, a literatura aponta como serviços de maior risco para infecção as clínicas cirúrgicas, clínicas oncológicas, clínicas de

endoscopia, clínicas de diálise e clínicas de diagnóstico por imagem com exames contrastados (OPPERMANN; CAREGNATO; AZAMBUJA, 2017). Os riscos relacionados aos exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética contrastada, são causados por sistemas de infusão contaminados pelo uso inadequado (OYONG et al., 2015). Regras das práticas seguras de injeção são infringidas resultando em surtos de infecções virais e bacterianas (CDC, 2007; THOMPSON; SCHAEFER, 2011; SEE et al., 2014). Estudos também identificam falhas nos processos de limpeza e desinfecção de artigos e equipamentos como fonte de transmissão de microrganismos (OYONG et al., 2015). Nesses serviços, a presença de germes multirresistentes causando infecção, aumenta não apenas os custos de tratamento, como também a mortalidade (HOGARDT et al., 2015). Nos estudos de Rezende et al. (2012) e Kossover et al. (2014), ficou evidente a baixa adesão à higiene de mãos e falta de implantação e fiscalização de programas de prevenção e controle de infecção, assim como a inexistência das taxas de infecção e notificações de agravos ao órgão regulador (EILERS et al., 2012; REZENDE et al. 2012; KOSSOVER et al. 2014). Fica provada a fragilidade desses serviços em relação à sua adequação nas práticas de prevenção de infecção e aplicação de um plano. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), todos os serviços de saúde devem ter um Programa de Controle de Infecção (PCI) e capacitação para que todos os profissionais de saúde possam por em prática. Também é obrigatório que os administradores desses serviços assegurem a implantação do PCI (BRASIL, 1998). O descumprimento das rotinas de controle de infecção facilita a transmissão de infecção para os pacientes, profissionais da saúde, família e outros contatos próximos.

A mestranda, em seu exercício profissional como enfermeira, teve a oportunidade de trabalhar no serviço de controle de infecção de um hospital municipal e como fiscal na Equipe de Serviços de Saúde da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), realizando inspeções em clínicas de diálise, clínicas cirúrgicas e nos hospitais, despertando seu interesse em aprofundar o conhecimento acerca das condições administrativas e técnicas para a prevenção e controle de infecção em serviços ambulatoriais. O trabalho de vistoria consistia em aplicação de roteiros de inspeção com uma relação de itens para verificar a adequação. Muitos serviços eram vistoriados por denúncia e apresentavam riscos de infecção e de morte que indicavam a conduta extrema de interdição. Os serviços que estavam em

processo de obtenção do alvará de saúde eram orientados às adequações antes da inspeção. Em 2005, esta equipe iniciou um programa de educação chamado orientação coletiva para os responsáveis técnicos dos serviços de saúde em processo de licenciamento. Na Coordenadoria eram realizadas reuniões instrutivas e oferecido um manual de biossegurança para aprofundar o conhecimento das exigências técnicas. A abordagem educativa da equipe de vigilância fazia o setor regulado buscar as orientações para não somente adequar à legislação, mas também para ter a certificação como um serviço de referência na comunidade (CATTANI et al., 2011). Nos hospitais e demais serviços de saúde, a enfermeira do controle de infecção tem um importante papel na educação e ensino do corpo clínico. Essa vivência educativa de controle de infecção em hospital e na vigilância sanitária motivou a realização de uma pesquisa para investigar os serviços ambulatoriais para posteriormente construir um material instrutivo direcionado a esses serviços. O material propõe-se a atender as necessidades de estabelecimento de estratégias de prevenção de infecção e contribuir para a formação de profissionais nesses locais.

Portanto, para realizar esta pesquisa traçaram-se como problemas a investigar: a) como ocorre o controle de infecção nos serviços ambulatoriais em Porto Alegre? b) Quais são as necessidades dos serviços ambulatoriais no que se refere ao controle de infecção? Ao verificar a organização técnica e administrativa existente, a pesquisa permitiu identificar a realidade, direcionando as recomendações de prevenção de infecção para a elaboração de um manual voltado às necessidades encontradas, destinando ao mercado editorial uma bibliografia atualizada e direcionada. A produção de um material didático visa não somente orientar as ações, mas também facilitar a formação e capacitação de profissionais, o que vem ao encontro da linha de pesquisa “Integração Ensino e Serviços de Saúde na Formação Profissional” do Mestrado em Ensino na Saúde, onde a mestranda está inserida. Oferecer um produto educativo para uma prática voltada à prevenção de infecções poderá contribuir na qualificação do serviço, diminuição dos custos e danos gerados. Uma assistência de saúde segura trará impacto positivo na vida das pessoas que utilizam esses serviços de saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a estrutura existente nos serviços ambulatoriais extra hospitalares de Porto Alegre relacionada a prevenção de infecções relacionadas a assistência em saúde..

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar as medidas técnicas e administrativas empregadas nos serviços ambulatoriais de saúde para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

b) Verificar a existência de ações educativas direcionadas a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.

c) Identificar pontos temáticos necessários para a educação dos profissionais atuantes em serviços de saúde.

d) Construir, com a participação de profissionais de referência em controle de infecção, em manual direcionado a prevenção de infecções em serviços ambulatoriais de saúde.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 RISCOS DE INFECÇÃO NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS

O Decreto nº 52.464, de 12 de setembro de 1963, que normatiza instituições de assistência médico-social no Brasil, no art. 3º, nº 9, define o serviço ambulatorial como “um serviço destinado a diagnóstico ou tratamento de pacientes sem internação” (BRASIL, 1963), sendo esta definição vigente até hoje. A extensão territorial e a diversidade racial e sociocultural da população brasileira são fatores que dão a dimensão do SUS. Os públicos-alvo do SUS são os mais de 200 milhões de brasileiros que fazem uso da rede em todos os níveis, sendo que em 2014 o SUS contabilizou 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais (PORTAL BRASIL, 2015).

A responsabilidade de vigiar esses serviços de assistência à saúde é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), representada em cada município pela Vigilância Sanitária ligada à Secretaria de Saúde (CATTANI et al., 2011). Em Porto Alegre, a Equipe de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde (EVSIS) é a área da Vigilância Sanitária responsável pelo conjunto de ações capazes de prevenir, minimizar ou eliminar riscos e agravos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços de interesse da saúde. Sua finalidade é garantir condições de segurança sanitária, controlando o risco e o dano à saúde, incluindo o risco de infecção, tanto em locais públicos, como em privados, decorrentes de procedimentos, instalações e equipamentos (CGVS, 2017).

Conforme apresentação no portal da Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde (CGVS, 2017) de Porto Alegre, os serviços de saúde são definidos pela complexidade, conforme apresenta o Quadro 1:

Quadro 1 - Classificação dos serviços de saúde conforme complexidade, segundo a Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde (CGVS, 2017) de Porto Alegre.

<b>Alta Complexidade</b>	<b>Média Complexidade</b>	<b>Baixa Complexidade</b>	<b>Interesse à Saúde</b>
Banco de Células e Tecidos Germinativos (BCTG)	Ambulância	Clínica de Vacinas	Embelezamento, Maquiagem Definitiva, Micropigmentação
Banco de Tecidos Oculares (BTOC)	Clínica de Enfermagem	Clínica Sem Procedimentos	Estabelecimento de Educação Infantil (EEI)
Central de Triagem	Clínica de Fisioterapia	Comunidade Terapêutica	Estabelecimento de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde
Laboratorial de Doadores Hospital	Clínica Estética	Consultório de Fisioterapia	Lavanderia
Hospital Dia Cirúrgico	Clínica Médica Tipo I	Consultório Sem Procedimentos	Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI)
Hospital Dia Oftalmologia	Clínica Médica Tipo II, III e IV	Métodos Gráficos e Ultrassonografia	Óptica
Laboratório Analítico	Consultório de Enfermagem	Moradias Protegidas Privadas	Serviço de Tatuagem e Piercing
Laboratório de Análises Clínicas, Patológicas	Consultório Estética	Serviço de Atenção Domiciliar	
Laboratório de Análises de Biologia Molecular	Consultório de Fisioterapia Uroginecológica	Home Care	
Núcleo de Hemoterapia, Agência Transfusional, Unidade Coleta Transfusional	Consultório Médico Tipo I		
Posto de Coleta de Análises Clínicas	Endoscopia		
Serviço de Terapia Antineoplásica/Quimioterapia	Laboratório de Prótese Dentária		
Terapia Renal Substitutiva	Recepção, Triagem, Transporte de Material Biológico Humano		
Diálise	Terapia de Nutrição Enteral		
	Serviço Odontológico		

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), os serviços de saúde de média e alta complexidade são definidos por demandarem maiores custos, profissionais especializados, recursos tecnológicos e estruturas complexas para diagnóstico e tratamento (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). Essa alta e média complexidade tem relação com o risco maior de infecção nesses serviços onde realizam procedimentos críticos, com invasão dos tecidos subepiteliais e onde as condições assépticas são exigidas em relação ao ambiente, artigos e equipamentos e processos.

Relacionada às condições do ambiente, destaca-se a contaminação das superfícies assistenciais. Ao longo dos últimos anos, tem havido um crescente reconhecimento de que a contaminação do ambiente do paciente por microrganismos, principalmente os multirresistentes, está associada IRAS (CARLING; HUANG, 2013). As superfícies do ambiente em torno do paciente tornam-se um importante reservatório ao receberem os patógenos das mãos e equipamentos contaminados. O documento publicado, em 2012, pelo Comitê

Consultivo de Doenças Infecciosas da Agência de Proteção e Promoção da Saúde de Ontário, no Canadá, mostra através de inúmeros estudos a cadeia de transmissão de microrganismos do ambiente para o paciente. As pesquisas relacionadas identificam a sobrevivência e proliferação dos germes nas superfícies e a transferência destes para as mãos dos profissionais de saúde. Este documento relata ainda estudos que mostraram a descontaminação das superfícies reduzindo a transmissão, isto é, taxas mais baixa de colonização ou infecção (ONTARIO, 2012). Portanto, as práticas de limpeza e desinfecção dessas superfícies são importantes medidas de prevenção das infecções e as equipes que trabalham em assistência à saúde, além dos profissionais da higienização, devem conhecer os princípios, técnica e produtos de limpeza e desinfecção do ambiente de saúde (ANVISA, 2012a).

Um importante estudo americano investigou, no período de 2000 a 2012 na Califórnia, 28 surtos de IRAS em regime ambulatorial. A maioria (71,4%) dos ambulatorios sem vínculo com instalações hospitalares e quase a metade (46,4%) dos surtos investigados ocorreu em serviços licenciados. Os serviços mais frequentes foram clínicas cirúrgicas e de diálise. As falhas mais comuns das práticas de prevenção de infecção foram as de segurança de injeções e no processamento de artigos e equipamentos incluindo limpeza, desinfecção e esterilização (OYONG et al., 2015).

Na revisão do guia de precauções para prevenção de transmissão de agentes infecciosos em saúde do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 2007, a prática de Injeção Segura (IS) foi adicionada como novo elemento devido a quatro importantes surtos de infecção viral (hepatite B e C) em serviços ambulatoriais nos Estados Unidos. Estes surtos ocorreram por desrespeito aos princípios básicos da técnica asséptica de preparo de medicamentos injetáveis. As principais infrações foram: a reinserção de agulhas usadas em frascos de múltipla dose e o uso de agulha/seringa usados para administrar medicação em vários pacientes. Esses surtos indicaram que profissionais de saúde não sabem, não entendem ou não aderem às rotinas de controle de infecção e técnica asséptica, evidenciando que as práticas recomendadas precisam ser reforçadas em programas de educação e incorporadas políticas institucionais de monitoramento da adesão (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007).

O processamento de artigos desempenha um papel vital na prevenção das

infecções. A transmissão de microrganismos que resultam das falhas dos processos de limpeza e desinfecção nos endoscópios, nos dispositivos de cuidados respiratórios e nos de hemodiálise reutilizáveis, ainda ocorrem muito e conduzem às IRAS, fazendo-se necessário maior conhecimento e investimentos nessa área (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). O processamento de produtos para a saúde é o método de limpeza, desinfecção e/ou esterilização, que utiliza agentes químicos ou físicos, resultando na destruição parcial ou de todas as formas de vida microbiana (ANVISA, 2017). Esses processos exigem área física específica denominada Centro de Materiais e Esterilização e mesmo serviços de saúde menores como as clínicas médicas são obrigadas a se adequarem conforme legislação específica da RDC nº 15 (ANVISA, 2012b).

A maioria dos surtos documentados poderia ser evitada usando as Precauções Padrão e práticas básicas de controle de infecção. Estes resultados destacam a necessidade de melhorar a supervisão em controle de infecção e a informação dos ambulatorios que devem fazer a vigilância das infecções e notificar as autoridades (OYONG et al., 2015; EILERS et al., 2012). Apesar do aumento dos serviços ambulatoriais e da população assistida nesses serviços, não se observa aumento correspondente da fiscalização em controle de infecção e os dados de infecção praticamente inexistem nesses estabelecimentos. A demanda de trabalho da vigilância sanitária nos municípios brasileiros é imensa e os recursos investidos na fiscalização são insuficientes (BRASIL, 2012a). Os serviços ambulatoriais, pela busca da qualidade e segurança para o seu público, precisam implantar ações conjuntas e sistemáticas de prevenção das IRAS, incluindo o monitoramento das ações.

### 3.2 CONTROLE DE INFECÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE

A história do controle de infecção no Brasil é recente. Na década de 60 surgiram as primeiras Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) no país e os profissionais envolvidos gradativamente evoluíram na construção do tema, mas foi com a morte do presidente Tancredo Neves, em 1985, por infecção hospitalar, que passou a tomar significado para a sociedade, representando um dos principais problemas da qualidade da assistência. Sua ocorrência amplia os prejuízos não somente para a instituição, como para o paciente e a comunidade

como um todo. A prevenção passou a ser considerada prioritária para garantir a qualidade da assistência (FERNANDES, 2000; PARANÁ, 2018).

O país teve sua primeira legislação de controle de infecção em 1983, através da Portaria Ministerial nº 196, atualizada, em 1992, com a Portaria nº 930. Em 1997, foi publicada, no Diário Oficial da União, a Lei nº 9431/97, trazendo no seu artigo 1º a obrigatoriedade dos hospitais manterem um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), e no artigo 2º determina a criação de Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) para execução do programa (BRASIL, 1997). Em 12 de maio de 1998, o Ministério da Saúde expediu a Portaria nº 2.616, ainda em vigência no país (BRASIL, 1998). Esta portaria mantém a CCIH obrigatória e designa equipe executiva do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para operacionalizar as ações de controle das IRAS, e ainda divulga o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que detalha as ações de prevenção e controle, bem como os indicadores epidemiológicos reconhecidos e utilizados pelas instituições para controle de qualidade. Atualmente são três as legislações e normativas que indicam as diretrizes gerais para a prevenção e controle das IRAS: a Lei nº 9.431/97, a Portaria nº 2.616/98 e a RDC nº 48/2000 (BRASIL, 1997, 1998; ANVISA, 2000).

O Programa de Controle de Infecções (PCI) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. O programa dá diretrizes para as instituições de saúde na organização e composição da CCIH e SCIH. Em pequenos serviços como as clínicas médicas, a composição da Comissão de Controle de Infecção (CCI) pode ter apenas representantes da área médica e de enfermagem. Este documento estabelece ainda as competências na esfera da instituição, municipal, estadual e distrital e do MS. Define conceitos e critérios de diagnósticos de infecções, estabelece a vigilância epidemiológica por busca ativa sistemática e os indicadores epidemiológicos de infecções hospitalares por paciente dia e por procedimentos. Ressalta a lavagem das mãos e dá referências para os saneantes e antissépticos, o reprocessamento de materiais, as normas de laboratório de microbiologia, da lavanderia e farmácia (BRASIL, 1998). O PCI é voltado aos hospitais e estabelece as ações mínimas e as diretrizes para sua implantação, podendo ser utilizado como referencial por todos os serviços de saúde, inclusive os ambulatoriais que não tem supervisão e apoio direto do SCIH e CCIH do

hospital. Mesmo passados vinte anos que atualizaram muitos conceitos, este documento é uma importante referência por definir a busca ativa das infecções como metodologia da vigilância das infecções. A Anvisa tem realizado um importante trabalho de atualização com a publicação de normas e legislações junto ao MS e Ministério do Trabalho. São leis, resoluções e recomendações que tem orientado e embasado as ações em saúde qualificando-as para proteção dos usuários e de seus profissionais.

O início deste século foi marcado pelo movimento da segurança do paciente que passou a ser vista como a principal dimensão da qualidade nos serviços de saúde (BERQUÓ, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS) liderou em um movimento internacional o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, e inaugurou, em 2005, sua primeira campanha com o tema Higiene de Mãos, tendo como lema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura”. O objetivo era que os 130 países membros se engajassem no movimento para garantir condições e estimular a higiene de mãos nos serviços de saúde do mundo todo, pois é sabido que esta é a ação mais eficaz na prevenção das infecções (ANVISA, 2009).

No Brasil, as ações de segurança do paciente iniciaram a partir da Anvisa com a criação, em 2001, da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. Os hospitais participantes designaram Gerentes de Risco para identificar e notificar problemas em relação à pacientes e queixas técnicas de produtos. Inicialmente o programa era somente para hospitais de ensino, mas hoje participam aproximadamente 200 instituições (BERQUÓ, 2017). Em 2011, a Anvisa publicou a RDC nº 63, que dispõe sobre as boas práticas de funcionamento para todos os serviços de saúde, e nessa iniciativa incluiu também outros segmentos, como as clínicas ambulatoriais, saindo do antigo contexto hospitalar (ANVISA, 2011). Berquó (2017) considera esta Resolução um verdadeiro “Manual de Qualidade”. A Resolução apresenta uma relação de oito ações voltadas para a segurança do paciente, constando a Higiene de Mãos (HM) como a principal medida relacionada diretamente à prevenção das infecções. Em 2013, o MS publica a Portaria nº 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, a fim de criar a Cultura de Segurança. Este programa apresenta seis protocolos básicos para implantação nos serviços e mais uma vez a HM é contemplada (BRASIL, 2013). Seguindo a mesma linha, a Anvisa lança a RDC nº 36, que complementa a sistematização da identificação,

monitoramento e notificação dos Eventos Adversos (EAs) (ANVISA, 2013c). O protocolo de HM apresentado no programa nacional de segurança segue a mesma diretriz da Campanha Mãos Limpas da OMS. O protocolo inclui o monitoramento da adesão da HM e a construção de indicadores para divulgação interna no serviço, necessários para o programa de segurança (WHO, 2009; BRASIL, 2013; ANVISA, 2013d). Os indicadores são medidas quantitativas ou qualitativas que fornecem informações de determinado atributo. Ele sinaliza, oferece pistas sobre determinada situação e indica a direção a ser seguida. O indicador permite conhecer se é cumprido ou não determinado objetivo. O uso de indicadores possibilita medir e monitorar a qualidade dos serviços prestados. Assim, taxas de infecção e de adesão à HM são consideradas indicadores de desempenho da qualidade e de segurança do paciente nas organizações de saúde (GOUVÊA, 2014).

A Anvisa com intuito de aprimorar a efetividade de suas ações e garantir um serviço de qualidade aos usuários dos serviços de saúde, auxilia com a divulgação dos Cadernos de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde contendo orientações sobre o tema que incluem as medidas de prevenção de infecções e critérios de diagnóstico e investigação de EAs e os surtos infecciosos (ANVISA, 2015). A agência estruturou um portal de segurança de paciente e sistemas de notificação obrigatória de infecções e microrganismos resistentes aos hospitais com Unidades de Tratamento Intensivo, com mais de dez leitos. Este trabalho tem gerado informações importantes para direcionar o planejamento das futuras ações (ANVISA, 2015, 2016). São diretrizes que estão à disposição de todos os serviços de saúde que buscam integrar-se para prevenir e reduzir a incidência de infecções e outros agravos relacionados à assistência nos serviços de saúde garantindo maior segurança e qualidade.

### 3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DAS IRAS

Os serviços de saúde, cada vez mais complexos, mantêm uma infraestrutura preparada para a realização dos procedimentos médico-assistenciais, cujos atores são profissionais de saúde das diversas áreas que compõem a equipe. Nesse contexto, o risco de transmissão de patógenos existe em todos os momentos de prestação de cuidados e podem conduzir às IRAS. Estas podem ser evitadas com

práticas de prevenção incorporadas na assistência. A HM, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), uso das precauções padrão e expandidas, o processamento de artigos e equipamentos e higiene de ambiente são as principais ações capazes de reduzir esse risco (CDC, 2007). Para prestar um atendimento seguro e eficaz os profissionais de saúde com sua multidisciplinaridade necessitam dominar os conhecimentos de prevenção de infecções e incorporar na sua prática. Assim, a capacitação e atualização frente às constantes transformações tecnológicas devem fazer parte do cotidiano dos serviços que buscam a qualidade assistencial e segurança do paciente (PACHECO et al., 2016).

Partindo dessa necessidade a Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresenta como proposta de intervenção agregadora entre o aprendizado reflexivo e crítico sobre o trabalho e a resolutividade qualificada da clínica e da promoção da saúde coletiva. O MS ao considerar sua a responsabilidade da formação de recursos humanos na área da saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria nº 198. Considera, também, a importância da integração entre o ensino, serviços, a gestão e o controle social, sobre o sistema de saúde, como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais, no atendimento ao SUS (BRASIL, 2004). Nessa Portaria, a EPS é definida como “aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p. 8). Para Ceccin (2005), a EPS possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no dia a dia. Os trabalhadores de saúde devem ter a noção de aprender a aprender, a trabalhar em equipe e responsabilizar-se pelo seu desenvolvimento e transformação para vencer a grande velocidade com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011). A EPS segue os princípios do SUS com foco na promoção e prevenção, sendo os profissionais de saúde reconhecidos como aprendizes e educadores protagonistas de uma lógica que busca a integralidade do cuidado, rompendo com um modelo tradicional e vertical de transmissão do conhecimento e de atenção à saúde especializada na doença (PIZUTTI; ALMEIDA; MILÃO, 2016).

A qualificação das práticas e a formação do profissional não englobam apenas a atualização técnico-científica, mas também aspectos da produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento que considera o indivíduo e suas experiências anteriores, sua cultura, religião e educação de forma

que se tenha um aprendizado significativo (CECCIN; FEUERWERKER, 2004).

Formar sempre foi diferente que informar. Ensinar é diferente que transmitir conhecimento. Ensinar é criar possibilidades de uma produção ou construção própria. A aprendizagem significativa se dá por meio do diálogo, de maneira horizontal, considerando a experiência e saber prévio do sujeito, onde cada um fala e troca ideias, informações e conhecimento, em um exercício democrático de fala e de escuta, um espaço libertador (FREIRE, 2002). Para muitos educadores a pedagogia da EPS foi configurada a partir dos princípios de Paulo Freire (CECCIN, 2005).

Os serviços de saúde contribuem ao designar e instituir espaços de educação permanente como prática pedagógica baseada na aprendizagem significativa, onde os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam da problematização da própria prática, podendo transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho. A EPS vem aprimorar o método educacional utilizando o processo do trabalho para a transformação do exercício profissional, tornado qualificado para o atendimento das necessidades da população (SARDINHA et al., 2013). A metodologia da problematização é uma estratégia que se destaca na operacionalização da EPS. Nessa atividade educativa, muitas vezes em reuniões multidisciplinares, inserida no processo de trabalho, onde os profissionais são os principais atores da atividade, são estimulados à discussão e modificação de suas práticas. Na EPS, o processo de trabalho é compartilhado em equipe onde todos falam e são escutados e suas necessidades acolhidas. Isso auxilia no empoderamento dos trabalhadores, estimulando a aprendizagem para além do conhecimento técnico, incluindo o autoconhecimento e o cuidado integral em saúde (PEREIRA; BONAMIGO, 2016).

Nos serviços de saúde, os processos educativos visam ao desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos normalmente denominados como Educação Continuada (EC) (SILVA; SELFFERT, 2009). Esse termo é conceituado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) como um processo permanente que se inicia após a formação básica e objetiva melhorar a capacidade do indivíduo ou grupo frente à evolução técnica e necessidades sociais. A EC normalmente é restrita a atualizações e aquisição de novas informações através de metodologias tradicionais. De modo diferente a EPS

vem aprimorar o método educacional em saúde. No serviço de saúde é uma educação no trabalho e para o trabalho com finalidade de melhorar a saúde da população atendida. Assim, a Educação Permanente é mais abrangente enquanto formação integral e contínua do ser humano, facilitando a assistência integral do indivíduo e do coletivo. A EPS quanto política amplia seu significado colocando a participação de todos os atores e elegendo as metodologias participativas e problematizadoras geradoras de propostas que viabilizem soluções e o desenvolvimento dos serviços de saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Metodologias tradicionais de ensino associadas à explanação do professor e a memorização do conteúdo, utilizando apenas o ver, ler e escutar, estão ultrapassadas e estão sendo substituídas ou combinadas por metodologias mais ativas e completas, envolvendo conversar, debater, ilustrar, reproduzir, dramatizar, ensinar, expor e trocar ideias. Nesse processo de participação o educando associa o conhecimento com sua estrutura individual interna e o aprendizado passa a ser significativo de forma natural (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015). Estas metodologias são mais eficazes na retenção do conhecimento e no processo de aprendizagem, pois requerem a participação ativa do aluno e do coletivo, em um processo de aprendizagem crítico, reflexivo, criativo e transformador. A aplicação de metodologias participativas favorece a construção do conhecimento no conjunto dos profissionais tornando-os comprometidos e integrados na equipe de trabalho (ROMAN et al., 2017).

O aperfeiçoamento profissional se faz necessário frente as exigência de segurança e qualidade dos serviços de saúde. A EPS presente no cenário das instituições é uma estratégia certa para o ensino e revisão das práticas assistenciais relacionadas à prevenção e controle de infecções, minimizando os riscos de infecção nesses serviços. Os recursos humanos de um serviço são forças protagonistas de desenvolvimento e mudanças que podem influenciar positivamente nos resultados dos serviços se comprometidos com eles. Resultados exitosos são conquistados com equipes reconhecidas pela gestão que propicia ambiente favorável à participação e integração das pessoas. Nesse contexto a EPS é uma tática para a formação e desenvolvimento de seus profissionais que necessitam estar preparados para as constantes exigências sociais e avanços tecnológicos (PACHECO et al., 2016).

Para concretização das metas, a gestão do serviço de saúde deve

compreender a EPS como uma atividade meio para obtenção do seu sucesso e deve utilizar como estratégia para atender os problemas de sua população eliminando o risco de agravos adversos. O desenvolvimento individual e da equipe de trabalhadores coloca em evidência o desenvolvimento institucional que tem compromissos éticos e políticos com o SUS e a sociedade (CECCIN, FEUERWERKER, 2004).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem mista. Esta tipologia usada permite descrever determinado fenômeno aumentando o conhecimento e a familiaridade da pesquisadora sobre o tema prevenção de infecção nos serviços ambulatoriais e descrevendo de forma quantitativa e qualitativa informações detalhadas deste ambiente e dos valores atribuídos pelos indivíduos ao tema (MARCONI; LAKATOS, 2010; LACERDA; COSTENARO, 2016). O método misto é uma tendência e tem sido usado de forma crescente para ampliar a obtenção de resultados. A coleta de diversos tipos de dados garante um entendimento melhor do problema pesquisado com a contribuição mútua de suas potencialidades. Ao combinar as duas abordagens diminui a tendência inerente ao uso de um determinado método e amplia as informações com dados que se complementam (DAL-FARRA; LOPES, 2013; SANTOS et al., 2016).

Pesquisas quantitativas e qualitativas se completam, mas são de natureza diversa. A quantitativa trata da magnitude de um fenômeno, isto é, sua frequência, aquilo que se repete e pode ser contado e tratado em sua homogeneidade. A pesquisa qualitativa busca a intensidade do fenômeno em sua singularidade e no significado das palavras, não importando a repetição, mas sim a dimensão sociocultural expressada em sua realidade, crenças, valores, opiniões, representações, simbologia, usos, costumes, comportamentos e práticas. Assim como os métodos quantitativos, os qualitativos possuem parâmetros e normas que atendam critérios de cientificidade (MINAYO, 2017).

Para essa pesquisa adotou-se a estratégia de coleta concomitante onde os dados quantitativos e qualitativos são coletados no mesmo momento e depois comparados com o objetivo de determinar convergências e divergências. Eles tiveram o mesmo peso e foram mixados mediante integração para a sua apresentação, favorecendo uma interpretação mais abrangente do tema. No sistema de notação para pesquisa de métodos mistos esta pesquisa recebe o símbolo QUAN+QUAL. Este conjunto de rótulos e símbolo indica com o símbolo + que a coleta foi concomitante e as letras maiúsculas que os estudos quantitativos e qualitativos têm o mesmo peso (SANTOS et al., 2016).

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em clínicas localizadas na cidade de Porto Alegre considerando uma amostra por conveniência de 14 serviços de saúde ambulatoriais privados, fora de contexto hospitalar, que apresentam risco aumentado de infecção. Uma revisão bibliográfica prévia realizada pela pesquisadora indicou a inclusão dos serviços com os procedimentos mais críticos para infecção, sendo estes os que foram pesquisados, a saber: clínicas cirúrgicas, clínicas de radioimagem com exames contrastados de ressonância magnética e tomografia computadorizada, clínicas de endoscopias, clínicas oncológicas e de diálise. Os critérios de exclusão nesse estudo foram os serviços com vínculo hospitalar e aqueles que recebiam assessoria de controle de infecção de algum hospital. O processo utilizado para seleção das clínicas é apresentado a seguir no item coleta de dados.

## 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram indicados pelo responsável ou proprietário das clínicas investigadas. Foram treze enfermeiros e um médico, proprietário que responderam ao questionário relativo às ações de controle de infecção no serviço ambulatorial.

## 4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os dados foram coletados em um instrumento construído pela pesquisadora compondo uma entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE A). O questionário com respostas objetivas contemplou dados de identificação e certificação do serviço, recursos administrativos utilizados para prevenir as infecções como existência de CCI, reuniões específicas registradas em atas e formulação de indicadores. O questionário também abordou os recursos técnicos aplicados como equipamentos, processos e rotinas escritas e ainda ações de educação e ensino como aulas e reuniões de equipe para qualificar a assistência e prevenir infecções. Primeiramente, foram realizadas as questões abertas para coleta dos dados qualitativos, com a intenção de explorar o assunto, após as fechadas. As perguntas abertas foram gravadas e posteriormente transcritas em um

programa eletrônico. O instrumento (questionário) foi baseado no *checklist* do Manual de Prevenção de Infecção para Serviços Ambulatoriais do CDC e validados por dois especialistas em controle de infecções (CDC, 2015).

A entrevista é uma ferramenta muito utilizada para coleta de dados. Permite um diálogo formal com propósitos definidos pelos objetivos da pesquisa, sendo usada em pesquisas de delineamento qualitativo e quantitativo (LACERDA; COSTENARO, 2016). A entrevista foi feita face a face permitindo que o entrevistado se expresse livremente o tempo que fosse necessário, mas como estimado, as entrevistas duraram aproximadamente 30 minutos.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou com uma busca eletrônica no Google identificando as clínicas localizadas na área urbana de Porto Alegre com possibilidade de realizar procedimentos invasivos, como: de cirurgias, de oncologia, de endoscopia, de diálise e radiológicas com exames contrastados. Os endereços e telefones obtidos nesta busca foram colocados em uma tabela, realizando o mapeamento dos locais por bairro, organizando os telefonemas iniciais e as visitas.

No primeiro contato telefônico verificou-se se o serviço realizava procedimentos de risco e se não tinha vínculo hospitalar, excluindo-se 15 clínicas nesta etapa seguindo critérios de exclusão. Três por receberem assessoria em controle de infecção de hospital vinculado e 12 por não realizarem procedimentos críticos, sendo que destas últimas, dez eram clínicas de cirurgia plástica.

Para a aprovação da participação do serviço na pesquisa, foi realizada visita em 16 clínicas e solicitado o agendamento com o responsável a fim de requerer sua anuência, por meio da aplicação do Termo de Anuência (APÊNDICE B) e solicitar a indicação do profissional para entrevista. Nas demais 13 clínicas, esta solicitação foi feita por telefone. Dezesete clínicas solicitaram mensagem eletrônica (APÊNDICE C) para encaminhamento ao responsável.

Foram 29 responsáveis pelas clínicas que receberam a solicitação para realização da pesquisa e 15 se negaram a participar. Concordaram com a participação no estudo: quatro clínicas de cirurgia, sendo uma de cirurgia geral e três de oftalmologia; quatro de oncologia; três de endoscopia; duas de diálise; e uma de radioimagem. O projeto foi novamente encaminhado ao CEP com os Termos de

anuência; após aprovação, foi realizado um contato telefônico com o profissional previamente indicado pelo responsável para marcar a data e hora da entrevista, conforme sua disponibilidade.

Os dados foram coletados com um questionário aplicado em forma de entrevista, com perguntas abertas e fechadas. As perguntas abertas foram gravadas no celular da mestrande e posteriormente deletadas. Previamente foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram inseridos em uma planilha Excel para facilitar a quantificação e apresentação das tabelas. A análise dos dados quantitativos foi descrita por meio de percentual e divididos em tabelas com grupo de dados que caracterizavam as medidas administrativas e medidas técnicas de prevenção utilizadas nas clínicas.

Os dados qualitativos foram abordados pela análise de conteúdo de Bardin, que consiste em uma técnica de interpretação das comunicações. Segundo a autora, com a leitura das falas compreende-se a mensagem das palavras e o seu significado relacionado ao tema. Essa análise do conteúdo além de reduzir os dados, articula o conteúdo empírico das falas com o referencial teórico e compõe com o objetivo proposto no estudo (BARDIN, 2011).

Essa técnica consiste em três etapas. A primeira, a pré-análise, onde se realiza uma leitura flutuante de todo o material e escolha dos documentos, formulação de hipóteses e dos objetivos de análise que fundamentam a interpretação final. Na segunda etapa a exploração do material ou codificação, que consiste em transformar os dados brutos em unidades menores, chamadas de unidades de registro, que permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo do texto. O pesquisador busca compreender o texto identificando expressões significativas no conteúdo da fala. A terceira etapa de inferência e interpretação coloca em relevo as informações fornecidas pela análise, através da quantificação simples (frequência) ou mais complexa para análise fatorial. Este tratamento de resultados permite a organização dos dados por meio de categorias e subcategorias que reduzem os elementos significativos de todo o material e permite a reconstrução teórica dos dados analisados (LACERDA;

COSTENARO, 2016).

A partir da leitura minuciosa do material transcrito foi possível fazer a exploração do conteúdo das falas. A mestranda confeccionou um grande cartaz com os recortes em papel de todas as falas, organizadas na horizontal pelas seis respostas e na vertical relacionando os quatorze serviços. Todo o material foi utilizado. O cartaz permitiu uma melhor organização e visualização do material. Com inúmeras leituras horizontais e verticais foi possível por indução identificar e selecionar as unidades de registro (UR) e marcar as que se repetiam com diferentes cores, conforme a temática. A seguir foi realizada a quantificação das UR e posteriormente o agrupamento e classificação por temas. Na análise foram surgindo as categorias e subcategorias deduzidas dos recursos conceituais e teóricos previamente conhecidos.

Os resultados da análise quantitativa e qualitativa permitiram identificar as necessidades dos serviços em termos de estrutura física e técnica e de temas relacionados à organização e gestão dos serviços para aplicação de medidas administrativas relacionadas à prevenção das infecções. Os resultados compuseram o conteúdo e o sumário do produto educativo, o manual de prevenção de infecções para os serviços ambulatoriais. Os recortes das falas dos entrevistados serão apresentados com a identificação "S" significando "sujeitos", seguido de um número arábico que corresponde a ordem das entrevistas.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu a legislação vigente, conforme os termos da Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b), do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA, instituição proponente. Na primeira avaliação do projeto, o CEP solicitou o termo de anuência por parte dos responsáveis pelo estabelecimento. A pesquisadora realizou primeiramente a busca dos serviços para a anuência e a indicação do profissional que seria entrevistado, fato que facilitou posteriormente a realização das entrevistas. A aplicação dos questionários foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) sob o CAAE: 67934117.1.0000.5345. Todos os participantes foram

esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e ficaram com a segunda via.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados serão apresentados inicialmente com os dados quantitativos para caracterizar os serviços participantes do estudo, seguido das medidas administrativas que compõem as ações de controle de infecção. Posteriormente, a análise de conteúdo das entrevistas com as categorias e subcategorias emergidas das unidades de registros, integrando com os dados quantitativos das medidas preventivas técnicas e de infraestrutura apresentadas em três tabelas. Os dados quantitativos e qualitativos são mixados produzindo informações que se apóiam mutuamente evidenciando concordâncias e divergências.

Na busca eletrônica identificaram-se 44 clínicas sendo: Sete oncológicas; cinco de endoscopia; 18 de cirurgia, incluindo plástica, geral e oftalmologia; sete de radiologia com exames contrastados; e sete de diálise. Cabe comentar sobre algumas clínicas que foram excluídas da amostra e as que não aceitaram participar da pesquisa. Todas as clínicas de cirurgia plástica encontradas (n=10), ao serem questionadas sobre a realização de procedimentos cirúrgicos ou invasivos no local, relataram que somente realizavam em hospitais. Quanto aos serviços de radiologia com exames contrastados, sete receberam a solicitação de participação da pesquisa, porém somente um aceitou. Das clínicas cirúrgicas incluídas nos critérios, foram as oftalmológicas que mais participaram da pesquisa. Em relação ao perfil dos 14 serviços ambulatoriais de saúde pesquisados, quatro eram clínicas de cirurgia, sendo uma de cirurgia geral e três de oftalmologia, quatro de oncologia, três de endoscopia, duas de diálise e uma de radioimagem. Os procedimentos invasivos de risco para infecção realizados nestes serviços são mostrados no Quadro 2.

Quadro 2 - Procedimentos com risco de infecção realizados nas clínicas ambulatoriais de saúde, 2017.

<b>Especialidade</b>	<b>Procedimentos Realizados</b>
Oncologia	Punção do cateter implantado, aplicação de quimioterápicos e imunobiológicos injetáveis, sondagem vesical de demora para aplicação de quimioterapia
Cirúrgica	Vasectomia, retirada de sinais e tumor de pele, cantoplastia, postectomia e colocação de dispositivo intrauterino (DIU).
Oftalmologia	Cirurgia de catarata, trabeculectomia, injeção intra-vítrea e implante de lentes intra-oculares.
Endoscopia	Endoscopia e colonoscopia com biópsia.
Radioimagem	Punção mamária, tomografia e ressonância magnética com contraste injetável.
Diálise	Hemodiálise por cateter ou em fístula arteriovenosa.

Quanto aos sujeitos que participaram do estudo foram 13 enfermeiros, indicados pelos responsáveis dos serviços, e um médico.

Todos os serviços eram privados e atendiam pacientes conveniados e particulares, possuíam alvará de saúde e eram fiscalizados pela vigilância sanitária anualmente, exceto as clínicas de diálise que recebiam vistoria semestral. Dos 14 serviços, somente cinco (36%) mantinham Comissão de Controle de Infecção (CCI) instituída e atuante com reuniões e registro em atas. Quanto à existência de um PCI escrito, 10 (71%) serviços mantêm um programa, e todos seguem as orientações da ANVISA. Todas as clínicas desenvolvem capacitações sendo três com frequência mensal, três bimestrais, uma trimestral, cinco semestrais e duas anualmente. Todos os serviços orientam seus pacientes a notificarem sinais e sintomas de infecção associados ao procedimento realizado, porém o cálculo das taxas de infecção é realizado em nove (64%). Foram as clínicas de oncologia que se destacaram quanto ao controle de infecção na estrutura administrativa conforme indicado na Tabela 1.

Tabela 1 - Medidas preventivas administrativas instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde. Porto Alegre, 2017.

SERVIÇOS	Privado Convênio	Certificação Alvará	Fiscalização	CCIH	Reunião Ata	Frequência	Programa escrito	Segue Anvisa	Capacitação Registro	Frequência	Orientação Notificação	Cálculo Taxa
Radio Imagem	1	1	anual	1	1	Mensal	1	1	1	Semestral	1	1
Diálise	1	1	semestral	0	0	0	0	1	1	Bimensal	1	1
	1	1	semestral	0	0	0	0	1	1	Anual	1	1
Oncologia	1	1	anual	1	1	Mensal	1	1	1	Trimestral	1	1
	1	1	anual	1	1	Trimestral	1	1	1	Mensal	1	0
Cirurgia	1	1	anual	1	1	Trimestral	1	1	1	Semestral	1	1
	1	1	anual	1	1	Mensal	1	1	1	Anual	1	1
	1	1	anual	0	0	0	0	1	1	Mensal	1	1
	1	1	anual	0	0	0	0	1	1	Mensal	1	0
Endoscopia	1	1	anual	0	0	0	1	1	1	Semestral	1	1
	1	1	anual	0	0	0	1	1	1	Bimestral	1	1
	1	1	anual	0	0	0	1	1	1	Semestral	1	0
	1	1	anual	0	0	0	1	1	1	Bimestral	1	0
TOTAL	14	14	14	5	5		10	14	14		14	9
	100%	100%	100%	36%	100%		71%	100%	100%		100%	64%

Observa-se na Tabela 1, apenas cinco serviços mantêm uma CCI atuante, fato que pode ser explicado pela Lei nº 9431/97 (BRASIL, 1997) tornar obrigatória a comissão somente em hospitais, não incluindo os demais serviços de saúde. As clínicas que mantêm a CCI se organizam de forma autônoma adaptando as recomendações contidas na Portaria Ministerial nº 2.616/98 (BRASIL, 1998) para desenvolver seu programa e suas ações de controle de infecção. Revela-se a necessidade de uma legislação atualizada que enquadre de forma mais explícita os serviços ambulatoriais de saúde.

A categorização, resultante das unidades de registros das perguntas abertas, ocorreu de acordo com semelhanças temática resultando em quatro categorias e 16 subcategorias. As categorias, subcategorias e suas unidades de registro (UR) são apresentadas a seguir no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorias, subcategorias e unidades de registros emergidas das entrevistas com representantes das clínicas ambulatoriais de saúde. Porto Alegre, 2017.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registros
Educação (169)	Capacitação (79)	Treinamento (36); Reunião com equipe/conversa (17); capacitação/orientação (15); Educação continuada (7); Conscientização (4).
	Recursos Humanos (39)	Equipe/colegas (14); Fornecedores (10); Colaboradores (8); Funcionários (7).
	Eventos Científicos (37)	Congressos (13); Palestras (6); Informações (6); Incentivo ao Conhecimento (6); Campanhas (3); Atualizações (3).
	Publicações na Internet (14)	Publicações/artigos científicos (10); Internet (4).
Prevenção (120)	Mãos (42)	Lavagem de mãos (21); Higiene de mãos (17); Álcool-gel (4).
	Materiais (40)	Produtos (13); Materiais/Material descartável (9); Barreiras físicas (7); EPIs (6), Cateter (5),
	Processamento de Produto para Saúde (30)	Esterilização (13); Limpeza de materiais (10); Desinfecção (7).
	Ambiente (8)	Limpeza de ambiente (8).
Vigilância (98)	Processos (31)	Processos (14); Rotinas (7); Normas (5); POPs (5).
	Controle (24)	Controle (20); Observação (4).
	Legislação (18)	Anvisa (7); Legislação (6); Documentação (5).
	Indicadores (15)	Indicadores (6); Rastreamento (4); Monitoramento (3); Taxas (2).
	Feedback (10)	Feedback (7); Retorno (3).
Controle de Infecção (88)	Importância (43)	Controle de infecção (26); Muito importante (17).
	Segurança (25)	Minimizar risco e dano (13); Segurança do paciente (12).
	Qualidade (20)	Qualidade do serviço (12); Custo (8).

Destaca-se a categoria “Educação” como a de maior significância, pois apresentou um número elevado de UR. Relacionando aos dados quantitativos da Tabela 1, verifica-se que todos os serviços realizam capacitação com seus profissionais, com diferentes periodicidades, expressando-se em concordância com a fala dos entrevistados:

Realizamos reuniões com as equipes. Nossas reuniões de ensino são nossas capacitações. Todos que participam do processo fazem treinamentos. Uma vez por mês fazemos um encontro. Essa educação continuada tem que ter e eles trazem as necessidades dos assuntos. (S4)

A gente acha muito importante (controle de infecção). A gente sempre busca melhorar, sempre busca em treinamentos, sempre buscando em congressos uma forma de repassar isso com segurança para nossos funcionários e pacientes. (S5)

O nosso controle de infecção aqui é bem participativo com medidas de educação continuada para que a gente consiga manter sempre o foco no que é importante para o paciente. (S6)

É bem importante que os profissionais estejam treinados para isso (processamento de materiais). Não adianta ter os POPs e não ter uma equipe capacitada. (S10)

Geralmente eu pego na internet (informações), a gente vai a palestras também. Quando eu vou a congressos eu assisto palestras de controle de infecção, também, é importante. A gente recebe os laboratórios que vendem os produtos e eles sempre mandam alguns artigos científicos de controle de infecção. (S12)

A importância atribuída à educação nesta pesquisa, revelada nos dados quantitativos e qualitativos, vem ao encontro da teoria. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia de gestão participativa para o desenvolvimento de ações assistenciais qualificadas. Os recursos humanos internos dos serviços de saúde são o bem maior da organização e ao oportunizar uma educação continuada se satisfaz necessidades pessoais e profissionais desses trabalhadores (MEDEIROS et al., 2010). Esta prática educativa abre espaço para uma participação coletiva que integra as pessoas e promove a construção de novos conhecimentos a partir das práticas vivenciadas no trabalho para melhorar o trabalho, qualificando-o.

Essa compreensão é também expressa nas falas acima relacionadas. A frase *“Essa educação continuada tem que ter e eles trazem as necessidades dos assuntos”* revela o valor de fazer a prática educativa a partir da vivência e realidade dos colaboradores.

Todos os programas de educação devem ser planejados considerando a realidade e necessidades do serviço de saúde e de seus trabalhadores. Não podem ser construídos isoladamente de cima para baixo, mas sim criados envolvendo todos os segmentos do serviço a partir da problematização das realidades locais e da integralidade do cuidado conduzindo a resultados mais exitosos e gratificantes para a equipe e pacientes. Os espaços coletivos de ensino, construídos a partir da problematização da prática tem melhores resultados, pois a aprendizagem se concretiza em ações crítico-reflexivas a partir do próprio conhecimento dos colaboradores. A aprendizagem somente será efetiva se esta for significativa aos participantes, porque a oferta de cursos e capacitações que não consideram a aprendizagem-trabalho, nem o contexto local, não surte efeito no cotidiano dos serviços (MICCAS; BATISTA, 2014).

Quanto à capacitação segue a fala de um dos entrevistados:

Mas eu ainda acho que a gente precisa de uma coisa simples que é ter mais capacitação, fazer mais capacitação... a gente fechar a clínica para fazer uma capacitação interna com todo mundo é difícil. Mas a gente pode melhorar isso, tem que melhorar isso. Melhorar a capacitação, arrumar um tempo para fazer. Tem que se organizar. (S10)

Este sujeito fala de necessidade de ter mais capacitações, mas alega falta de tempo para realizar e da necessidade de organização para atender esta demanda. Esta é uma grande dificuldade, a de criar o espaço para o ensino no ambiente de trabalho. Mas lembra-se que se a educação no trabalho é estratégia de qualificação do serviço. As gerências e gestores são responsáveis e partes interessadas no processo devendo participar do planejamento, propiciando junto com os demais colaboradores um modo de efetivar a prática educativa. Esse planejamento passa pela necessidade de incluir novas estratégias facilitadoras de ensino em saúde, utilizando metodologias ativas com aplicação prática do conhecimento no local de trabalho. Alguns exemplos dessas práticas de ensino podem ser citados como a demonstração, simulação, as oficinas, grupo de estudo de casos, estudo de texto, tempestade cerebral, mapa conceitual e seminários (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

A segunda categoria denominada “Prevenção” tem como principal subcategoria a Higienização das Mãos atribuindo forte valor a este conteúdo. As falas expressam a relevância:

Lavagem das mãos e conscientização das pessoas. O que é o mais difícil de trabalhar, a conscientização, mas é o básico. (S7)

A lavagem das mãos é uma briga constante nossa por que tem muitos estudos que dizem que a maior fonte de transmissão de infecção são as mãos de quem cuida desses pacientes. E mesmo a gente sabendo já disso que a nossa mão é tão suja, na correria do dia-a-dia a gente descuida desse detalhe, desse cuidado. Então temos dificuldades sim. (S8)

Uma das principais medidas é a higienização de mãos. A que eu elenquei como principal. Daí entra a lavagem e o uso de solução anti-séptica. Esses são os novos conceitos de higienização de mãos, não só mais a lavagem. (S10)

Os dados quantitativos da Tabela 2 relacionados à HM mostram que 100% dos serviços dispõem de dispensadores de álcool gel, porém somente duas clínicas realizam indicador de adesão de HM para avaliar a real participação na execução desta prática reconhecida como fundamental na prevenção e controle das infecções.

Tabela 2 - Medidas preventivas técnicas e de infraestrutura instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde (1). Porto Alegre. 2017.

SERVIÇOS	Higiene de Mãos			Injeção Segura			Etiqueta da Tosse		EPIs		GMR
	Dispõe Alcool gel	Sabe o que é ponto assistencial	Realiza Taxa de adesão	Orientação escrita	Capacita	Taxa de adesão	Orientação escrita	Capacita	Fornece	Taxa de adesão ao uso	
Radio imagem	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0
Diálise	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1
	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Oncologia	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0
	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1
	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1
Cirurgia	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Endoscopia	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0
	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>PERCENTUAL</b>	<b>100%</b>	<b>29%</b>	<b>14%</b>	<b>71%</b>	<b>71%</b>	<b>7%</b>	<b>14%</b>	<b>36%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>36%</b>

Analisando os dados parece haver uma concordância da importância atribuída relacionada à manutenção da infraestrutura para a HM com a disponibilização dos dispensadores de álcool gel, porém existe uma discordância relacionada à importância quando esta prática não é observada, medida e analisada pelos serviços para aferir o grau de participação dos profissionais na execução da HM.

A HM é a principal ação no controle de infecções, mas ainda não é realizada de forma satisfatória pelos profissionais de saúde. Um recente estudo americano em serviços ambulatoriais que utilizou estagiários de medicina para fazer a observação do comportamento dos profissionais encontrou entre as principais medidas de prevenção de infecção falhas na HM (THOMPON et al., 2016). Este estudo identificou em 330 registros de HM 33,9% dos profissionais usando produtos à base de álcool, 29,1% usando água e sabão e 37,0% sem higienizar as mãos nos momentos indicados.

A recomendação do estudo de Thompon et al. (2016) é que a observação do comportamento em HM seja realizada, pois o registro de altas taxas de adequação da infraestrutura e de capacitações para a HM, como observado na Tabela 2, não garantem a adesão da prática e a estratégia de vigilância do comportamento que utiliza os indicadores para retorno aos colaboradores é que tem garantido a

qualidade dos serviços. Poucos são os dados publicados sobre o tema relacionado aos ambulatorios e pouco se sabe sobre o estado geral de prevenção nesses serviços, o que evidencia ainda mais a necessidade de buscar estes fatos (THOMPSON et al., 2016).

Contemplando esta demanda a Anvisa publicou, em 2013, o “Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde”, que, além de dispor do conceito do ponto assistencial como base referencial do protocolo e realizando-se a observação dos cinco momentos da HM, mostra como realizar os indicadores de adesão da HM e de consumo de solução alcoólica e de sabonete (OMS, 2009; ANVISA, 2013d). Destes indicadores, o de consumo é obrigatório para os hospitais, mas todos são fundamentais para dar retorno às equipes médica e de enfermagem, entre outras, durante as capacitações, quando a conscientização das pessoas é promovida.

Sim e a gente tem um controle, vem os estagiários do controle de infecção e eles ficam um turno inteiro no setor avaliando e controlando a efetividade dos processos. E depois nos são passados os valores. (S6)

O que idealizo ainda instituir é o monitoramento daquilo que a gente já faz, seria um grande passo, com todas as medidas que a gente tem instituídas. Seria para ampliar a conscientização dos colaboradores de alguma maneira para que eles praticassem efetivamente todas as propostas de controle de infecção, por que a gente sabe que na totalidade nem todo mundo higieniza as mãos como deveria. (S14)

O Sujeito 6 traz o exemplo de uma clínica que também utiliza estagiários para fazer a vigilância dos processos e os indicadores são repassados nas capacitações. Divulgar os dados é uma estratégia para garantir o envolvimento dos funcionários e compreensão para a execução das boas práticas. Já o Sujeito 14 vê o monitoramento como uma prática idealizada a ser instituída, pois acredita que irá aumentar a conscientização e, conseqüentemente, a adesão às práticas de controle de infecção instituídas no serviço.

Retomando a Tabela 2 pode-se observar que a maioria dos serviços (71%) afirma ter orientações escritas e realiza capacitações sobre Injeção Segura (IS), mas monitorar a adesão desta prática acompanhando os processos de preparo e administração das medicações, somente um serviço ambulatorial estudado realiza. No estudo de Thompson et al. (2016), com 163 observações da IS, em 29 preparações de injeções não foram verificadas a HM antes do preparo e 14 (48,3%) destas não tiveram a borracha do frasco desinfetada antes da punção para obter o

conteúdo. Nas 132 observações em que a HM foi realizada, somente 19 (14,4%) destas não tiveram a borracha desinfetada. Entre 33 injeções preparadas onde a borracha não foi desinfetada, três (9,1%) também não trocaram a agulha, mesmo sendo a medicação usada pelo mesmo paciente. Em comparação, em 120 preparos de injeções onde a borracha não foi desinfetada, cinco (4,2%) não trocaram a agulha que estava sendo usada. As análises deste estudo sugerem que a falta de conformidade em um elemento de segurança foi associado com a falta de conformidade em outros elementos (THOMPSON et al., 2016). Somente estudos podem trazer conhecimento da realidade e indicar à equipe assistencial as melhorias que devem ser alcançadas, direcionando os esforços. Esse tipo de estudo também indica novas pesquisas a serem realizadas.

Os serviços do estudo foram questionados sobre a existência de orientações escritas sobre a etiqueta da tosse para contenção da transmissão de doenças respiratórias e somente dois (14%) responderam afirmativamente. O CDC (2007), na revisão do Guia para Precauções de Isolamento, mais especificamente nas Precauções Padrão, incluiu, devido a surtos mundiais de influenza, a Etiqueta respiratória/Higiene da Tosse como medida de contenção da transmissão de doenças respiratórias. Em surtos sazonais da doença, muitos usuários circulam pelos serviços com sintomas respiratórios e em ambientes fechados como as salas de espera e salas de atendimento esse risco de disseminação é aumentado. Saber identificar os sinais e sintomas, prover máscaras e divulgar folhetos educativos aos pacientes e familiares com os cuidados para promover a contenção de partículas infectantes são ações recomendadas pelo órgão (CDC, 2007).

Observando a Tabela 2, identifica-se que todos os serviços estudados fornecem EPIs usados no bloqueio da transmissão de germes, evidenciando mais uma vez a preocupação com a infraestrutura adequada, porém somente cinco (36%) destes tem um sistema de informação para identificar possíveis pacientes portadores de Germes Multirresistentes (GMR) proveniente de outras instituições de saúde. Hoffman-Roberts et al. (2016), estudaram em 346 hospitais americanos 820.017 amostras laboratoriais e 5.743 tiveram crescimento de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos distribuídas em 0,5% de pacientes ambulatoriais, 1% na admissão e 2% nos pacientes internados. Um grande problema mundial de saúde pública é emergência e propagação da resistência microbiana (RM) e seguindo as orientações do Plano de Ação Global da OMS (2015), recentemente a Anvisa elaborou um plano

nacional que visa à implantação de estratégias de detecção, prevenção e redução da RM em serviços de saúde (ANVISA, 2017). Serviços ambulatoriais recebem com frequência pacientes egressos de hospitais e de instituições de longa permanência, colonizados com GMR com risco de transmissão para outros pacientes suscetíveis. A equipe deve estar capacitada a questionar e instituir precauções e barreiras aos pacientes suspeitos de portarem GMR.

Em concordância com o tema na categoria de Prevenção estes relatos mostram a relevância e os cuidados:

Outra coisa que a gente conversa muito aqui com a equipe é sobre as barreiras entre um paciente e outro. Por que a nossa realidade, assim como outros, eu acredito, é que um profissional vai atender mais de um paciente. Então a gente sempre pensa muito e conversa sobre não levar coisas de um paciente para o outro. Temos o cuidado necessário se o paciente vem de uma internação. A gente usa avental extra. Então eu acho que o que a gente cuida. (S9)

O cuidado, a individualização dos pacientes. Os pacientes estarem em quartos separados, que a gente tem salas individuais. Acho que isso favorece muito a diminuição do risco de infecção... a gente tem todo esse cuidado e todos eles têm uma higienização muito eficaz. A gente tem regimento interno de controle de infecção para a limpeza. Eu acredito em sempre aprimorar buscando novas medidas e novos produtos. (S11)

A Tabela 3 apresenta a continuação das medidas preventivas técnicas e de infraestrutura instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde.

Tabela 3 - Medidas preventivas técnicas e de infraestrutura instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde (2). Porto Alegre, 2017.

SERVIÇOS	Processamento de Produtos para a Saúde								
	Rotinas Escritas	Detergente Enzimático	Desinfecção Química	Monitora Concentração	Esterilização	Monitora Indicador Biológico	Periodicidade Indicador biológico	Capacitação	Periodicidade
Radio imagem	1	1	0	0	Terceiriza	1	Por carga	1	Anual
Diálise	1	1	0	0	1	1	Semanal	1	Bimestral
	1	1	1	1	Terceiriza	0	Não sabe	1	Não tem
Oncologia	1	1	0	0	Terceiriza	1	Por carga	1	Anual
	1	1	0	0	Terceiriza	0	Não sabe	1	Semestral
	1	1	0	0	Terceiriza	0	Não sabe	1	Anual
	1	1	0	0	Terceiriza	0	Não sabe	1	Anual
Cirurgia	1	1	0	0	1	1	Diário	1	Mensal
	1	1	0	0	1	1	Diário	1	Semestral
	1	1	0	0	1	1	Por carga	1	Semestral
	1	1	0	0	1	1	Diário	1	Semestral
Endoscopia	1	1	1	1	1	1	Semanal	1	Mensal
	1	1	1	1	1	1	Por carga	1	Semestral
	1	1	1	1	Terceiriza	1	Por carga	1	Anual
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>10</b>		<b>14</b>	<b>14</b>
<b>PERCENTUAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>29%</b>	<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>71%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>

Nos resultados da Tabela 3 do estudo quantitativo sobre o processamento de produtos para a saúde, pode-se dizer que todos os serviços mantêm rotinas escritas do processamento, todos utilizam detergente enzimático e realizam capacitações, com periodicidade variável sobre este tema. O que deve ser ressaltado é que apenas quatro serviços realizam desinfecção de artigos médicos, porém destes, todos monitoram a concentração do desinfetante. Observa-se também que todos os serviços utilizam a esterilização para processamento, mas sete, ou seja, a metade dos serviços estudados terceiriza a esterilização sendo que quatro destes não sabem a periodicidade do controle biológico que a prestadora de serviço contratada efetua. Esta responsabilidade é do serviço de saúde e da empresa esterilizadora, e estão contempladas na RDC nº 15 (ANVISA, 2012b).

Os achados no estudo quantitativo da Tabela 3 convergem com a importância atribuída da categoria Prevenção e as demais subcategorias denominadas: materiais, processamento de produtos para a saúde e ambiente.

[...] a gente busca sempre oferecer o melhor em nível de material descartável e de esterilização de materiais. Hoje o que a gente esteriliza é apenas o instrumental. O material é todo descartável. Campos descartáveis, aventais descartáveis, então a gente tem todo um cuidado em relação ao material. (S3)

A gente está usando os bons produtos, a gente está usando bom material... usando os integradores químicos e biológicos, fizemos o Bowie Dick, o nosso sabão é de última geração. Claro que tudo isso aumenta o custo. É um custo elevadíssimo. Mas tem seu benefício que é esse, não ter esta questão da infecção. (S4)

O cuidado com a desinfecção. Observar sempre o tempo certo da limpeza dos equipamentos e desinfecção do aparelho. A gente possui mais de um aparelho justamente para poder obedecer ao tempo certo de limpeza e desinfecção. E a gente sabe que isso é de suma importância para esse paciente que nos procura. (S5)

Todos os produtos saneantes que nós utilizamos aqui eles devem ter registro na Anvisa, e toda documentação necessária, a gente faz um teste primeiro para ver se ele atende as nossas necessidades e daí nós padronizamos. Nós utilizamos só produtos de ponta. O principal referencial da gente é a Anvisa. (S14)

A Tabela 4 finaliza a apresentação das medidas preventivas técnicas e de infraestrutura instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde.

Tabela 4 - Medidas preventivas técnicas e de infraestrutura instituídas nas clínicas ambulatoriais de saúde (3). Porto Alegre, 2017.

SERVIÇOS	Saúde Ocupacional		Limpeza Ambiente			Roupas		Resíduos	
	Rotina Acidente	Exige Vacinas	Rotina escrita	Capacitação	Avaliação Competência	Lavanderia Terceirizada	Anvisa	Plano Resíduo	Capacitação
Radioimagem	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diálise	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	1	1	1	0	0	1	Não sabe	1	1
Oncologia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Cirurgia	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	0	1	1	1	0	1	1	1	1
Endoscopia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	1	1	1	1	0	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>13</b>
<b>PERCENTUAL</b>	<b>93%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>93%</b>	<b>36%</b>	<b>100%</b>	<b>93%</b>	<b>100%</b>	<b>93%</b>

Na Tabela 4 os resultados observados sobre as medidas preventivas técnicas e de infraestrutura relacionados à saúde ocupacional, processamento das roupas e manejo de resíduos mostram que os serviços se adéquam às normas e isto pode ser justificado devido a fiscalização sanitária exigente e legislação trabalhista bem estabelecida. No ponto limpeza do ambiente evidencia-se que somente cinco (36%) serviços realizam acompanhamento do funcionário após a capacitação para certificar a competência na realização da tarefa. A limpeza e desinfecção das superfícies ambientais exigem técnicas complexas e corretas como as descritas no manual intitulado Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies (ANVISA, 2012a). Não foram encontrados estudos de acompanhamento dos profissionais no desenvolvimento destas técnicas, porém, segundo a Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH, 2013), indicam-se estratégias educacionais participativas e criativas para o desenvolvimento da competência, o uso de tecnologias para monitoramento da eficácia da limpeza e ferramentas de avaliação para medir a qualidade, instituindo indicadores de treinamento que irão auxiliar no processo administrativo de tomada de decisões (APECIH, 2013).

A terceira categoria do estudo qualitativo é “Vigilância” com subcategorias processos, controle, indicadores, legislação e feedback:

Acho que a gente pode melhorar mantendo um controle maior, talvez um

protocolo em relação aos funcionários e fazer essa avaliação junto a eles para ver a eficácia do funcionamento. (S5)

A gente tem a vigilância de processos que o controle de infecção realiza periodicamente que inclui a HM e incluem e essas barreiras todas. (S9)

Acho que a gente tem que ir mais efetivamente atrás disso para levantar alguns dados, controlar toda parte de estoque, de materiais, verificar se não tem nada que está fora do prazo de validade. A gente sempre procura fazer isso, mas acho que tem que ter alguém mais específico nessa área de controle de infecção. (S12)

Não tem um indicador para te garantir cem por cento de que é feito. O que a gente faz sim é um controle diário de avaliação dos funcionários e treinamento. Agora te dizer que eu tenho um indicador... Até porque a gente faz o trabalho todo manual, não temos máquinas processadoras que te dão o tiquet garantido certinho que foi feito todo o processo, então nosso trabalho é muito manual, é na confiança. A gente faz toda limpeza e a desinfecção de forma manual... O que a gente pretende implantar é alguma coisa de forma mais efetiva a garantir esse processo. (S13)

Acho que garantir o processo de limpeza, de desinfecção, além da rastreabilidade, mas que todo o processo esteja sendo feito, é uma preocupação nossa que desde o início do exame até o fim e mais a limpeza da sala seja feita com todo o processo. (S14)

Nas falas dos sujeitos observa-se a valor dado à vigilância e a necessidade dos serviços em controlar e avaliar os processos assistenciais realizados para avançar na qualidade. Atualmente a gestão para atender o mercado é realizada com base na análise de indicadores e um programa de vigilância deve ser instituído para dar suporte a um sistema de prevenção de infecções (MARTINS; BOBSIN, 2017).

Donabedian (1988) define que um programa de qualidade deve ser construído utilizando três pilares de medida: estrutura, processo e resultado. O indicador de resultado é o desfecho de um cuidado ou tratamento; o indicador de processo mostra como está sendo realizado o cuidado, os passos dessa assistência; e o de infraestrutura denota a condição de recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizacional do serviço (KAWAGOE; GONÇALVES, 2013). Os dados quantitativos deste estudo mostram alguns exemplos de indicadores relacionados à prevenção de infecções, mas podem ser inúmeros. Os serviços do estudo estão adequados quando avaliados por indicadores de estrutura como a disposição de álcool gel para HM e oferta de EPIs para bloqueio da transmissão dos germes. Quanto ao indicador de processos encontraram-se apenas duas clínicas que realizam adesão da HM e uma que avalia a IS. Os indicadores de resultado, que são as taxas de infecção, são realizados por nove (64%) dos 14 serviços. Os serviços têm muito em que avançar em gestão para atender a preocupação de melhoria da

qualidade de assistência e garantir a segurança do paciente, incluindo diminuir o risco de infecções. Planejar e implantar o monitoramento dos principais processos revelará aos serviços indicadores de avaliação da qualidade assistencial e os colocará no movimento mundial pela segurança do paciente.

A última categoria emergida das falas é “Controle de Infecção” com as subcategorias importância, segurança e qualidade. Apresentam-se algumas falas relacionadas:

Controle de Infecção tem máxima importância principalmente por estar associada a risco ao paciente e a qualidade do serviço mesmo. A gente fala muito sobre isso no núcleo de Segurança do paciente e lá a gente troca muita informação e idéias com o pessoal do controle de infecção. (S9)

[...] nós temos cronogramas do controle de infecção, nós inclusive participamos no programa brasileiro de segurança do paciente e um dos itens que a gente participa é em relação às infecções de cateter que está relacionado diretamente ao controle de infecção e higienização das mãos. (S13)

O enfermeiro é muito responsável por essa parte de controle de infecção. Então a gente procura estar sempre fazendo dentro da legislação. Dentro do que é realmente nos orientado e nos fornecido, fazer teu trabalho reduzindo os níveis de infecção ao limite, aplicável para trabalhar, então eu acho que isso é prioridade é extremamente importante que se tenha Controle de Infecção. (S14)

Nas falas apresentadas se observam dois sujeitos indicando a organização do serviço e engajamento na cultura de segurança do paciente para obtenção da melhoria da qualidade. As metas de segurança são adotadas no mundo todo para oferecer uma assistência qualificada, garantindo segurança ao paciente, ao profissional de saúde e à instituição prestadora do cuidado.

A IRAS é considerada um EA, mas a grande maioria dos EAs não tem causa infecciosa e não costumam ser identificados nas instituições. Iniciou-se o milênio com a confirmação de que o atendimento à saúde está entre as atividades humanas mais perigosas e para saber a dimensão das ocorrências, metodologia científica e investigação epidemiológica precisam ser instituídas em uma sistemática de identificação, monitoramento e notificação dos eventos adversos (ANVISA, 2013c).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem feito esforços para melhorar, através da regulação dos planos de saúde privados, o incentivo à certificação e adoção de indicadores de qualidade. A Acreditação de Operadoras de Saúde já é uma realidade e em seus itens avaliativos contempla a preocupação com ações de qualidade e segurança na assistência aos seus beneficiários (BERQUÓ, 2017). Um

estudo australiano com 96 hospitais em oito auditorias, no período de 2009 a 2013 aumentaram a taxa de conformidade da HM de 67,7% para 80,3%, sendo que a média em hospitais pequenos foi de 7,8% maior que em grandes hospitais, o que pode ser esperado também nos serviços ambulatoriais. Os resultados deste estudo indicam que os dados de auditoria em HM possam ser usados como indicadores de melhoria da qualidade confiáveis para a acreditação, sugerindo a conformidade na HM como um indicador de processo potencial para o credenciamento dessas instituições (MUMFORD et al., 2014).

Observa-se no estudo qualitativo que os sujeitos entrevistados atribuem grande importância às ações de prevenção controle de infecção para prestar uma assistência segura e de qualidade e consideram a educação uma direção para resultados exitosos. Na análise quantitativa somente as clínicas oncológicas mostraram-se mais organizadas na utilização de indicadores de processos como o de adesão à HM e adesão aos cuidados da IS. As clínicas em geral mostram maior adequação nas estruturas materiais como se verifica nos dispensadores de álcool gel, na distribuição de EPIs e no processamento de produtos para a saúde. Quanto aos indicadores de resultado e de processos dos serviços avaliados, estes muito têm a evoluir para atender ao movimento internacional de cultura da segurança nas instituições de saúde.

## **6 PRODUTO EDUCACIONAL**

### **Introdução**

Os serviços ambulatoriais de saúde, como clínicas e consultórios médicos com procedimentos invasivos, centros de pequenas cirurgias ambulatoriais e outras configurações especializadas, merecem um olhar mais atento no que se refere ao risco de infecção e segurança do paciente. De forma crescente esses serviços de saúde incorporam tecnologia e aumentam a diversidade de atendimentos focando na prevenção, diagnóstico, tratamento e/ou estética. No Brasil, no ano de 2017, o país contabilizou 205.362 serviços ambulatoriais particulares revelando um importante papel na rede de assistência à saúde (BRASIL, 2018).

Atualmente, enfrenta-se o ressurgimento de doenças infectocontagiosas causadas por bactérias multirresistentes e vírus mais infectantes. Como exemplos citam-se a gripe, a tuberculose pulmonar multidroga resistente, e as síndromes infecciosas por bactérias multirresistentes. Não é incomum notícia de surtos de infecção após procedimentos relacionados às más práticas em prevenção de infecção em serviços ambulatoriais. Os danos que resultam destas falhas nos processos em clínicas ambulatoriais geram queixas judiciais e dolo a inúmeros usuários desses serviços (MACEDO; HENRIQUES, 2009; OYONG et al., 2015).

Apesar dos serviços ambulatoriais estarem incluídos no termo “serviços de saúde” nas recomendações nacionais, são os hospitais os serviços de maior complexidade, que recebem a regulação sistemática pela ação da vigilância sanitária que prioriza a alta complexidade e são também os hospitais que mantêm obrigatoriamente os profissionais executivos nos serviços de controle de infecção atuando nas ações de prevenção e controle (BRASIL, 1998; CATTANI, 2011).

Os serviços ambulatoriais necessitam de forma autônoma corresponder em conhecimento e adequação nas estruturas e processos para participação do sistema de saúde com ações seguras. Portanto, é fundamental o conhecimento do tema para aplicação das práticas de prevenção de infecção de modo a garantir um ambiente seguro e confiável para os usuários e profissionais.

### **Objetivo**

Oferecer um manual digital gratuito para os serviços ambulatoriais a fim subsidiar a implantação e implementação de ações de prevenção das infecções e de

ensino nos serviços.

### **Público Alvo**

O manual é destinado aos gestores e profissionais de saúde e atende às necessidades evidenciadas na análise dos resultados da pesquisa qualitativa e quantitativa realizada, onde foram investigados aspectos importantes atribuídos ao tema. A proposta do manual ser confeccionado em mídia digital gratuita objetiva uma ampla divulgação em associações e conselhos de profissionais da saúde para oferecer esse recurso educativo aos serviços.

### **Método**

A construção do manual foi feita a partir dos resultados da pesquisa que buscou conhecer a realidade dos serviços ambulatoriais quanto às ações de controle de infecção existentes. Foram realizadas entrevistas com enfermeiros e um médico das clínicas e aplicou-se um questionário com as perguntas abertas e fechadas. As perguntas abertas abrangeram a importância ao tema, o significado e aspirações no cotidiano dos serviços e as perguntas fechadas direcionadas às questões técnicas e de infraestrutura, baseadas no *checklist* do Manual de Prevenção de Infecções em Serviços Ambulatoriais do CDC (2015). A análise dos resultados permitiu a identificação de medidas administrativas e técnicas de prevenção de infecção de maior relevância e desta análise selecionaram-se os conteúdos que compuseram o manual. Assim, ele está dividido em duas partes como apresentado no Sumário.

#### PREFÁCIO

#### APRESENTAÇÃO

#### **Medidas Preventivas Administrativa**

- 1.1 Educação Permanente em Saúde
- 1.2 Práticas de Ensino em Serviços de Saúde
- 1.3 Qualidade de Serviço
- 1.4 Segurança do Paciente
- 1.5 Vigilância das Infecções
- 1.6 Vigilância de Processos
- 1.7 Legislação e Notificação

## **2 Medidas Preventivas Técnicas**

### 2.1 Higienização das Mãos

### 2.2 Injeção Segura

### 2.3 Etiqueta da Tosse/Higiene Respiratória

### 2.4 Bloqueio de Germe Multirresistente

### 2.5 Processamento de Produtos para a Saúde

### 2.6 Higienização do Ambiente

Na primeira parte do manual, as medidas preventivas administrativas, os temas dos capítulos foram construídos pela análise qualitativa da pesquisa. A categoria “Educação” foi a mais relevante e direcionou a elaboração de dois capítulos: “Educação Permanente em Saúde” e “Práticas de Ensino” que podem subsidiar ações de educação e ensino realizadas nos serviços. Os capítulos sobre “Qualidade do Serviço”, “Segurança do Paciente”, “Vigilância das Infecções”, “Vigilância de Processos” e “Legislação e Notificação” emergiram das categorias “Vigilância” e “Controle de Infecção” e suas subcategorias, que indicaram a necessidade de instrumentalizar com o conteúdo para as ações pertinentes.

A segunda parte do manual, as medidas preventivas técnicas, foi composta de capítulos cujos conteúdos emergiram da categoria “Prevenção” e dos resultados do estudo quantitativo, direcionados aos resultados que mostraram as maiores inadequações. Assim, o manual foi construído a partir das necessidades e realidade evidenciadas na pesquisa realizada.

O manual foi organizado pela mestranda e seus orientadores. Os capítulos foram escritos por convidadas enfermeiras especialistas, mestres e doutoras atuantes profissionalmente na área relacionada ao tema do capítulo. A mestranda é especialista na área de controle de infecção e conhecia previamente as autoras. Estas foram convidadas através de uma mensagem eletrônica (APÊNDICE E) com um anexo especificando as normas de redação do capítulo (APÊNDICE F). Para a elaboração do prefácio, a mestranda convidou o seu orientador e coorientadora. A apresentação e a organização do manual foram feitas pela mestranda que enviou mais uma mensagem eletrônica (APÊNDICE G) às autoras apresentando alguns dados da pesquisa, que caracterizam o perfil e as necessidades dos serviços ambulatoriais, com a intenção de auxiliar na elaboração dos capítulos.

**Resultados esperados**

Pretende-se disponibilizar o produto educativo em forma de manual digital para que os gestores e profissionais de saúde dos serviços ambulatoriais possam utilizá-lo como referencial na ampliação das ações de prevenção de infecções. O manual irá subsidiar as práticas educativas e, principalmente no que se refere à instituição do monitoramento dos processos internos, com objetivo de melhorar os resultados, garantir a segurança ao paciente e qualidade assistencial. A utilização do manual na prática assistencial poderá também incentivar a pesquisa científica através da publicação dos dados gerados nos modelos de vigilância da prática assistencial (APÊNDICE I).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu identificar as medidas técnicas e administrativas empregadas e a estrutura existente nos serviços ambulatoriais de saúde para prevenção das IRAS. De um modo geral evidenciou-se adequação nas ações referentes à infraestrutura material, rotinas e capacitações, estando de acordo com as exigências sanitárias. Porém, nos desfechos evidencia-se que ações de vigilância dos processos e resultados da assistência praticamente inexistem nos serviços. Sabe-se que a estrutura física é fundamental para assistir em saúde, porém não garantem as boas práticas. A vigilância dos processos internos e dos resultados da assistência, com o retorno dos indicadores às equipes, confirmada o conhecimento e conscientização da realidade para propor mudança na busca de melhorias. O uso de indicadores assistenciais possibilita medir e nortear a direção dos esforços. A avaliação do desempenho da assistência coloca o serviço de saúde em destaque em um mercado exigente e o engaja no movimento mundial pela segurança ao paciente e qualidade assistencial.

Esta pesquisa também verificou a existência de ações educativas direcionadas a prevenção das IRAS e mostrou que os profissionais entrevistados atribuem grande importância à educação no local de trabalho. Os profissionais realizam capacitações das mais variadas maneiras e frequências direcionadas a qualificação dos serviços. Sabe-se que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia de gestão participativa para o desenvolvimento de ações assistenciais qualificadas e de valorização dos recursos humanos e da comunidade. O ensino em serviço baseado em metodologias integrativas e problematizadoras geram satisfação e desenvolvimento dos profissionais, tornando o ensino mais eficiente em suas potencialidades. A EPS qualifica o serviço para obter sucesso no mercado e responder às demandas tecnológicas, éticas e sociais. A pesquisa evidenciou como necessidade abordar este tema e direcionou dois capítulos no produto educativo.

Por tratar-se de um mestrado profissional na área de ensino, o produto educacional proposto foi um manual direcionado às necessidades, relacionadas à prevenção das IRAS, evidenciadas na pesquisa sobre estes serviços. Com análise dos resultados da pesquisa qualitativa e quantitativa das clínicas pesquisadas, foi possível construir um produto educativo específico e direcionado aos serviços

ambulatoriais. Ao elaborar um manual voltado às deficiências evidenciadas, pretende-se fornecer fundamentação teórica para operacionalizar as ações de prevenção de infecção que suprirão estas insuficiências. A abordagem consiste não somente de intervenções técnicas, mas em ações de educação e vigilância dos processos e resultados da assistência, promovendo assim a segurança e qualidade nos serviços. O manual poderá auxiliar a gestão e os profissionais de saúde na implementação da prática assistencial qualificada, servindo como um recurso educativo para o desenvolvimento do ensino em serviço.

As clínicas que participaram do estudo foram parceiras, aceitando a investigação e contribuindo para a identificação de suas necessidades e construção de um material educativo direcionado. Pode-se inferir que estas se consideram adequadas em suas condições assistenciais e permitiram sua exposição ao pesquisador. Participaram do estudo clínicas atentas na qualificação do atendimento e viram na participação da pesquisa uma oportunidade de aprimoramento e contribuição com novos conhecimentos evidenciados na pesquisa. Quanto às clínicas que negaram a participação, estas não permitiram descortinar sua realidade.

Poucas são as pesquisas e publicações em revistas científicas acerca dos serviços ambulatoriais, apontando a necessidade de se levantar e publicar mais dados sobre as práticas desses serviços. O estudo tem a pretensão de servir como motivador para trabalhos adicionais sobre o tema. A aplicação das ações administrativas e técnicas de prevenção das IRAS, contidas no produto educativo construído a partir desta pesquisa, poderão contribuir para novas pesquisas. A cultura da segurança é um novo desafio que se coloca no cotidiano dos serviços de saúde onde estão incluídos os serviços ambulatoriais.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução nº 48**, de 02 de junho de 2000. Fica aprovado o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília, DF: Anvisa, 2000.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: higienização das mãos**. Brasília, DF: Anvisa, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 63**, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília, DF: Anvisa, 2012a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Resolução nº 15**, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2012b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2013-2015)**. Brasília, DF: Anvisa, 2013a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 23/01/2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2013b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36**, de 25 de julho de 2013c. Institui ações para a segurança do paciente. Brasília, DF: Anvisa, 2013c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 22/01/2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2013d. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos>>. Acesso em: 18/01/2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 14: avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)**

e resistência microbiana do ano de 2015. Brasília, DF: Anvisa, 2015. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente>>. Acesso em: 25/01/2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020)**. Brasília, DF: Anvisa, 2016. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=OTgzMg%2C%2C>. Acesso em: 25/01/2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: Anvisa, 2017.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos em serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: APECIH, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Karina B. Calife; GONÇALVES, Otília S. Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-99, 2011.

BERQUÓ, Laura. Histórico da segurança do paciente e do controle das infecções. In: PRATES, Cassiana Gil; STADŃIK, Claudio Marcel. **Segurança do paciente, gestão de riscos e controle de infecções hospitalares**. Porto Alegre: Moriá, 2017. p. 29-50.

BRASIL. **Decreto nº 5.2464**, de 12 de setembro de 1963. Dispõe sobre as Normas Técnicas Especiais para orientação, organização e funcionamento e a fiscalização de instituições de assistência médico-social no País. Brasília, DF: Senado Federal, 1963. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-52464-12-setembro-1963-392463-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27/03/2018.

BRASIL. **Lei nº 9.431**, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Brasília, DF: Senado Federal, 1997.

BRASIL. **Portaria nº 2.616**, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Portaria nº 198**, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA.

**Relatório sobre o cadastramento das coordenações municipais de controle de infecção hospitalar - CMCIH -2010/2012.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabnet. DataSus.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30/01/2018.

CARLING, Philip C.; HUANG, Susan S. Improving healthcare environmental cleaning and disinfection: current and evolving issues. **Infection Control and Hospital epidemiology**, v. 34, n. 5, p. 507-13, may, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1086/670222>>. Acesso em? 18/01/2018.

CATTANI, Ana; AERTS, Denise R. G. da Costa; CESA, Kátia. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde de Porto Alegre: a construção de uma história.** Porto Alegre: Finaliza, 2011.

CECCIN, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

CECCIN, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings the Healthcare.** Atlanta: CDC, 2007. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines.pdf>>. Acesso em: 15/01/2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidance for Control of Infections with Carbapenem-Resistant or Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae in Acute Care Facilities.** Atlanta: CDC, 2009. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5810a4.htm>>. Acesso em: 03/02/2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guide to infection prevention for outpatient settings:** minimum expectations for safe care. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases Division of Healthcare Quality

Promotion, versão 2.2, November. Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/hai/pdfs/guidelines/ambulatory-carechecklist\\_508\\_11\\_2015.pdf](https://www.cdc.gov/hai/pdfs/guidelines/ambulatory-carechecklist_508_11_2015.pdf)>. Acesso em: 10/01/2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guide to infection prevention for outpatient settings**: minimum expectations for safe care. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases Division of Healthcare Quality Promotion, versão 2.3, Sep. Atlanta: CDC, 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hai/settings/outpatient/outpatient-care-guidelines.html>>. Acesso em: 14/01/2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011.

COORDENADORIA GERAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Dados CGVS**. Porto Alegre: CGVS, 2017. Disponível em: Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p\\_secao=366](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=366)>. Acesso em 8/3/2017.

DAL-FARRA, Rossano André; LOPES, Paulo T. Campos. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances**: estudos sobre educação, Presidente Prudente, v. 24, n. 3, p. 67-80, set-dez. 2013.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care. How it be assessed? **JAMA**, 260: 1743-48, 1988.

EILERS, Renske; VELDMAN-ARIESEN, M.J.; HAENEN, Anja et al. Prevalence and determinants associated with healthcare-associated infections in long-term care facilities in the Netherlands, May to June 2010. **Euro Surveillance**, v. 17, n. 34, p. 20.252, 2012. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N34/art20252.pdf>>. Acesso em: 26/02/2018.

FARIAS, Paulo A. Maia; MARTIN, Ana L. Aguiar Rocha; CRISTO, Cintia Sampaio. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143-58, 2015.

FERNANDES, Antônio Tadeu. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática da autonomia. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GOUVÊA, Carla. Indicadores de segurança do paciente. In: SOUZA, Paulo; MENDES, Walter. (orgs.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos. **Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

HOFFMAN-ROBERTS, Holly; OLESKY, Melanie; TABAK, Ying P. et al. National prevalence of carbapenem-resistant *enterobacteriaceae* in the ambulatory and acute care settings in the United States in 2015. **Open Forum Infectious Diseases**, v. 3, sup. 1, p. 352, 2016. Disponível em: ><https://doi.org/10.1093/ofid/ofw172.216>>. Acesso em: 10/03/2018.

HOGARDT, Michel; PROBA, P.; MISCHLER, D. et al. Current prevalence of multidrug-resistant organisms in long-term care facilities in the Rhine-Main district, Germany, 2013. **Euro Surveillance**, v. 20, n. 26, p. 21.171, 2015. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V20N26/art21171.pdf>>. Acesso em: 12/01/2018.

KAWAGOE, Júlia Yaeko; GONÇALVES, Priscila. Prevenção e Controle de Infecção para a Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. In: **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: Anvisa, 2013. p. 141-51.

KOSSOVER, Raquel; CHI, Carolyn; WISE, Matthew et al. Infection prevention and control standards in assisted living facilities: are residents' needs being met? **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 15, n. 1, p. 47-53, jan. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624393/>>. Acesso em: 13/01/2018.

LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina G. Santini. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

MACEDO, Jefferson L. Soares; HENRIQUES, Cláudio M. Pessanha. Infecções pós-operatórias por micobactérias de crescimento rápido no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 24, n. 4, 2009.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, Francyne S. Lopes; BOBSIN, Patrícia. Auditoria e vigilância de processos. In: PRATES, Cassiana Gil; STADŇIK, Claudio Marcel. **Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Controle de Infecções Hospitalares**. Porto Alegre: Moriá, 2017. p. 125-150.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de; PEREIRA, Queli L. Castro; SIQUEIRA, Hedi C. Heckler et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, jan-fev. 2010.

MICCAS, Fernanda Lupino; BATISTA, Silvia H.S. da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-85, 2014.

MINAYO, Maria C. de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MUMFORD, Virginia; GREENFIELD, David; HOGDEN, Anne et al. Disentangling quality and safety indicator data: a longitudinal, comparative study of hand hygiene compliance and accreditation outcomes in 96 Australian hospitals. **BMJ Open**, v.4, p. e005284, 2014. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/4/9/e005284>>. Acesso em: 17/01/2018.

MUNOZ-PRICE, L. Silvia; BANACH, David; BEARMAN, Gonzalo et al. Isolation precautions for visitors. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 36, n. 7, p. 747-58, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26017347>>. Acesso em: 11/01/2018.

ONTARIO AGENCY FOR HEALTH PROTECTION AND PROMOTION. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee **Best Practices for Environmental Cleaning for Prevention and Control of Infections In All Health Care Settings**. Toronto: Queen's Printer for Ontario. 2<sup>nd</sup> ed. may, 2012.

ONTARIO AGENCY FOR HEALTH PROTECTION AND PROMOTION (PUBLIC HEALTH ONTARIO). Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. **Infection Prevention and Control for Clinical Office Practice**. 1st Revision. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario, Apr. 2015.

OPPERMANN, Carla Maria; CAREGNATO, Rita C. Aquino; AZAMBUJA, Marcelo Schenk. Riscos de infecção em serviços de saúde fora do contexto hospitalar: revisão integrativa. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 3, ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **15 de Outubro**: Dia Mundial da Lavagem das Mãos. Brasília, DF: OMS, 2008.

OYONG, Kelsey et al. Health Care-Associated Infection Outbreak Investigations in Outpatient Settings, Los Angeles County, California, USA, 2000–2012. **Emerging Infectious Diseases**, v. 21, n. 8, Aug. 2015.

PACHECO, Kátia C. Ferreira; BONAMIGO, Andréia Wander; CAREGNATO, Rita C. Aquino; AZAMBUJA, Marcelo Schenk. Educação permanente: dispositivo estratégico para implementação de novas práticas relacionadas à infecção hospitalar. In: CAREGNATO, Rita C. Aquino; ALMEIDA, Alexandre do Nascimento. **Ensino na saúde: desafios contemporâneos na integração ensino e serviço**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 63-73.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Dados sobre saúde**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1159>. Acesso em: 27/02/2018.

PEREIRA, Cristina E. Benincá; BONAMIGO, Andréia Wander. A educação permanente das equipes de saúde da família: desafios e potencialidades. In: CAREGNATO, Rita C. Aquino; ALMEIDA, Alexandre do Nascimento. **Ensino na Saúde: desafios contemporâneos na integração ensino e serviço**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 47-61.

PIZUTTI, Paola Lucca; ALMEIDA, Alexandre do Nascimento; MILÃO, Luzia Fernandes. Educação permanente em saúde: 10 anos de uma política instituída para fortalecer o SUS. In: CAREGNATO, Rita C. Aquino; ALMEIDA, Alexandre do Nascimento. **Ensino na Saúde: desafios contemporâneos na integração ensino e serviço**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 29-45.

PORTAL BRASIL. **População teve acesso a 1,4 bilhão consultas médicas pelo SUS em um ano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-aceso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>. Acesso em: 30/01/2018.

REZENDE, Keyti C.A. Damas; TIPPLE, Anaclara F. Veiga; SIQUEIRA, Karina Machado et al. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 343351, 2012.

ROMAN, Cassiela; ELLWANGER, Juliana; BECKER, Gabriela Curbeti et al. Metodologias ativas de ensino e aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical and Biomedical Research**, v. 37, n. 4, p. 349-57, 2017.

SANTOS, Raíssa Passos dos; NEVES, Eliane Tatsch; CARNEVALE, Franco. Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patricia Benner. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 192-6, fev. 2016.

SARDINHA, Letícia P.; GONÇALVES, Ludimila Cuzatis; COSTA, Tiago Dutra et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvelando seus conceitos. **Enfermaria Global**, 307-22, 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf). Acesso em: 14/01/2018.

SEE, Isaac; NGUYEN, Duc B.; CHATTERJEE, Somu et al. Outbreak of tsukamurella spp. bloodstream infections among patients of an oncology clinic-West Virginia, 2011-2012. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 35, n. 3, p. 300-6, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830385/>. Acesso em: 10/01/2018.

SILVA, Eni Hilário da; PADOVEZE, Maria Clara; TANAKA, Arnaldo Toyokazu et al. Avaliação da prevenção de tuberculose ocupacional em um hospital brasileiro. **Revista Rene**, v. 16, n. 4, p. 549-56, jul-ago. 2015.

SILVA, Giselda Monteiro da; SELFFERT, Otília Maria. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-6, maio-jun. 2009.

SOUZA, Cacilda da Silva; IGLESIAS, Alessandro Giralardi; PAZIN-FILHO, Antônio. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais. **Revista Medicina de Ribeirão Preto**, v. 47, n. 3, p. 284-92, 2014.

THOMPSON, Nicola D.; SCHAEFER, Melissa K. Never events: hepatitis B outbreaks and patient notifications resulting from unsafe practices during assisted monitoring of blood glucose, 2009-2010. **Journal of Diabetes Science and Technology**, v. 5, n. 6, p. 1396-402, 2011.

THOMPSON, Deborah, et al. Using medical student observers of infection prevention, hand hygiene, and injection safety in outpatient settings: a cross-sectional survey. **American Journal of Infection Control**, v. 44, p. 374-80, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. **Global action plan on antimicrobial resistance**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <[http://www.wpro.who.int/entity/drug\\_resistance/resources/global\\_action\\_plan\\_eng.pdf](http://www.wpro.who.int/entity/drug_resistance/resources/global_action_plan_eng.pdf)>. Acesso em: 20/02/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. **Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<apps.who.int/iris/bitstream/10665/250232/1/9789241549851-eng.pdf>>. Acesso em: 25/02/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**. Geneva, WHO, 2009. Disponível em: [http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who\\_guidelines-handhygiene\\_summary.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf). Acesso em: 15 jan. 2018.

## ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PREVENÇÃO DE INFECÇÕES EM SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE

**Pesquisador:** Marcelo Schenk de Azambuja

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 67934117.1.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.230.072

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objetivo conhecer a estrutura existente nos serviços ambulatoriais de saúde extra-hospitalares quanto à prevenção das infecções relacionadas à assistência em saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quali-quantitativa direcionada aos serviços ambulatoriais críticos para infecção como as clínicas de cirurgias, clínicas oncológicas, de diálise, endoscopia e de imagem com exames contrastados. O estudo será realizado em clínicas localizadas na cidade de Porto Alegre considerando uma amostra por conveniência de 30 serviços de saúde ambulatoriais, fora de contexto hospitalar, que apresentam risco aumentado de infecção. A partir dos resultados desta investigação será elaborado um produto educativo direcionado às necessidades e especificidades destes serviços.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal:

Desenvolver um produto educativo sobre prevenção de infecções em serviços ambulatoriais no Brasil.

Objetivo Secundário:

Objetivos específicos

Identificar os métodos administrativos empregados nos serviços ambulatoriais de saúde para

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.230.072

prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

- Identificar a estrutura técnica e material para a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- Verificar a existência de ações educativas direcionadas a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- Conhecer o ambiente e suas práticas para subsidiar a construção do produto educativo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Essa pesquisa tem riscos mínimos aos sujeitos entrevistados podendo ocorrer constrangimento leve durante a participação. Será respeitado o seu interesse e desejo na participação ou não do estudo. Quanto ao serviço de saúde e ao entrevistado será preservada a privacidade de ambos. Os participantes serão instruídos sobre os riscos e poderão aceitar ou não a participação.

Os riscos serão expostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o participante poderá optar por continuar ou não.

**Benefícios:**

O principal benefício será colocar à disposição dos serviços ambulatoriais de saúde um produto educacional direcionado às necessidades e especificidades destes estabelecimentos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esta pesquisa buscará a identificação da realidade das condições estruturais existentes e quais as necessárias para evoluir na aplicação das medidas de prevenção e controle de infecção nos serviços ambulatoriais. No projeto consta que os participantes desse estudo serão escolhidos de forma intencional e serão os responsáveis técnicos do estabelecimento, podendo ser o médico ou enfermeiro que responda pelas ações de controle de infecção na clínica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram anexadas ao projeto as anuências dos 14 estabelecimentos que irão participar da pesquisa, além disso foram acrescentados novo TCLE, com suas devidas modificações e, cronograma como solicitado.

**Recomendações:**

As recomendações foram atendidas e os pesquisadores enviaram uma carta resposta. Mas, quando foi modificado o TCLE, foi acrescentado no cabeçalho APENDICE B, como trata-se de um documento

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.230.072

oficial, deve-se retirar do mesmo essas palavras. Portanto, os pesquisadores devem corrigir o TCLE. Também foi observado que nas informações básicas do projeto consta a data de coleta ainda em junho o que deve ser corrigido pois em junho ainda não havia aprovação pelo CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os pesquisadores devem corrigir no TCLE e encaminhar ao CEP a nova versão para assinatura da coordenadora e assim poder utilizá-lo na pesquisa. Corrigir nas informações básicas da pesquisa o cronograma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_901424.pdf	12/07/2017 15:56:11		Aceito
Outros	Termo_Instituto_de_Olhos_Marcon.pdf	12/07/2017 15:55:12	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CARLA_MARIA_OPFERMANN_V2_11_07_17.pdf	12/07/2017 15:44:17	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	*	12/07/2017 15:41:50	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	*	12/07/2017 15:41:26	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	T	12/07/2017 15:41:02	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	T	12/07/2017 15:39:00	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	*	12/07/2017 15:38:25	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	*	12/07/2017 15:36:10	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	*	12/07/2017 15:35:44	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	*	12/07/2017 15:35:13	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	*	12/07/2017 15:34:38	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	*	12/07/2017 15:34:11	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.230.072

Outros		12/07/2017 15:32:43	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros		12/07/2017 15:32:05	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros		12/07/2017 15:31:18	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	Carta_resposta_Carla_Oppermann.pdf	12/07/2017 15:23:31	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	APENDICE_C_Questionario_V2_Carla_Opp.pdf	12/07/2017 15:22:41	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TERMOS_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_2.pdf	12/07/2017 15:21:24	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Carla.pdf	12/07/2017 15:20:43	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_CARLA_MARIA_OPPERMANN_V2_11_07_17.pdf	12/07/2017 15:19:48	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_Relatorio.pdf	04/05/2017 10:19:23	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoCarla.pdf	25/04/2017 10:13:02	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Agosto de 2017

**Assinado por:**

**Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Sarmiento Leite ,245

**Bairro:** Sarmiento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

## ANEXO B - Comprovante de Submissão na REBEn

01/06/2018

ScholarOne Manuscripts



Revista Brasileira de Enfermagem

Home

Author

### Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

**Submitted to**

Revista Brasileira de Enfermagem

**Manuscript ID**

REBEn-2018-0393

**Title**

AÇÕES DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES EM SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE

**Authors**

Oppermann, Carla  
Caregnato, Rita  
de Azambuja, Marcelo

**Date Submitted**

01-Jun-2018

Author Dashboard

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | 
 [System Requirements](#) | 
 [Privacy Statement](#) | 
 [Terms of Use](#)

<https://mc04.manuscriptcentral.com/reben-scielo>

1/2

OPPERMANN, Carla Maria; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; AZAMBUJA, Marcelo Schenk de. Riscos de infecção em serviços de saúde fora do contexto hospitalar: revisão integrativa. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 3, ago. 2017. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8987/6223>>. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v7i3.8987>.

## APÊNDICE A - Questionário da Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

### PREVENÇÃO DE INFECÇÕES EM SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE EXTRA-HOSPITALARES: CONHECENDO A REALIDADE

#### Perguntas abertas:

1. Qual valor você atribui às medidas de controle de infecção?
2. Quais são, no seu entender, as principais medidas de controle de infecção?
3. Você acha que neste serviço realizam efetivamente estas medidas?
4. O que você idealiza instituir para melhorar as ações de controle de infecção?
5. Realizam reuniões de ensino com as equipes? Com que frequência?
6. Como você obtém informações para definir os processos e produtos para o controle de infecções?

<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>									
<b>Procedimentos realizados</b>									
Endoscopia		Cirurgias		Imagem RM/TC		Diálise		Oncologia	
<b>Descrição dos procedimentos:</b>									
<b>Privada:</b>				Sim		Não			
<b>Convênios:</b>				Sim		Não			
<b>Entrevistado:</b>				Médico		Enfermeiro			
<b>Tempo de serviço na Clínica</b>									
<b>2. CERTIFICAÇÃO</b>								Sim	Não
Tem alvará sanitário?									
O serviço recebe fiscalização da vigilância sanitária?									
Qual a periodicidade?			Anual		Bianual		Outra:		
<b>3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b>								Sim	Não
Tem comissão designada?									
Fazem reunião regularmente?									
Qual a periodicidade?			Mensal		Bimensal		Outra:		
Tem registro em Ata?									

<b>4. PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b>				Sim	Não
Tem programa escrito disponível?					
Seguem orientações da ANVISA?					
Possui programa de educação em serviço sobre procedimentos de prevenção de infecções para os profissionais de saúde?					
Qual a periodicidade?	Mensal		Semestral	Anual	
Tem registro das capacitações?					
<b>5. NOTIFICAÇÃO DAS INFECÇÕES</b>				Sim	Não
Tem sistema de detecção de portadores de doenças transmissíveis (etiqueta da tosse, colonização por germe multirresistente)?					
Os pacientes recebem orientação sobre os sinais e sintomas de infecção associados ao procedimento e a necessidade de notificação ao serviço?					
Mantém a vigilância e calculam as taxas de infecção relacionadas aos procedimentos?					
<b>6. SAÚDE OCUPACIONAL</b>				Sim	Não
Existe um protocolo de atenção ao profissional acidentado com material biológico?					
A vacinação contra hepatite B e influenza é monitorada com apresentação da carteira de vacinas?					
<b>7. HIGIENE DAS MÃOS</b>				Sim	Não
Mantém dispensadores de produtos a base de álcool para higiene de mãos nos pontos de assistenciais?					
Sabe o que são pontos de assistência?					
Monitoram a adesão à higiene de mãos?					
<b>8. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL</b>				Sim	Não
Os profissionais de saúde recebem os EPIs?					
Quais?					
Monitoram a adesão ao uso dos EPIs?					
<b>9. PRÁTICAS DE INJEÇÃO SEGURA</b>				Sim	Não
O serviço tem orientação escrita específica sobre este tema?					
Os profissionais recebem orientação específica?					
Monitoram a adesão às práticas seguras de injeção?					
<b>10. ETIQUETA DA TOSSE/HIGIENE RESPIRATÓRIA</b>				Sim	Não
O serviço tem orientações para conter as secreções respiratórias de paciente sintomático?					
Os profissionais são orientados para identificar e colocar máscara no paciente sintomático?					
<b>11. LIMPEZA AMBIENTAL</b>				Sim	Não
O serviço mantém as rotinas escritas de limpeza e desinfecção de superfícies?					

Os profissionais da limpeza são capacitados?								
Os profissionais são avaliados demonstrando sua competência com os procedimentos após a capacitação?								
<b>12. REPROCESSAMENTO DE ARTIGOS</b>							Sim	Não
O serviço possui rotinas escritas para reprocessados dos dispositivos médicos reutilizáveis?								
É usado detergente enzimático para limpeza de instrumentais e/ou endoscópios?								
Realizam desinfecção química de artigos?								
Monitoram a concentração do produto?								
Realizam esterilização de artigos?								
Realizam controle biológico da esterilizadora?								
Qual a periodicidade		Semanal		Mensal		Bimensal	Outro:	
O profissional responsável pelo reprocessamento recebe capacitação sobre os procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização?								
Qual a periodicidade?								
Na contratação			Semestralmente			Anualmente		
Quando novo equipamento			Outra:					
<b>13. LENÇÓIS, CAMPOS E CAMISOLAS</b>							Sim	Não
O serviço terceiriza a lavagem da roupa?								
Seguem as recomendações da ANVISA?								
<b>14. RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE</b>							Sim	Não
Existe plano de gerenciamento de resíduos?								
Os profissionais são capacitados?								

### AGRADEÇO A PARTICIPAÇÃO

Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA - CEP/UFCSPA. Fone: 51-3303-8804  
Rua Sarmiento leite, 245 – CEP 90050-170 - Porto Alegre-RS

## APÊNDICE B - Termo de Anuência



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UFCSPA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

### Termo de anuência do responsável pelo local de realização de pesquisa




Eu, \_\_\_\_\_,  
responsável pelo setor/instituição \_\_\_\_\_,  
tenho ciência dos objetivos e metodologia a ser utilizada no protocolo/projeto de  
pesquisa desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) Prof. Dr. Marcelo Schenk de  
Azambuja, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: **PREVENÇÃO DE  
INFECÇÕES EM SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE: CONHECENDO A  
REALIDADE.**

Concordando com a sua realização neste local.





Porto Alegre, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) responsável pelo setor/instituição

## APÊNDICE C - Mensagem Eletrônica ao Responsável

carta de anuência  Entrada x   

---

 **Carla Maria Oppermann** <cmoppermann@gmail.com>  20/06/2017   



para lliane.souza ▾

Caro responsável

Meu nome é Carla Oppermann, sou enfermeira e mestranda no programa de Ensino da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA. Entro em contato para solicitar a permissão de realizar uma pesquisa sobre prevenção de infecção em serviços ambulatoriais de saúde. Sabemos que o risco de infecção é inerente à assistência à saúde e os serviços ambulatoriais estão crescendo em número e diversidade de atendimento, necessitando corresponder de forma autônoma na adequação das ações de prevenção das infecções para oferecer uma assistência segura. A pesquisa trará o conhecimento da realidade e necessidades desses serviços quanto às práticas de controle de infecção. Este estudo tem como objetivo elaborar um manual digital gratuito com informações a cerca das necessidades de estrutura e processos existentes nos serviços ambulatoriais de saúde extra hospitalares. Serão estudadas as clínicas de diálise, de endoscopia, de cirurgias, as oncológicas e as radiológicas com exames contrastados. A pesquisa será feita com a aplicação de um questionário a ser respondido por um médico ou enfermeiro indicado pelo responsável. Para a entrevista está prevista a duração de 30 minutos que será agendada posteriormente. No momento necessário de sua anuência preenchendo o documento em anexo para encaminhamento ao CEP - Comitê de Ética em Pesquisa. Encaminho o TCLE- Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido para fins de maior entendimento da pesquisa e do cumprimento ético rigoroso a que é submetido o estudo, mas este só será assinado por ocasião da aplicação do questionário. aguardo o breve retorno e desde já agradeço a colaboração na geração do conhecimento científico. Atenciosamente,

**Carla Maria Oppermann**  
Enfermeira Especialista em Controle de Infecção  
Mestranda em Ensino na Saúde/UFCSPA  
Celular:990827436

---

2 anexos  

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UFCSPA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Projeto de pesquisa: Prevenção de infecções em serviços ambulatoriais de saúde extra-hospitalares: conhecendo a realidade**

Você está sendo convidado (a) como voluntário a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração será de muita importância para nós. O participante da pesquisa fica ciente:

- I) Este estudo tem como objetivo elaborar um manual digital gratuito com informações a cerca das necessidades de estrutura e processos existentes nos serviços ambulatoriais de saúde extra-hospitalares quanto à prevenção das infecções relacionadas à assistência em saúde. A justificativa é que o risco de infecção é inerente à assistência á saúde e esses serviços estão crescendo em número e diversidade de atendimento, necessitando corresponder de forma autônoma na adequação das ações de prevenção das infecções para oferecer uma assistência segura. A pesquisa trará o conhecimento da realidade e necessidades desses serviços quanto às práticas de controle de infecção;
- II) A coleta envolverá uma amostra de 13 serviços ambulatoriais divididos em clínicas cirúrgicas, de diálise, radiológicas com exames contrastados, oncológicas e de endoscopia. Serão coletados dados sobre as ações de controle de infecção e ensino desenvolvidos nesses serviços;
- III) Será aplicado um questionário primeiramente com perguntas abertas e depois fechadas. As perguntas abertas serão gravadas e, posteriormente, transcritas por um programa eletrônico. Ao aceitar participar da pesquisa, o respondente autoriza a gravação. As questões fechadas são objetivas;
- IV) Cada participante tem o tempo necessário, que lhe convier, para responder as perguntas contidas no questionário de coleta de dados, porém, está previsto aproximadamente meia hora para as respostas;
- V) O participante da pesquisa tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo a sua saúde ou bem-estar físico;
- VI) A participação neste projeto não implica em nenhum tipo de tratamento de saúde, bem

como não causará ao participante nenhum gasto com relação às etapas deste estudo.

VII) O participante não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;

VIII) Desconfortos e riscos esperados são mínimos, podendo haver algum constrangimento mínimo durante a participação.

IX) Todas as informações obtidas serão utilizadas somente para os objetivos desse estudo. Se, por acaso, houver algum dano COMPROVADAMENTE relativo à participação, está prevista uma indenização. Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando ao participante a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

X) Benefícios: O participante da pesquisa contribuirá para os estudos referentes ao tema Infecções relacionadas à assistência em saúde em serviços ambulatoriais de saúde visando aplicá-las na elaboração de um manual digital gratuito dirigido a esses serviços. Outro aspecto importante é a geração de conhecimento, artigos e outras publicações científicas;

XI) Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais e dos serviços ambulatoriais;

XII) Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e do pesquisador, também, constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do pesquisador e do participante da pesquisa;

XIII) Caso o participante da pesquisa desejar, o pesquisador responsável enviará por correio eletrônico, os resultados da pesquisa e posteriormente o manual digital.

Nome: \_\_\_\_\_

( ) Declaro que recebi a 1ª via do TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (O TCLE é apresentado em 2 vias. A 2ª via fica com o investigador/pesquisador).

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa. O email é: \_\_\_\_\_

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Responsável pela Pesquisa: Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja

Contato do Pesquisador: UFCSPA Rua Sarmento Leite, 245 - Sala 400a Fone: +55.51.3303.8871

Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA CEP/UFCSPA Fone: 51-3303-8804

Rua Sarmento Leite, 245 – CEP 90050-170 - Porto Alegre-RS.

## APÊNDICE E - Mensagem Eletrônica às Autoras-1

Convite capítulo manual



Entrada x



Carla Maria Oppermann <cmoppermann@gmail.com>

11/12/2017 ☆



para francyne.lopes ▾

Prezada colega

Por valorizar seu conhecimento profissional, você está sendo convidada a colaborar na construção do produto final de uma pesquisa realizada sobre as ações de prevenção e controle de infecção em clínicas privadas, resultante do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). O produto final desta pesquisa será um manual intitulado "Controle de infecção para serviços ambulatoriais de saúde" com abordagem aos temas emergidos da pesquisa, que diferente dos hospitais, tem suas próprias necessidades e especificidades.

Gostaríamos de convidá-la a escrever um capítulo sobre **Vigilância de Processos** para ser incluído. Como produto educativo do mestrado, o manual será digital com distribuição gratuita. Ele deverá ser objetivo, claro e prático. Como ele será digital, vamos disponibilizar o acesso direto aos links que vocês seguem, para que o leitor possa aprofundar seu conhecimento e participação. Em anexo apresento as normas gerais para a escrita. O prazo para a entrega do material produzido está previsto para 30 de março de 2018.

Certamente, ao contarmos com sua colaboração, produziremos um material educativo com a finalidade de promover ações qualificadas em controle das infecções nos serviços ambulatoriais de assistência à saúde.

Solicito o seu retorno através deste e-mail confirmando, ou não, o aceite deste convite.



**Carla Maria Oppermann**

Enfermeira Especialista em Controle de Infecção

Mestranda em Ensino na Saúde/UFCSPA



## APÊNDICE F - Normas para Redação do Capítulo

Caras colaboradoras:

Vamos elaborar um manual de prevenção de infecção para as clínicas ambulatoriais de saúde. Estes serviços, diferente dos hospitais, desenvolvem procedimentos menos complexos, possuem estrutura reduzida e tem necessidades específicas, além de se organizarem de forma autônoma.

Assim, a idéia do manual é oferecer informações sucintas, claras, objetivas e práticas para implantar e aprimorar suas atividades. Como se fosse uma “passagem de plantão”, ou melhor, ensinar o colega sobre o que, e como fazer, para melhor assistir. O manual será digital e ao final da frase ou parágrafo, você poderá colocar o link que dá acesso a referencia para aprofundamento do conteúdo. Vamos usar as recomendações publicadas em órgãos governamentais e não governamentais nacionais e estrangeiros.

Caso queiram algum tipo de informação e esclarecimento, solicito que entrem em contato comigo que terei um grande prazer em conversarmos sobre a pesquisa realizada e proposta do trabalho. O prazo de entrega é dia **30/03/2018**.

### 1. Formatação

O arquivo eletrônico deverá ser escrito em Microsoft Word (\*.doc), fonte Ariel 12, margens 2,5 cm em todos os lados, espaçamento 1,5 e as páginas numeradas. O arquivo deve conter de três a cinco páginas, exceto o capítulo de processamento de produtos para a saúde de poderá ter até sete páginas. Você poderá ilustrar com quadros, figuras ou fotos em formato JPG, citando a fonte mediante autorização prévia dos autores.

Este arquivo será enviado para o meu email: [cmoppermann@gmail.com](mailto:cmoppermann@gmail.com).

### 2. Estrutura sugerida

Título

Autor (es)

Introdução contextualizando o tema, conceitos e logo direcionando para o que deve ser feito, dentro do conteúdo que lhe foi solicitado.

Subtítulos conforme a necessidade.

Referências (em estilo Vancouver)

Coloco-me à disposição para demais esclarecimentos e desde já agradeço a colaboração.

Carla Maria Oppermann

(51) 99962-7436

## APÊNDICE G - Mensagem Eletrônica às Autoras-2

Manual de Prevenção de Infecções em Serviços Ambulatoriais

Entrada x



**Carla Maria Oppermann** <cmoppermann@gmail.com>

19 de mar



para Amanda, Rita, Laura, Cassiana, MICHELE, Francyne, Taís, Juliana, Raquel, Nádia, Carmem, Heloísa, Elisabete, Erci

Queridas colegas, amigas e autoras deste manual.

Estou entrando em contato para repassar alguns dados da pesquisa que caracterizam o perfil e as necessidades dos serviços ambulatoriais pesquisados. Isso vai ajudar a vocês direcionarem o texto, uma vez que estamos acostumadas a escrever para hospitais.

Pesquisei 14 clínicas privadas de saúde num estudo misto, qualitativo e quantitativo. Como a pesquisa faz parte do mestrado profissional em ensino na saúde (UFCSPA), o produto é um material educativo.

O nosso manual servirá para instrumentalizar a gestão e os profissionais de saúde na aplicação das ações de prevenção de infecções e também será um importante material de ensino nesses serviços. O conteúdo do manual foi elaborado a partir da análise dos dados da pesquisa que revelaram as necessidades destas clínicas.

Abaixo apresento os serviços e os procedimentos realizados e também o sumário do manual para terem uma ideia do todo. Em anexo envio as normas para escrever o capítulo.

O prazo para entrega do capítulo ficou estendido até 30 de abril, pontualmente.

Procedimentos com risco de infecção realizados nas clínicas ambulatoriais de saúde, 2017.

ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTOS REALIZADOS
Oncologia	Punção do cateter implantado, aplicação de quimioterápicos e imunobiológicos injetáveis, sondagem vesical de demora para aplicação de quimioterapia
Cirúrgica	Vasectomia, retirada de sinais e tumor de pele, cantoplastia, postectomia e colocação de DIU (dispositivo intra uterino).

## APÊNDICE H - Artigo Produzido na Disciplina Redação Científica

### Riscos de infecção em serviços de saúde fora do contexto hospitalar: revisão integrativa

*Risks of infection in healthcare out of the hospital setting: an integrative review*

*Los riesgos de infección en los servicios de salud fuera del ámbito hospitalario: revisión integradora*

Carla Maria Oppermann<sup>1</sup>, Rita Catalina Aquino Caregnato<sup>1</sup>, Marcelo Schenk de Azambuja<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

OPPERMANN, Carla Maria; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; AZAMBUJA, Marcelo Schenk de. Riscos de infecção em serviços de saúde fora do contexto hospitalar: revisão integrativa. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 3, ago. 2017. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8987/6223>>. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v7i3.8987>.

### RESUMO

**Justificativa e Objetivos:** As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são eventos adversos comuns também nos serviços de saúde fora do contexto hospitalar e geram um aumento dos custos e sofrimento dos indivíduos que as adquirem. Considerando a diversidade e volume de serviços ambulatoriais e o grande número de usuários, este estudo tem como objetivo revisar na literatura os riscos de IRAS nesses estabelecimentos.

**Conteúdo:** O presente estudo é uma revisão integrativa de artigos publicados entre 2011 e 2016 nas bases LILACS, MEDLINE/PubMed, SciELO. A amostra foi constituída de 13 artigos. Evidenciou-se os riscos da ocorrência de surtos por infecções de transmissão respiratória, na presença de microrganismos multirresistentes, nas práticas inseguras de injeção e em falhas nos processos de limpeza e esterilização de equipamentos médicos em clínicas cirúrgicas, oncológicas e de diálise. Os pacientes com maior risco são os idosos, oncológicos e neurológicos, os incontinentes e com lesões de pele e os que utilizam sondas e drenos. **Conclusão:** Existe a necessidade de legislação específica para todos os tipos de serviços de saúde e aumentar a fiscalização e regramento para implantação de programas de controle de infecção que incluam indicadores e educação em serviço.

**Descritores:** Infecção hospitalar. Assistência ambulatorial. Instituições de assistência ambulatorial.

### ABSTRACT

**Background and Objectives:** Healthcare-associated infections (HAIs) are common adverse events also in health care out of the hospital setting and generate increased costs and suffering by the individuals who acquire them. Considering the diversity and volume of outpatient services and the large number of users, this study aims to review the literature on HAI risks found in these facilities. **Content:** The present study is an integrative review of articles published between 2011 and 2016 in the following data bases: LILACS, MEDLINE/PubMed, and SciELO. The sample consisted of 13 articles. The risks of outbreaks due to airborne respirator and infections were demonstrated in the presence of multiresistant microorganisms, in unsafe injection practices and failures in the process of cleaning and sterilizing medical equipment in surgical, oncological and dialysis clinics. Patients at highest risk are the elderly, oncological and neurological patients, as well as incontinent ones and those with skin lesions and using catheters and drains. **Conclusion:** A

specific legislation is required for all types of health services and it is necessary to increase the surveillance and regulation for the implementation of infection control programs that include indicators and education in the service.

**Keywords:** Cross infection. Ambulatory care. Ambulatory care facilities.

## RESUMEN

**Justificación y objetivos:** Las infecciones relacionadas con el cuidado de la salud también son comunes los efectos adversos en la atención sanitaria fuera del ámbito hospitalario y generan mayores costos y el sufrimiento de las personas para adquirirlos. Teniendo en cuenta la diversidad y volumen de los servicios de consulta externa y el gran número de usuarios, este estudio tiene como objetivo revisar la literatura el riesgo de infecciones hospitalarias en estos establecimientos. **Contenido:** Este estudio es una revisión integradora de los artículos publicados entre 2011 y 2016 en LILACS, MEDLINE/PubMed, SciELO. La muestra está formada por 13 artículos. Se pone de relieve los riesgos de infecciones en los brotes de transmisión respiratorias en la presencia de gérmenes resistentes a múltiples fármacos en la inyección prácticas insegura y defec tos en los procedimientos de limpieza y esterilización de equipo médico para clínicas quirúrgicas, oncología y diálisis. Los pacientes con mayor riesgo son los ancianos, oncológicos y neurológicos, lesiones en la piel y la incontinencia y el uso de sondas y drenajes.

**Conclusión:** existe la necesidad de una legislación específica para todos los tipos de servicios de salud y aumento de la supervisión y el establecimiento de normas para la implantación de los programas de control de infecciones, incluyendo indicadores y educación en servicio.

**Palabras clave:** Infección Hospitalaria. Atención ambulatoria. Instituciones de Atención Ambulatoria.

## INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são eventos adversos comuns nos serviços de saúde e geram um aumento considerável dos custos para o tratamento e muito sofrimento dos indivíduos que as adquirem. Anteriormente chamadas de infecções hospitalares, tiveram o termo substituído por IRAS, para não limitar sua ocorrência nos hospitais, uma vez que um número grande de serviços fora do ambiente hospitalar presta também assistência à saúde.<sup>1,2</sup> Nos Estados Unidos (EUA), mais de três quartos das operações em saúde são realizadas fora dos hospitais e populações vulneráveis como pacientes com câncer, tem um uso frequente e intensivo dos serviços ambulatoriais.<sup>3,4</sup> Outro fato é o envelhecimento da população. Idosos são importantes usuários de instituições longa permanência (ILP). Os EUA, no ano 2000, tinham 13 milhões de idosos institucionalizados e projetam dobrar esse número para o ano 2050.<sup>5</sup>

Apesar do aumento dos serviços ambulatoriais e da população assistida, portanto do risco inerente das IRAS, não se observa aumento correspondente da fiscalização em controle de infecção e os dados de infecção praticamente inexistem nesses estabelecimentos.<sup>6</sup> A literatura recomenda a supervisão de controle de

infecção em regime ambulatorial, ao se reportar sobre surtos de infecção nesses serviços. Os EUA, a partir da divulgação de 18 surtos de hepatite B e C associados à “prática insegura de injeção”, entre 2001 e 2011 em serviços ambulatoriais, buscaram melhorar as práticas de controle de infecção em uma ação conjunta do sistema social de saúde e *Centers for Disease Control* (CDC) divulgando guias de orientação, desenvolvendo ferramentas de notificação de casos, campanhas de práticas segura de injeção e reforçando as inspeções nestas instalações.<sup>7</sup>

No Brasil, a legislação que obriga a composição de comissões de controle de infecção é voltada somente para os hospitais, coordenada pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) em escala nacional, estadual e municipal.<sup>8,9</sup> Nos hospitais mais organizados, as práticas de controle de infecção recebem a supervisão regular dos profissionais controladores de infecção que fazem a vigilância das infecções e dos processos assistenciais, incluindo a adesão à higiene de mãos.<sup>10</sup> Porém, um relatório da ANVISA de 2012, com somente 53 coordenações municipais cadastradas no sistema nacional, mostra que o trabalho das comissões municipais de controle de infecção é insipiente e necessita de fortalecimento.<sup>11</sup> Recursos humanos capacitados e condições estruturais devem ter o financiamento e motivação por parte dos órgãos governamentais responsáveis em promover, prevenir e controlar as IRAS não somente dos hospitais, setor já regulado, mas também nos demais serviços de saúde.<sup>11</sup>

A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre executa vigilância em estabelecimentos de saúde fora dos hospitais, tais como: clínicas médicas, cirúrgicas e dentárias, clínicas de fisioterapia, laboratórios, casas de saúde, casas geriátricas e de repouso, serviços de radioimagem, hemodiálises, hemocentros, creches, banco de olhos e casas de artigos cirúrgicos, ortopédicos, fisioterápicos e odontológicos. De forma crescente, esses serviços de saúde incorporam tecnologia e aumentam a diversidade de atendimentos focados na prevenção, diagnóstico, tratamento e até mesmo estética.<sup>12</sup> Considerando a diversidade e volume de serviços de saúde fora do contexto hospitalar, o grande número de usuários, a insuficiente regulação por parte do poder público e a falta de programas de controle de infecção nesses serviços, este estudo tem como objetivo revisar na literatura os riscos de IRAS nesses estabelecimentos.

## MÉTODOS

Escolheu-se a revisão integrativa para buscar evidências sobre o tema pesquisado, pois é um método que conduz a análise e síntese de estudos independentes sobre um assunto.<sup>13</sup> Realizou-se o estudo em seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e escolha das bases de dados; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento gerado.<sup>14</sup>

A questão norteadora traçada foi: Quais os riscos de infecção relacionados à assistência em saúde nos serviços ambulatoriais? Os critérios de inclusão definidos foram: artigos científicos publicados na íntegra de acesso livre online; nos idiomas português, espanhol ou inglês; período de publicação de 2011 a 2016; e que responda a questão norteadora. Considerou-se como critérios de exclusão as publicações classificadas como: editoriais, cartas, dissertações, teses, manuais, protocolos e capítulos de livros.

As bases de dados eletrônicas utilizadas na busca dos artigos foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed) e a biblioteca Scientific Electronic Library Online (SciELO). A coleta dos dados ocorreu em setembro de 2016, utilizando descritores controlados obtidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português e em inglês: infecção hospitalar, *cross infection*; assistência ambulatorial, *ambulatory care*; instituições de assistência ambulatorial, *ambulatory care facilities*. Os descritores não controlados utilizados foram: infecções relacionadas à assistência à saúde e *healthcare associated infection*. Os mesmos foram combinados entre si pelos operadores booleanos “AND” e “OR”.

Após a busca na base de dados, realizou-se a leitura dos títulos sendo excluídos aqueles que não se referiam ao tema. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos para identificar os estudos que seriam lidos na íntegra. Conforme apresentado no Quadro 1, foram encontrados 195 artigos, inicialmente excluídos 159 após leitura do título. Um artigo era repetido nas bases. Após a leitura dos 36 resumos foram eliminados 23 artigos por não abordarem o tema. Nenhum artigo foi excluído após leitura na íntegra, totalizando 13 artigos que atenderam ao tema e aos critérios de inclusão.

No Quadro 1 apresenta-se o resultado da busca e seleção da amostra.

Quadro 1. Busca e seleção da amostra.

Base de Dados	Busca inicial por Título		Leitura dos Resumos		Leitura do Artigo	Final
	ID	EX	SE	EX	SE	SE
LILACS	42	35	7	4	3	3
SciELO	18	17	1	1	0	0
MEDLINE/PubMed	135	107	28	18	10	10
TOTAL	195	159	36	23	13	13

ID: Identificação na busca; EX: Excluídos; SE: Selecionados

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à fonte de publicação dos artigos selecionados, apenas um dos artigos foi publicado no periódico nacional *Ciência, Cuidado e Saúde* e os demais em periódicos internacionais: dois publicados no *American Journal of Infection Control*; dois no *Infection Control Hospital Epidemiology*; um no *Journal of the American Medical Directors Association*; um no *Emerging Infectious Diseases*; um no *Biology of Blood and Marrow Transplantation*; um no *Journal of Diabetes Science and Technology*; e outro no *Clinical Infections Diseases*. Dois estudos europeus publicados na *Euro Surveillence* e um árabe publicado na revista *Saudi of Journal Kidney Diseases and Transplantation*. Exceto o brasileiro, todos publicados em língua inglesa. Os países de origem dos estudos foram: um no Brasil; nove nos Estados Unidos; um na Alemanha; um na Holanda e um no Lêmen. Em relação ao ano de publicação, os artigos distribuíram-se em: 2011 um artigo; 2012 dois artigos; 2013 um; 2014 três; e em 2015 6 publicações. Quanto aos locais onde foram realizadas as pesquisas foram: dois em Unidades Básicas de Saúde; quatro em Serviços e Clínicas Ambulatoriais; e sete em ILPs com características variadas de pacientes. Quanto ao delineamento de pesquisa, tentou-se classificar os artigos pelo nível de evidência científica utilizando a tabela *Oxford Centre for Evidence-based Medicine*; entretanto, como a maioria dos estudos não definiu claramente a metodologia aplicada não foi possível utilizá-la.<sup>15</sup>

A leitura dos artigos propiciou o agrupamento destes por similaridade de conteúdo sendo constituídas por três categorias de análise: 1) A presença de pacientes suscetíveis, infecções e de microrganismos resistentes; 2) Falhas nas práticas de controle de infecção; 3) Falhas na legislação, fiscalização e nos programas de controle de infecção. Os Quadros 2, 3 e 4 apresentam a síntese dos artigos incluídos nas três categorias.

Quadro 2. A presença de pacientes suscetíveis, infecções e de microrganismos multirresistentes.

Base de dados	Título	Revista/Ano	Local da pesquisa Ano	Objetivo	Conclusão
MEDLINE	Control of the spread of viruses in a long-term care facility (LTF) using hygiene protocols.	American Journal of Infection Control 2015	Sudoeste EUA	Identificar a circulação de vírus previamente marcados em uma LTF e determinar quantitativamente como uma intervenção com Higiene de Mãos (HM) pode impactar na transmissão viral.	Ocorreu a redução de 16% de fômites contaminadas pré e pós-intervenção educativa e estrutural para HM. A intervenção reduziu a concentração de vírus das mãos em 3 log e em 4 log nas fômites. O aumento intencional de produtos para HM diminuiu a transmissão de vírus para fômites e mãos.
MEDLINE	Nosocomial Transmission of Respiratory Syncytial Virus in an Outpatient Cancer Center.	Biology of Blood and Marrow Transplantation 2014	Seattle, EUA 2007-2008 e 2012	Demonstrar a transmissão viral, por métodos moleculares, de VSR durante dois surtos em um centro de tratamento ambulatorial de câncer.	Foi documentada a transmissão de cepas clonais em um ambiente ambulatorial e as medidas de controle de infecção como higiene de mãos, precauções com gotículas, coorte de profissionais de enfermagem e rasteio de sintomáticos devem ser implementadas para redução da transmissão.
MEDLINE	Prevalence and associated factors of hepatitis C virus infection among renal disease patients on maintenance hemodialysis in three health centers in Aden, Yemen: a cross sectional study.	Saudi of Journal Kidney Diseases and Transplantation 2015	Adem, Iêmen, 2000-2013	Avaliar a prevalência e fatores associados com anticorpos da Hepatite C-HCV entre pacientes de três centros de hemodiálise.	A prevalência para HCV foi de 40,2%. Pacientes atendidos em mais de um centro e submetidos por longos períodos de hemodiálise são mais propensos a contrair HCV.
MEDLINE	Current prevalence of multidrug-resistant organisms in long-term care facilities in the Rhine-Main district, Germany, 2013.	Euro Surveillance 2015	Rhine-Main, Alemanha 2013	Avaliar a prevalência atual de: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA), Extended Spectrum-beta-lactamases (ESBL), Multi Resistant Gram-Negative (MRGN) e Vancomycin-resistance enterococcus (VRE) através de culturas microbiológicas do nariz, garganta e períneo de residentes de instituições de longa permanência de idosos (LPI).	A prevalência de MRSA em ILPIs é de 6,5% e estável quando comparada aos estudos anteriores, porém a prevalência para ESBL e MRGN foi de 17,8%. Em todos os pacientes o status de colonização para MRGN era desconhecido. Os fatores de risco para MRSA foram presença de cateter urinário, tubo de gastrostomia endoscópica percutânea, e antibioticoterapia prévia. O fator de risco para MRGN foi cateter urinário.
MEDLINE	Measles in Healthcare Facilities in the United States during the Post-elimination Era, 2001-2014	Clinical Infections Diseases 2015	EUA 2001-2014	Avaliar a frequência de sarampo nas unidades de saúde dos EUA após a erradicação e determinar o número de profissionais infectados com sarampo.	Os EUA têm alta imunidade para sarampo, mas o sarampo continua endêmico em outras partes do mundo e indivíduos infectados podem procurar assistência e expor os profissionais de saúde. Os profissionais devem estar familiarizados com sinais e sintomas para implementação das precauções aéreas.

Quadro 3. Falhas nas práticas de controle de infecção.

Base dados	Título	Revista/Ano	Local da pesquisa Ano	Objetivo	Conclusão
LILACS MEDLINE	Health Care-Associated Infection Outbreak Investigations in Outpatient Settings, Los Angeles County, California, USA, 2000-2012	Emerging Infectious Diseases 2012	Los Angeles, Califórnia, EUA 2000 e 2012	Caracterizar as infecções relacionadas à assistência à saúde – IRAS investigadas nos surtos em serviços ambulatoriais em Los Angeles. Determinar a origem e medidas de controle de um surto de infecções de corrente sanguínea por <i>Tsukamurella</i> spp em um ambulatório de oncologia.	Foram identificados 28 surtos de infecção envolvendo o total de 168 pacientes tendo cinco óbitos. Os serviços mais envolvidos foram clínicas de cirurgia ambulatoriais e de diálise. As principais fontes de infecção foram o uso de medicamento de múltiplos e equipamentos contaminados. Os surtos documentados poderiam ter sido evitados usando precauções padrão e práticas de controle de infecção básicas. As recomendações incluem o desenvolvimento de um programa de prevenção de infecção na unidade, educação para a prevenção da infecção e melhorar o sistema de documentação e notificação dos agravos nesses serviços.
MEDLINE	Outbreak of <i>Tsukamurella</i> spp. Bloodstream Infections among Patients of an Oncology Clinic- West Virginia, 2011-2012	Infection Control Hospital Epidemiology 2014	Virgínia, EUA 2011-2012	Avaliar o conhecimento de controle de infecção entre os funcionários de uma instituição de cuidados residenciais à pacientes com distúrbios neurológicos.	O estudo apontou para deficiências nas práticas de preparo de medicamentos como a causa destas infecções incomuns. Bacilos Gram-positivos isolados decorrente sanguínea e de pacientes com linhas centrais de demora pode representar organismos incomuns, como <i>Tsukamurella</i> spp. Preparo de medicamentos e manipulação em ambientes ambulatoriais em oncologia são uma fonte potencial de infecções, sendo necessárias normas mais uniformes e supervisão.
MEDLINE	Infection control assessment after an influenza outbreak in a residential care facility for children and young adults with neurologic and neuro developmental conditions.	Infection Control and Hospital Epidemiology 2013	Ohio, EUA 2011	Avaliar a adesão dos profissionais atuantes em Unidades Básicas	Dos funcionários da assistência 84% aceitam o álcool gel como substituto da lavagem das mãos; 86% reconhecem sintomas respiratórios nos residentes; 92% identificam facilmente em isolamento respiratório; 64% dos funcionários são encorajados pela instituição a não virem trabalhar gripados; 70% ficam em casa quando gripados. O grau de conhecimento em controle de infecção pode ser melhorado. Instituições de pacientes residenciais devem incentivar a adesão às práticas de controle de infecção.
LILACS	Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde.	Ciência, Cuidado e Saúde 2012	Goiânia, Goiás, Brasil 2010	Assistência Saúde de um distrito sanitário de Goiânia quanto ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual - EPIs e à Higiene de Mãos (HM).	É inadequada a adesão à higiene de mãos e ao uso de EPIs por parte dos trabalhadores da Atenção Básica. A adesão de HM foi de 32,1% na realização de curativos e 58,3% na realização de coleta de material para exame colpocitológico. Falhas relativas à disponibilidade desses equipamentos nos serviços do estudo podem influenciar seu baixo índice de uso. Ações educativas voltadas à conscientização do risco biológico durante a assistência são necessárias para que ocorra uma maior adesão às Precauções Padrão. Necessidade de que comissões de controle de infecção sejam instituídas.
MEDLINE	Never Events: Hepatitis B Outbreaks and Patient Notifications Resulting from Unsafe Practices during Assisted Monitoring of Blood Glucose, 2009-2010	Journal of Diabetes Science and Technology 2011	EUA 2009-2010	Revisar vários surtos de infecção por HVB transmitidos pela monitorização da glicemia sanguínea e discutir iniciativas de prevenção e destacar lacunas.	Quatro surtos de infecção por HVB foram identificados neste período relacionado ao uso compartilhado de medidores individuais de glicemia. Com o aumento da diabetes e o envelhecimento na população dos EUA, haverá aumento no uso de dispositivos medidores de glicemia. São recomendadas práticas adequadas de limpeza e desinfecção dos dispositivos compartilhados, respeito ao indicativo de uso único do dispositivo e identificação clara dos dispositivos feita pelos fabricantes se de uso único ou profissional e instruções validadas de limpeza e desinfecção dos medidores.

Quadro 4. Falhas na legislação, fiscalização e nos programas de controle de infecção.

Base de dados	Título	Revista/Ano	Local da pesquisa Ano	Objetivo	Conclusão
LILACS	Infection in home health care (HHC): Results from national Outcome and Assessment Information Set data	American Journal of Infection Control 2015	EUA 2010	Descrever taxa de hospitalização e cuidados de emergência causados por infecção entre pacientes provenientes de instituições de cuidados de saúde (HHC) através do Outcome and Assessment Information Set (OASIS) data	A taxa de hospitalização e atendimentos de emergência por infecção entre pacientes de Instituição de Longa Permanência foi 17%. Infecção é um problema sério nas HHC, é provável que exista uma diferença considerável nas práticas de controle de infecção entre as instituições. O sistema de vigilância das infecções em HHC deve ser melhorado para melhorar a qualidade de atendimento.
MEDLINE	Prevalence and determinants associated with healthcare-associated infections in long-term care facilities (HALT) in the Netherlands, May to June 2010	Euro Surveillance 2012	Holanda 2009-2011	Apresentar os resultados do estudo das infecções relacionadas aos cuidados em instituições de longa permanência, como linha base e identificar prioridades para desenvolver um projeto de implantação do protocolo de vigilância das Healthcare Associated Infection - HAI/Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – IRAS.	Dos pesquisados 2,8% tinham infecção. A infecção urinária é a mais prevalente 0,7%. A utilização de antibiótico é de 3,5%, maior que a prevalência de HAI/IRAS. Incontinência urinária se mostrou fator de risco para infecção. Mulheres com úlceras de pressão e feridas foram fatores de risco. A saúde geral desses residenciais deve ser monitorada e sistemas de vigilância implantados. Devem ser monitorados indicadores das práticas de controle de infecção para determinar estratégias de prevenção.
MEDLINE	Infection Prevention and Control Standards in Assisted Living Facilities: Are Residents Needs Being Met	Journal of the American Medical Directors Association 2014	EUA 2011-2012	Revisar em 50 estados americanos a existência de leis estaduais para as instituições de assistência à vida, sobre os critérios de admissão, tipos de pessoal para assistência e administração de medicamento, exigências de vacinação e treinamento em controle de infecção.	Grande variação de regulamentação e pouca especificidade, principalmente quanto à prevenção de infecção e treinamentos relacionados. Necessidade de regulamentação específica e vigilância das conformidades para minimizar o risco de infecção nos residentes e profissionais e outros agravos na saúde.

## **A presença de pacientes suscetíveis, infecções e de microrganismos multirresistentes**

A redução do tempo de permanência hospitalar e o desenvolvimento tecnológico em saúde propiciou o incremento no número de usuários ambulatoriais e também nas ILPs revelando o problema das infecções nestes serviços.<sup>16</sup> O desenvolvimento da infecção está associado ao grau de complexidade e invasão do cuidado em saúde e da suscetibilidade do paciente. Nos estudos apresentados, os serviços ambulatoriais mais envolvidos em infecção foram aqueles que realizam cirurgias ambulatoriais, diálise e atendimento oncológico.<sup>6,17-19</sup> Em relação às ILPs, as de maior risco são aquelas destinadas a residentes com doenças neurológica incapacitantes, pacientes com incontinência urinária e naqueles que utilizam dispositivos médicos.<sup>18,20-22</sup> A maioria dos residentes tem idade superior a 65 anos e internações hospitalares são frequentes por inúmeros motivos, porém a infecção pode ser responsável por 17% dessas internações, sendo as infecções respiratórias e as urinárias as mais frequentes.<sup>16</sup> Um estudo europeu envolvendo 1.429 idosos de 10 residenciais encontrou uma taxa de prevalência de 2,8% de infecção, sendo a urinária a mais prevalente, com 0,7%, a incontinência urinária e lesões de pele por pressão os principais fatores de risco. Outro dado interessante foi encontrar um percentual de utilização de antibióticos de 3,5%, este superior à prevalência de infecções e isso pode indicar uma contribuição para a resistência microbiana em lares de idosos.<sup>20</sup>

Um problema de saúde pública diz respeito à propagação de microrganismos multirresistentes. Os microrganismos, por diferentes mecanismos, desenvolvem resistência às diversas classes de antibióticos utilizados nos hospitais tornando as possibilidades terapêuticas mais escassas e os tratamentos mais caros e, por vezes, mais tóxicos.<sup>23</sup> Nos últimos anos observa-se um aumento da frequência de microrganismos multirresistentes e um número crescente de pacientes colonizados egressos de hospitais que recebem cuidados em serviços ambulatoriais e em ILPs.<sup>24,25</sup> Um estudo avaliou a prevalência destes microrganismos em 26 ILPs e encontrou em 690 moradores 6,5% colonizados com *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA), e em 455 swabs retais para identificação de microrganismos gram-negativos resistentes (MRGN) a prevalência foi de 17,8%. Em todos os pacientes o status de colonização para microrganismos multirresistentes era desconhecido. Os fatores de risco para MRSA foram: presença de cateter

urinário, tubo de gastrostomia, e antibioticoterapia prévia. O fator de risco para MRGN foi cateter urinário.<sup>21</sup> Isso mostra que nestes serviços o trânsito de microrganismos multirresistentes existe de forma despercebida, onde somente os cuidados de precauções padrão podem prevenir a forte transmissão entre os usuários.

Clínicas e unidades de atenção básica também recebem pacientes portadores de infecções respiratórias virais de fácil transmissão como influenza, sarampo, estas com desfecho desfavorável para pacientes suscetíveis. Estudos mostram a transmissão viral nesses serviços envolvendo pacientes e funcionários, mesmo com os profissionais de saúde previamente vacinados para estas doenças.<sup>5,17,22,26</sup> Tratam da importância do reconhecimento dos pacientes com sintomas respiratórios por parte da equipe assistencial para imediatamente instituir as precauções empíricas de bloqueio respiratório e aéreo, evitando a disseminação durante o atendimento nos ambientes do serviço.

### **Falhas nas práticas de controle de infecção**

As falhas de controle de infecção mais comuns encontradas foram relacionadas à baixa adesão de Higiene de Mãos (HM), práticas inseguras de injeção e equipamentos médicos contaminados.

A HM é reconhecida mundialmente como uma medida primária da prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde e atenção à segurança do paciente de forma que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a elegeu como a primeira estratégia na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente como lema: “Uma assistência limpa é uma assistência segura”.<sup>27</sup> No Brasil, a Portaria Ministerial nº 2.626/98, a Resolução RDC 50/2002 e o Protocolo para a Prática de HM de 2013 são os principais documentos que estabelecem as diretrizes, normas e projetos físicos para adequada implantação desta prática.<sup>9,10,28</sup> Fica definido como “ponto assistencial” o local onde três elementos estejam presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência, com contato do paciente ou seu ambiente. É importante que o produto para HM esteja o mais próximo possível do profissional, ao alcance de suas mãos para realizar a ação sem necessitar de deslocamento, o que reduziria a execução da medida. Pouco se sabe sobre a adesão da HM em serviços extra-hospitalares. Um estudo de observação realizado em uma Unidade Básica identificou que em 40,9% dos procedimentos avaliados não ocorreu a HM nem antes

e nem depois.<sup>29</sup> Os momentos de maior adesão foram na realização de curativos com 31,2% e na realização de coleta de material para exame colpocitológico com 58,3%. Este estudo mostra a baixa adesão da HM na Unidade Básica, porém em outro estudo realizado em uma ILP de idosos identificou importante redução logarítmica (3 log) de microrganismos contaminantes nas mãos dos profissionais após uma intervenção educativa e estrutural com disponibilização de antissépticos alcoólicos voltada para qualificar esta prática no residencial, mostrando a validade destas iniciativas nos residenciais.<sup>5,29</sup>

O CDC, em 2007, incluiu na revisão do guia para Precauções para Isolamento, dentro das Precauções Padrão um item chamado Injeção Segura.<sup>30</sup> Esta recomendação específica visa prevenir a transmissão de doenças infecciosas, principalmente as virais entre pacientes e profissionais de saúde, por meio de medicamentos contaminados e reutilização de seringas de uso único e de exposição ocupacional. Foram inúmeros relatos de surtos de transmissão de hepatite B e C em ambientes não hospitalares como ambulatorios, centros de diálise e ILPs porque profissionais de saúde não aderiram aos princípios fundamentais de controle de infecção e da técnica asséptica.<sup>7</sup> Esta revisão também encontrou em estudos recentes o relato de surtos causados por esta prática insegura de injeção.<sup>6,18,31</sup> Um deles relacionado ao uso de frasco de múltiplados e de solução salina contaminada por bacilos gram-positivos, gerando infecções decorrente sanguíneas após administração de medicações injetáveis em cateteres de longa permanência em pacientes atendidos em um centro de oncologia.<sup>18</sup>

Outro estudo evidenciou em quarto surtos a transmissão de vírus de hepatite B e C em moradores de uma ILP relacionados ao uso compartilhado de medidores de glucose de uso exclusivo e ausência de desinfecção do dispositivo a cada paciente quando este assim exigia.<sup>31</sup> Durante a investigação de um desses surtos, dois profissionais desenvolveram infecção aguda para HBV. Eles costumavam remover manualmente as lancetas utilizadas e trabalhavam sem ter feito a vacina contra hepatite B. Estes surtos ocorreram após as recomendações e alertas do CDC para este evento. Assim, a vacinação para residentes e profissionais de saúde e esforços em educação em serviço e supervisão são necessárias nessas instituições.

Outras falhas de controle de infecção comuns encontradas em auditorias de centros de cirurgia ambulatorial e de diálise são equipamentos médicos contaminados que incluem videoscópios, instrumentais e dialisadores.<sup>6</sup> Em um

estudo, realizado em Los Angeles, investigaram 28 surtos de infecção em serviços ambulatoriais, encontraram como causa a prática insegura de injeções em 35,7%, e a causa relacionada às falhas de reprocessamento e esterilização em 35,7% das infecções.<sup>6</sup> No Brasil ocorreu um importante surto de infecções por micobactérias de crescimento rápido pós-procedimentos envolvendo videocirurgias e videoscopias, cânulas de aspiração e moldes para implantes de próteses mamárias.<sup>32</sup> No período de 2000 a 2008 foram 1.997 casos em 22 estados brasileiros e Distrito Federal. Muitos procedimentos foram realizados em hospitais e também em serviços ambulatoriais que utilizavam a desinfecção química de alto nível em artigos críticos que invadem tecidos subepiteliais. A resposta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi a publicação de uma resolução proibindo a esterilização química em todo território nacional, visto que esse procedimento é complexo e exige um tempo de contato com o esterilizante superior a oito horas, tempo que não era respeitado pelos serviços.<sup>33</sup> As infecções relacionadas a reprocessamento de artigos são resultantes de comportamentos humanos errôneos que são evitáveis com profissionais capacitados, produtos e equipamentos adequados e supervisão dos processos. Esses exemplos de complicações infecciosas refletem a fragilidade do controle de infecção nos estabelecimentos de saúde.

### **Falhas na legislação, fiscalização e nos programas de controle de infecção**

A fiscalização regulamentar dos serviços de saúde é de responsabilidade governamental e estabelece critérios mínimos para obter a licença de funcionamento. Serviços de maior complexidade como serviços de hemodiálise, hospitais, hemocentros possuem legislação nacional própria que estabelece as adequações e os indicadores de qualidade e são regulados com maior frequência pela vigilância sanitária. Porém, serviços de menor complexidade são vistoriados para emissão da licença e depois não recebem mais fiscalização, apenas por denúncia.<sup>12</sup>

Um estudo que revisou a regulamentação de instituições de assistência à vida em 50 estados americanos encontrou uma variação muito grande nas exigências para a habilitação desses serviços.<sup>34</sup> O relevante foi que apenas um terço dos regulamentos exigiam plano de controle de infecções. Essa exigência legal pode ajudar a garantir a segurança dos usuários desses serviços uma vez que estabelecerá normas, indicadores e ações educativas que possam ser exigidas e

medidas nas vistorias.<sup>6,16,18,20,29,34</sup> Um programa de controle de infecção ambulatorial deve ser escrito e implantado contemplando a prevenção das infecções, a vigilância das infecções relacionadas à assistência, a adesão às precauções padrão, o reprocessamento de artigos e a limpeza e desinfecção do ambiente assistencial.<sup>6,35</sup>

A implantação de um programa de controle de infecção deve ter por base ações de ensino em serviços direcionadas aos profissionais de saúde para que estes sejam capazes de se desenvolver e atender as novas demandas tecnológicas e sociais. A prática de ensino em saúde é uma importante estratégia de fortalecimento e adequação do serviço. A educação em serviço deve fazer parte do cotidiano dos serviços que buscam a qualidade assistencial e segurança do paciente. O desenvolvimento individual e da equipe de trabalhadores coloca em evidência o desenvolvimento institucional que tem compromissos éticos com a sociedade.<sup>36-38</sup>

## **CONCLUSÕES**

Nesta revisão integrativa evidenciou-se os riscos de infecções nos relatos de surtos de transmissão viral respiratória, naqueles relacionados a práticas inseguras de injeção e por falhas nos processos de limpeza e esterilização de equipamentos médicos em clínicas cirúrgicas, oncológicas e de diálise. Os pacientes que possuem maior risco e os suscetíveis são os idosos e aqueles com doenças oncológicas e neurológicas, os incontinentes e com lesões de pele e os que utilizam sondas e drenos. Ficou registrada a presença silenciosa dos microrganismos multirresistentes que, quando infectam, aumentam a mortalidade e os custos de tratamento. Outra evidência é a baixa adesão à higiene de mãos e a necessidade de implantar programas de controle de infecção focados em capacitar a equipe, manter as retinas escritas e vigiar as infecções.

Diversos estudos abordaram a necessidade de aumentar a fiscalização, a supervisão e o regramento. As taxas de infecção e as notificações de agravos devem ser calculadas e comunicadas. É importante a publicação de legislação mais específica ao controle de infecções para todos os tipos de serviços de saúde. O Estado é responsável e deve direcionar mais recursos para estruturar e capacitar servidores para realizarem as inspeções sanitárias. Ampliar o setor regulado é buscar a qualificação dos serviços e a diminuição das infecções que tem impacto significativo na qualidade de vida das pessoas que utilizam esses serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: medidas de prevenção de infecção relacionadas à saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: investigação de eventos adversos em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2013.
3. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Division of Healthcare Quality Promotion. Guide to infection prevention for outpatient settings: minimum expectations for safe care. Atlanta, EUA: CDC; 2011.
4. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Division of Healthcare Quality Promotion. Basic infection control and prevention plan for outpatient oncology settings. Atlanta, EUA: CDC; 2011.
5. Sassi HP, Sifuentes LY, Koenig DW, et al. Control of the spread of viruses in a long-term care facility using hygiene protocols. *Am J Infect Control*. 2015; 43(7): 702-6. doi: 10.1016/j.ajic.2015.03.012
6. Yong KO, Coelho L, Bancroft E, et al. Health Care-Associated Infection Outbreak Investigations in Outpatient Settings, Los Angeles County, California, USA, 2000-2012. *Emerg Infect Dis*. 2015; 21(8): 1317-21. doi: 10.3201/eid2108.141251
7. United States Government Accountability Office. Patient safety: HHS has taken steps to address unsafe injection practices, but more action is needed. Report to the ranking member, subcommittee on health, committee on energy and commerce, house of representatives. GAO-12-712. Washington, DC: GAO; 2012.
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Brasília, DF: Centro de Documentação; 1997.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.
10. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2013.
11. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Relatório sobre o cadastramento das Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar (CMCIH) 2010/2012. Brasília, DF: Anvisa; 2012.
12. Cattani A, Aerts DRGC, Cesa K, et al. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde de Porto Alegre: a construção de uma história. Porto Alegre, RS: Finaliza; 2011.
13. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(1):1-260. doi: 10.5935/1415-2762.20140001
14. Alves PF. Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação; 2014.

15. Ministério da Saúde (BR). Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo: Oxford Centre For Evidence-based Medicine [Internet] [citado 2016 out 30]. Disponível em: <<http://portal2.saude.gov.br/rebrats/visao/estudo/recomendacao.pdf>>
16. Shang J, Larson E, Liu J, et al. Infection in home health care: results from national Outcome and Assessment Information Setdata. *Am J Infect Control*. 2015; 43(5): 454-9. doi: 10.1016/j.ajic.2014.12.017
17. Chu HY, Englund JA, Podczervinski S, et al. Nosocomial transmission of respiratory syncytial virus in an outpatient cancer center. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2014; 20(6): 844-51. doi: 10.1016/j.bbmt.2014.02.024
18. Sé I, Nguyen DB, Chatterjee S, et al. Outbreak of *Tsukamurella* spp. Blood stream Infections among Patients of na Oncology Clinic - West Virginia, 2011-2012. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014; 35(3):300-6. doi: 10.1086%2F675282
19. Aman K, Al-Dubai SA, Aman R, et al. Prevalence and associated factors of hepatitis C vírus infection among renal disease patients on maintenance hemodialysis in three health centers in Aden, Yemen: across sectional study. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2015; 26(2): 380-5.
20. Eilers R, Veldman-Ariesen MJ, Haenen A, et al. Prevalence and determinants associated with health care-associated infections in long-term care facilities (HALT) in the Netherlands, May to June 2010. *Euro Surveill*. 2012; 17(34):pii:20252.
21. Azofeifa A, Yeung LF, Peacock G, et al. Infection control assessment after an influenza outbreak in a residential care facility for children and young adults with neurologic and neuro developmental conditions. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013; 34(7):717-22. doi: 10.1086%2F670990
22. Hogardt M, Proba P, Mischler D, et al. Current prevalence of multidrug-resistant organisms in long-term care facilities in the Rhine-Main district, Germany, 2013. *Euro Surveill*. 2015; 20(26): pii:21171. doi: 10.2807/1560-7917.ES2015.20.26.21171
23. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, et al. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings. Atlanta, EUA: CDC; 2006.
24. Prefeitura Municipal (RS). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Manual de orientação para controle da disseminação de *Acinetobacter* sp. Resistente a carbapenêmicos no município de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS; 2007.
25. Prefeitura Municipal (RS). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Controle e monitoramento de microrganismos multirresistentes. Porto Alegre: SMS; 2014.
26. Fiebelkorn AP, Redd SB, Kuhar DT. Measles in Healthcare Facilities in the United States During the Postelimination Era, 2001-2014. *Clin Infect Dis*; 2015; 61(4):615-8. doi: 10.1093%2Fcid%2F61.4.615
27. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006 [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [citado 2016 out 20]. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_ENGLISH\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf)>.
28. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

29. Rezende KCAD, Tipple AFV, Siqueira KM, et al. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(2): 343-51. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v11i2.15204

30. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, et al. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Isolation Precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta, EUA: CDC; 2007.

31. Thompson ND, Schaefer MK. Never events: hepatitis B outbreaks and patient notifications resulting from unsafe practices during assisted monitoring of blood glucose, 2009-2010. *J Diabetes Sci Technol*. 2011; 5(6): 1396-402. doi: 10.1177/193229681100500611

32. Macedo JLS, Henriques CMP. Infecções pós-operatórias por micobactérias de crescimento rápido no Brasil. *Rev Bras Cir Plástica* [Internet]. 2009 [citado 2016 out 20]; 24(4). Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/538/pt-BR/infecoes-pos-operatorias-por-micobacterias-de-crescimento-rapido-no-brasil>

33. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 8, de 27 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2009.

34. Kossover RA, Chi CJ, Wise ME, et al. Infection prevention and needs being met? *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(1): 47-53. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.011

35. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Infection Prevention and Control for Clinical Office Practice. 1st Revision. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015.

36. Almeida NA, Caregnato RCA. Ensino na Saúde: desafios contemporâneos na interação ensino e serviço. Porto Alegre, RS: Moriá; 2016.

37. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1): 224-30. doi: 10.1590/S0104-07072013000100027

38. Caregnato RCA, Flores CD. Educação em saúde. In: Prates CG, Stadnik CM. Segurança do paciente, gestão de riscos e controle de infecções hospitalares. Porto Alegre: Moriá; 2017. p. 393-410.

**APÊNDICE I - Produto Educativo**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MANUAL DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES EM SERVIÇOS  
AMBULATORIAIS DE SAÚDE**

Carla Maria Oppermann  
Rita Catalina Aquino Caregnato  
Marcelo Schenk Azambuja

Organizadores

Porto Alegre  
2018