

AÇÕES PARA REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Andreia Guerra Siman

Doutora em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Docente adjunto I do Departamento da Enfermagem e Medicina da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil..

Cynara Christine Ferreira Dutra

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa - UFV, Viçosa (MG), Brasil.

Marilane de Oliveira Fani Amaro

Doutora. Professora Adjunta no Departamento de Medicina e Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa - UFV, Viçosa (MG), Brasil.

Simone Grazielle Silva Cunha

Doutoranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Fernanda Batista Oliveira Santos

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de enfermagem Aplicada. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, (MG), Brasil.

RESUMO: Identificar as ações realizadas pela equipe de SCIH e Gestão da Qualidade para alcançar a meta redução do risco de infecções relacionadas à assistência à saúde. Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em duas instituições hospitalares. Houve triangulação de dados com entrevistas, observação e análise documental. Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo. As ações mais realizadas foram educação permanente, identificação e correções de problemas em procedimentos, busca ativa, vigilância e higienização das mãos. Foi possível identificar a ocorrência de eventos adversos. A comunicação e os problemas estruturais aparecem como dificultadores no alcance da meta. As ações identificadas foram práticas tradicionais e muitas vezes ineficientes. A prevenção e o controle de infecções ainda são desafios para as instituições de saúde. Há necessidade de adoção de estratégias inovadoras para alcançar a meta de redução do risco de infecção relacionada à assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Higiene das mãos; Infecção hospitalar; Inovação; Segurança do paciente.

ACTIONS TO REDUCE THE RISK OF HEALTH CARE INFECTIONS

ABSTRACT: To identify the actions taken by the SCIH and Quality Management team to achieve the goal of reducing the risk of infections related to health care. Exploratory descriptive qualitative study, carried out in two hospitals. There was triangulation of data with interviews, observation and document analysis. For data analysis, content analysis was used. The most performed actions were permanent education, identification and correction of problems in procedures, active search, surveillance and hand hygiene. It was possible to identify the occurrence of adverse events. Communication and structural problems appear as difficulties in reaching the goal. The actions identified are traditional practices and are often inefficient. The prevention and control of infections are still challenges for health institutions. There is a need to adopt innovative strategies to achieve the goal of reducing the risk of infection related to healthcare.

KEY WORD: Cross infection; Hand hygiene; Innovation; Patient safety.

Autor correspondente:

Andreia Guerra Siman
ago.80@hotmail.com

Recebido em: 24/03/2020
Aceito em: 11/06/2020

INTRODUÇÃO

Em 2013 foi criado no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir com a qualificação e a segurança do cuidado em saúde, com apoio e recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). A Segurança do Paciente tem adquirido importância mundial diante da magnitude dos eventos adversos divulgado na última década¹.

Para as instituições de saúde alcançarem a segurança do paciente, foram estabelecidas seis metas internacionais: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação; melhorar a segurança na administração de medicamentos; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde; reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas².

Além das metas de segurança, a fim de adotar as medidas adequadas e tornar o PNSP efetivo, os serviços de saúde devem possuir os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), instância constituída a fim de promover e implementar ações voltadas à segurança do paciente¹. É facultativo ao serviço de saúde utilizar de comissões, núcleos e comitês já existentes para realizar as atividades do NSP¹ normalmente, ficando à cargo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Além disso, os serviços hospitalares, no intuito de obter melhorias e qualidade assistencial, têm aderido ao sistema de gestão da qualidade, sendo estabelecido um setor administrativo. Além de propor ações voltadas para a qualidade dos serviços hospitalares, eles monitoram os riscos relacionados à segurança do paciente, sugerindo mudanças, quando necessário³.

Vale ressaltar, que os custos financeiros atribuídos às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são elevados, somado ao prejuízo ao paciente, na qual aumentará o tempo de internação, a permanência fora do convívio social e a possibilidade de resistência microbiana⁴.

As IRAS são adquiridas durante o período de internação ou detectadas após a alta, mas ainda relacionadas à assistência à saúde. As IRAS também

incluem as infecções ocupacionais entre funcionários.⁵⁻⁶ Incluem as infecções de corrente sanguínea, infecção de sítio cirúrgico, infecção do trato respiratório e infecção do trato urinário. Em todos os casos há uma estreita relação com a Higienização das Mãos (HM), de forma que sua realização adequada contribui para a não ocorrência e fortalecimento da segurança do paciente⁶.

Para reduzir o risco de IRAS, a HM é considerada a medida mais importante. Medida simples, eficaz e de baixo custo, recomendada pela OMS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁴. Estudos^{6,7} revelam que a HM de forma rotineira tem atingido níveis menores que 50%,^{6,7} o que sugere a necessidade de novas estratégia, inovações e/ou novas práticas para reduzir as IRAS, justificando a realização dessa pesquisa. Ressalta-se que inovação compreende a introdução e a exploração de novos produtos, processos, insumos e formas de organização⁸.

Além da HM, para se evitar infecções de corrente sanguínea, o profissional deve observar a perfusão de líquidos no cateter antes, durante e após a preparação e administração de medicamentos, bem como realizar a desinfecção das vias infusoras. Já para evitar as infecções de sítio cirúrgico, é importante que o profissional controle a glicemia no pré e pós-operatório, monitore a temperatura corporal e realize a preparação da pele com soluções alcoólicas⁹.

Para evitar as infecções do trato respiratório, principalmente pneumonias associadas a ventilação mecânica, é necessário que os profissionais elevem a cabeceira da cama, avaliem a sedação, façam a higienização oral com antissépticos e realizam a aspiração subglótica rotineiramente. Podemos destacar também algumas ações para evitar as infecções do trato urinário, como a utilização de cateter de menor calibre, higienização do meato, utilização de gel lubrificante e troca do sistema quando houver vazamento ou quebra da técnica asséptica⁹.

Diante do exposto, questiona-se, como a Gestão da Qualidade e as equipes de SCIH têm trabalhado para atingir a meta de redução do risco de IRAS? Quais as ações têm sido implantadas? Parte-se do pressuposto que esses profissionais têm buscado estratégias inovadoras

para reduzir o risco de IRAS⁸.

Evidências demonstram fadiga das campanhas tradicionais o que também justifica a realização desta pesquisa.⁸ Assim, este estudo tem como objetivo identificar as ações realizadas pela equipe de SCIH e Gestão da Qualidade para alcançar a meta redução do risco de infecções relacionadas à assistência à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa busca compreender os significados, os motivos e as atitudes realizadas¹⁰, desse modo, permitiu entender o agir e interpretar as ações dos profissionais, diante da redução de risco de infecções dentro da realidade vivida e partilhada por eles.

As unidades de análise foram duas equipes de SCIH e Gestão da Qualidade, de duas instituições hospitalares, com características semelhantes, localizadas na zona da mata mineira, Brasil. A escolha por estes locais se deu por serem instituições de ensino, vinculadas a uma universidade federal local, e que têm buscado realizar ações voltadas para a qualidade, gerenciamento de risco e segurança do paciente. Para facilitar a compreensão, os cenários de pesquisa foram nomeados como hospital A e hospital B.

O hospital A, com 116 leitos, possuía equipe de SCIH composta por uma enfermeira, um médico e uma técnica de enfermagem, e uma enfermeira na gestão da qualidade. O hospital B, com 122 leitos, possuía uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um médico para a SCIH, e uma administradora para a gestão da qualidade.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde membros das comissões de SCIH e Gestão da Qualidade dos dois hospitais, selecionados intencionalmente, por compor estas comissões e trabalhar com redução de IRAS. Utilizou-se como critério de inclusão: ter vínculo empregatício com a instituição, ser integrante do SCIH ou da Gestão da qualidade, independentemente do tempo de exercício na função. Excluiu-se os profissionais afastados do cargo por qualquer motivo no período da coleta de dados,

totalizando oito participantes na pesquisa, sem nenhuma recusa ou exclusão.

Os dados foram coletados por meio de triangulação de dados, com análise documental, entrevistas e observação. A coleta foi realizada pela pesquisadora principal. Para análise documental utilizou-se dados de relatórios de reuniões da SCIH e da qualidade; para as entrevistas utilizou-se roteiro semiestruturado e a observação não participante foi utilizada para identificar as atividades desenvolvidas pelas pessoas inseridas no contexto da ação, com anotações em um diário de campo e ocorreram durante e após as entrevistas.

A coleta aconteceu no período de fevereiro a maio de 2017. As questões da entrevista abordavam aspectos sobre o conhecimento dos participantes acerca das metas de segurança do paciente, ações realizadas pelas equipes para reduzir o risco IRAS, práticas, estratégias e dificuldades para reduzir IRAS e a ocorrência de eventos adversos.

Foi realizado teste piloto para validar o roteiro com duas enfermeiras do SCIH de outra instituição e após análise foi mantido, sem nenhuma alteração.

Os participantes foram contatados antes, via telefone ou pessoalmente, para explicar o objetivo da pesquisa e agendar a entrevista. As entrevistas foram individuais, áudio gravadas no próprio local de trabalho, em ambiente escolhido pelos participantes para expor com tranquilidade e segurança as suas vivências, mediante próprio consentimento. Teve duração média de 15 a 30 minutos. Posteriormente, os dados foram transcritos na íntegra e devolvidos aos participantes via e-mail, sem correções. Para fins de preservação do anonimato, os participantes foram referidos pela letra P, precedido do número correspondente à ordem em que foram realizadas as entrevistas, a saber: P1, P2, P3 e assim sucessivamente.

O conteúdo foi analisado pela Análise de Conteúdo nas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹¹ Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das entrevistas a fim de familiarizar com o texto e obter total compreensão sobre o que o participante buscou transmitir. Em seguida procedeu-se a seleção temática, que consistiu em identificar os núcleos de sentido, ou

elementos semanticamente semelhantes, para posterior categorização e interpretação à luz da literatura.¹¹ Com a análise foram elaboradas 42 codificações e três categorias derivadas dos dados, denominadas: IRAS e as ações voltadas para a melhoria da segurança do paciente; Desfechos indesejáveis e Metas de segurança do paciente; percepções e dificuldades vivenciadas.

O estudo foi conduzido segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa e das instituições cenários da pesquisa, sob CAAE n°: 44109015.0.0000.5149.

RESULTADOS

Participaram do estudo oito profissionais (Quadro 1), com idades entre 27 e 38 anos. A média de tempo de trabalho no SCIH foi de 11,9 meses (desvio padrão de 13,5) e no setor de gestão da qualidade a média de tempo de trabalho foi 15,5 meses (desvio padrão de 12). Dois participantes da pesquisa possuíam pós-graduação (Acreditação em saúde e Infectologia e gestão empresarial).

As categorias apresentadas a seguir emergiram da análise dos dados e abordavam as ações realizadas pelos profissionais para atingir a meta de redução do risco de IRAS; a ocorrência de eventos adversos na categoria como desfechos indesejáveis e a percepção dos profissionais acerca das seis metas internacionais para a segurança do paciente; e as dificuldades encontradas para atingi-las, na última categoria.

IRAS E AS AÇÕES VOLTADAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Com base na observação, entrevistas e análise documental, as principais ações desenvolvidas pelas equipes para reduzir o risco de IRAS foram medidas de educação permanente; mecanismos de identificação e correções de problemas em procedimentos clínicos realizados pelos profissionais, com visita in loco nos setores; ações de vigilância e gestão de riscos. As capacitações foram as ações mais citadas, seguida de busca ativa e HM. Estes resultados foram relatados nos depoimentos: *“Treinamentos com a equipe multiprofissional [...] Então, o que a gente tem feito é pegar os problemas maiores que a gente vivencia dentro do hospital, relacionado à assistência, e dar treinamento relacionado a isso. [...] a gente cai sempre no mesmo assunto. Quando você vai olhar, referente à infecção hospitalar, você cai na lavagem das mãos”*. (P7)

Quadro 1. Descrição dos elementos da pesquisa, Minas Gerais, Brasil, 2017

Hospital	Vínculo da gestão	Profissionais membros do SCIH	Profissionais da gestão da qualidade	Constituição do NSP	Protocolo de HM implantado	Periodicidade das reuniões	Principais ações realizadas
A	Filantropico	Médico (n=1), enfermeiro (n=1), técnico de enfermagem (n=1)	Enfermeiro (n=1)	Gerenciado pelo enfermeiro da SCIH	Sim	Mensal	Capacitações reuniões de equipes vigilância e busca ativa higienização das mãos Identificação de problemas em locos
B	Público	Médico (n=1), enfermeiro (n=1), técnico de enfermagem (n=1)	Administrador de empresas (n=1)	Gerenciado por enfermeiro que não faz parte das comissões citadas	Sim	Mensal ou bimestral	Capacitações Educação permanente reuniões de equipe vigilância e busca ativa higienização das mãos

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Os participantes consideram a capacitação como uma ação rotineira, por isso, por vezes negligenciada pela equipe de saúde, tornando-a ineficiente: *“Hoje a minha percepção de treinamento de higienização das mãos dentro da realidade do hospital é [...] muito, muito, muito baixa, para mim hoje é inútil. Todo mundo sabe o que tem que ser feito, não tem nada de novo nisso. É a mesma coisa sempre, o treinamento. Só que as pessoas insistem ainda em não ter adesão adequada. Na verdade, o que tem que se estudar são incentivos[...] a grande inovação é descobrir quais esses incentivos. Quando eu falo incentivo aqui, eu estou falando no sentido bem amplo mesmo, incentivos positivos ou até punições mesmo. Não sei qual é o caminho melhor, isso tem que ser medida estudada”*. (P8)

Dentre os participantes, a maioria afirmou não realizar nenhuma estratégia ou ação inovadora, e sim, ações habituais no alcance da meta de redução do risco de IRAS. No entanto, surgiram duas ações consideradas inovadoras por eles: geração de dados além do exigido pela Anvisa e curso introdutório para os acadêmicos iniciantes: *“A Anvisa hoje solicita a área crítica que é CTI [Centro de Terapia Intensiva] mas nós geramos esse relatório mensal que comporta todos os setores do hospital [...] isso é inovador”*. (P4) *“Às vezes a gente faz com os funcionários, mas a gente começou a fazer com acadêmicos, ainda mais que o hospital é hospital de ensino [...] tipo um introdutório mesmo do hospital, eu falo do setor de qualidade[...] é uma coisa inovadora que não tinha no hospital”*. (P5)

Alguns participantes reconheceram a importância de desenvolver ações e estratégias inovadoras no alcance da meta: *“Demais. Inovação sempre é bom, atualização muito mais [...]”*. (P7) *“Às vezes sim, porque se você coloca uma coisa nova, pode pegar mais que uma coisa antiga. As ações rotineiras nem sempre causam efeito [...]”*. (P2)

DESFECHOS INDESEJÁVEIS

Os participantes relataram a ocorrência de eventos adversos na sua instituição, os quais poderiam ter sido evitados por medidas de HM: *“Infecção cruzada por falta de lavar as mãos, sempre, toda infecção é*

por causa disso. Lavar as mãos”. (P4) *“Já [ocorreu], presenciada inclusive [...] foi presenciado um médico examinando uma paciente contaminada com cultura de MRSA sem capote, sem luva e sem higienizar as mãos, partiu pro segundo paciente que não estava infectado [...] e examinou o paciente novamente sem lavar as mãos, sem calçar as luvas, quer dizer, infecção cruzada na certa”*. (P7)

Outro relato é a ocorrência de evento adverso relacionado à incisão cirúrgica: *“A gente vê claramente pacientes em pós-operatório com sinais flogísticos na incisão cirúrgica, assim, obviamente, falta alguma coisa no processo. Acredito que na hora da lavagem das mãos, talvez uma técnica inadequada de realização do curativo”*. (P3)

Por meio da observação, identificou-se que com a implantação do NSP, as instituições pesquisadas notificavam os eventos adversos ocorridos, primeiramente em impresso próprio, com descrição do tipo e gravidade do evento, posteriormente notificavam à ANVISA. No entanto, as instituições em estudo não possuíam indicadores de segurança do paciente sistematicamente alimentados e analisados.

METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES E DIFICULDADES VIVENCIADAS

Em relação às metas internacionais de segurança do paciente, nenhum participante enfatizou as seis metas, no entanto, a meta relacionada à redução do risco de IRAS apareceu na maioria dos depoimentos: *“Já ouvi falar [das metas], mas não sei certo todas. Não mesmo [...] agora, assim, não”*. (P6) *“Comunicação entre os profissionais, identificação do paciente, o risco de queda, cirurgia segura, protocolo de feridas e lavagem das mãos”*. (P5)

Sobre a meta de redução do risco de IRAS: *“Trabalho com algumas. Eu sei que, o que a gente mais faz é tentar higienizar a mão para não levar nada de contaminação de um ambiente para o outro [...]”*. (P2) *“Dentro da SCIH, no controle de infecção você acaba trabalhando diretamente com a segurança do paciente porque se você previne infecção, você assegura para o paciente que ele teve um atendimento bom, de*

qualidade. Então, dentro da CCIH a gente trabalha com a taxa de infecção, as taxas de infecção no sítio cirúrgico, por procedimento [...]”. (P4)

Foram enfatizados problemas administrativos e financeiros que influenciam no alcance da meta de redução de IRAS: *“Alguns casos passam a ser administrativo e falta de dinheiro. Não tem muito o fazer [...] o que adianta a gente trabalhar, é, com a lavagem das mãos, bater em cima, você chega na alqueira aqui da porta não sai álcool”. (P1)*

Outra dificuldade apresentada foi a sobrecarga da equipe com várias atribuições em comissões diferentes: *“Tem que ter um núcleo de segurança do paciente, aí para não gastar contratação com outra enfermeira, com outra equipe, coloca a mesma equipe, mas isso para mim é um erro”. (P8)*

A comunicação entre profissionais também foi citada como um obstáculo na redução do risco de infecções:

“Acho que falta comunicação entre enfermeiro e o técnico, entre o médico e o enfermeiro, que é o que tem muito pouco no hospital. Tem que melhorar a comunicação entre os profissionais para reduzir as infecções”. (P6)

Como estratégias de comunicação, pela observação identificou-se cartazes da técnica correta HM afixados ao longo da instituição.

DISCUSSÃO

A prevenção e o controle de infecções ainda são desafios para a maioria das instituições de saúde. A principal atividade para a prevenção e a eliminação de infecções é a higiene adequada das mãos. Entretanto, de acordo com os resultados apresentados, esta ação não foi a mais citada entre os participantes, apesar das duas equipes ter instituído o protocolo de HM, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Os resultados apontaram que as duas equipes trabalhavam de maneira semelhantes.

A ação mais desenvolvida pelas equipes foi a educação permanente. Estudo internacional demonstrou uma maior adesão a HM após um processo interativo de informação, treinamento, observação e feedback para

todos os profissionais de saúde¹². Além disso, a educação permanente é importante estratégia de melhoria multimodal da OMS na mudança de comportamento coletivo e individual. Além dessa ação, a OMS traz como estratégia outros elementos: mudança de sistema, monitoramento e feedback de desempenho, lembretes nos locais de trabalho e clima institucional de segurança¹³. Apesar de não constar nos depoimentos, e não ser reconhecido como estratégias para os participantes, por meio da observação, identificou-se cartazes da técnica correta HM afixados ao longo da instituição.

Os resultados apresentados demonstram que os participantes da pesquisa, mesmo em posição de líderes, não têm utilizado nenhuma estratégia inovadora para reduzir o risco de IRAS; apesar de reconhecer sua importância. Estudos já demonstraram que, inovar caracteriza-se como uma necessidade para aumentar a aderência da HM pelos profissionais^{8,14}.

Pesquisadores apontam que o Sistema Eletrônico de monitoramento de HM é uma estratégia inovadora utilizando tecnologia dura. Este sistema funciona online e via wireless, no qual, um sensor infravermelho capta o momento em que o profissional de saúde utiliza sabão líquido e/ou álcool em gel. Quando o mesmo se aproxima do leito uma luz em sua cabeceira fica verde, sinalizando que o profissional realizou a HM antes do contato com o paciente. Caso essa ação não tenha sido realizada, uma luz vermelha mantém acesa¹⁵. Essa inovação, oferece melhor feedback para a instituição quanto a realização da HM e para o paciente que pode ser alertado quanto ao cumprimento da meta.

Outras ações citadas na literatura não envolvem tecnologias duras e obtiveram resultados positivos. A ação integrada do SCIH e enfermeiros assistenciais tem como objetivo encontrar uma forma eficaz de aumentar a aderência da HM por todos os profissionais do hospital. Neste trabalho, os profissionais da assistência e equipe do SCIH trabalham em conjunto. A SCIH observou fragilidades no setor e em parceria com os profissionais propuseram medidas para melhorar a aderência da HM^{8,12}.

Também foi observado na literatura medidas de incentivo aos profissionais, utilizando paródias musicais para aumentar a duração da desinfecção cirúrgica. Os profissionais ouviam música popular durante a prática.

Apesar da medida se mostrar limitada, houve aumento do tempo por pessoas mais jovens¹⁶. Estratégias, de baixo custo, podem ser utilizadas como os lembretes, cartazes e auditorias, tornando todos protagonistas do processo e demonstrando sua importância na redução das IRAS⁸.

Em relação aos eventos adversos apresentados nos resultados, e as lacunas do conhecimento apresentados pelas equipes na mesma categoria, esses eventos impactam diretamente no cumprimento da meta de redução do risco de IRAS. Ao reduzir IRAS, as equipes vão conseguir reduzir, de maneira significativa, a ocorrência dos eventos adversos^{3,17-18}. Sabe-se que os Microorganismos multirresistentes à antibióticos, (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina- MRSA) podem ser adquiridos pelo contato direto entre profissional e paciente colonizado. Este microrganismo é responsável por graves casos de infecções hospitalares e causa o óbito de muitos pacientes. O profissional de saúde pode evitar a transmissão da infecção pelo simples ato de higienizar as mãos^{17,19}.

Vale esclarecer que eventos adversos são danos, causados à saúde do paciente decorrente do cuidado em saúde, do tipo falhas durante a assistência à saúde; durante procedimento cirúrgico; na administração de medicamentos, dietas e gases medicinais e infecção relacionada com a assistência à saúde²⁰.

Um dos participantes evidenciou a transmissão de MRSA entre pacientes internados no setor de terapia intensiva. Esse tipo de evento aumenta o uso de antimicrobianos pelos pacientes, o risco de óbito e o tempo de internação hospitalar, gerando custos evitáveis para o hospital¹⁷⁻¹⁹.

Torna-se claro que a redução desses eventos adversos evitáveis estão relacionados à prática de HM e requer mudanças de hábito e responsabilização do indivíduo por suas ações,³ também demonstra a necessidade de desenvolver estratégias eficientes e inovadoras para a redução dos eventos adversos evitáveis.

Para aumentar a adesão à HM, evidencia-se a necessidade de uma equipe de SCIH atuante e o apoio da administração hospitalar, no entanto, este estudo revelou dificuldades relacionadas à falta de materiais, ausência de apoio administrativo, excesso de carga de trabalho e

a realização de outras tarefas além daquelas relacionadas à SCIH.

São problemas que podem ser solucionados com a mudança de sistema¹³ o que inclui melhoria de infraestrutura, equipamentos, suprimentos e recursos adicionais. Essa mudança deve ser alcançada para que todos os atores considerem a HM fácil em sua rotina de prática. Os problemas físicos, administrativos e de recursos também foram compartilhados por outros enfermeiros de SCIH²¹. O desvio de função de profissionais deixa-os sobrecarregados e prejudica o desenvolvimento de atividades relacionadas ao controle de infecções na instituição²¹.

Em conformidade com a presente pesquisa, outro estudo demonstrou que a falha na comunicação, a falta de motivação, de recursos adequados, de tempo e de consciência sobre a importância da HM, também são considerados fatores dificultadores na prática de HM¹⁸.

Todos os obstáculos citados implicam em dificuldade de realizar a vigilância das IRAS e notificá-las. No entanto, a implementação do NSP nas instituições configuram uma alternativa para minimizar o problema, uma vez que as ações relacionadas à promoção da cultura de segurança do paciente, prevenção, monitoramento e dos eventos adversos ficam à cargo do NSP. Vale ressaltar que o trabalho conjunto do SCIH e do NSP promove qualidade na assistência à saúde e um ambiente de segurança aos pacientes e profissionais envolvidos no cuidado.

CONCLUSÃO

As ações desenvolvidas pelas equipes de SCIH e Gestão da Qualidade identificadas neste estudo foram práticas tradicionais e muitas vezes ineficientes. Foram encontradas ações de educação permanente, higienização das mãos, identificação e correção de problemas em procedimentos clínicos, visitas in loco, ações de vigilância e de gerenciamento de riscos. Houve relato da ocorrência de eventos adversos, problemas estruturais e de comunicação como dificultadores.

Urge a necessidade de utilizar estratégias inovadoras para a redução do risco de IRAS pois, a prevenção e o controle de infecções ainda são desafios

para as instituições de saúde. A responsabilidade deve ser compartilhada com todos os atores e profissionais envolvidos, pois a higienização correta das mãos é o principal caminho.

Uma limitação importante desta pesquisa, se refere ao tamanho da amostra, representada em número reduzido, o que permite considerar que os resultados encontrados não podem ser generalizados sugerindo novas pesquisas nesta área.

O estudo contribui com a prática profissional de líderes e demais profissionais de saúde ao trazer reflexões sobre a importância da adoção de estratégias para melhorar a segurança do paciente, o controle de IRAS, e principalmente a adesão à HM. Os resultados apontados permitem inferir que são muitos os desafios para a prática, o ensino e a pesquisa em Enfermagem, afim de que profissionais, gestores e pacientes contribuam com o controle de IRAS. Há uma necessidade de adoção de estratégias inovadoras e a superação de problemas como falhas de comunicação e dificuldades estruturais. E ainda, espera-se que essa pesquisa ofereça subsídios para boas práticas dos profissionais e para a liderança do SCIH e da Gestão da Qualidade, quanto às estratégias que vêm sendo utilizadas no controle das IRAS e subsidiar o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
2. Aguiar LL, Guedes MVC, Oliveira RM, Leitão IMTA, Pennafort VPS, Barros AA. Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 2020 Jan 1]; 3(22): e45609. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45609/pdf>
3. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Bernardes A, Haddad MCFL, Wolff LDG, Marcon SS et al. Influence of hospital Accreditation on professional satisfaction of the nursing team: mixed method study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2019 [acesso em 2020 Jan 1]; 27: e3109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100310&tlng=en
4. Oliveira AC, Pinto SA. Patient participation in hand hygiene among health professionals. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 2020 Jan 1]; 71(2):259-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0124>
5. Beilela-Anacleto ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 2020 Jan 1]; 70(2): 442-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189>.
6. Souza ES, Beilei RA, Carrilho CMDM, Matsuo T, Yamada-Ogatta SF, Andrade G, et al. Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. *Texto-contexto Enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em 2020 Jan 1]; 24(1):220-8. Disponível em: [10.1590/0104-07072015002940013](http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002940013).
7. Figueiró AC, Santos MA, Kabad J, Cruz MM, Hartz Z. Avaliação da Rede Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública - Teias: inovação e produtos em questão. *Saúde debate.* [Internet]. 2017 [acesso em 2020 Jan 1]; 41 (esp): 290-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s21>.
8. Tartare E, Piers D, Bellissimo-Rodrigues F, Kraker M, Borzykowski TH, Allegranzi B, et al. The global hand-sanitizing relay: promoting hand hygiene through innovation. *J Hosp Infect* [Internet]. 2017 [acesso em 2020 Jan 1]; 95(2):189-93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28081910>
9. Ferreira LL, Azevedo LMN, Salvador PTCO, Morais SHM, Paiva RM, Santos VEP. Cuidado de enfer-

- magem nas infecções relacionadas à assistência à saúde: scoping review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(2):498-505. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>
10. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34.ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
 11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
 12. Magdalena Hoffmann, Gerald Sendlhofer, Gudrun Pregartner, Veronika Gombotz, Christa Tax, Renate Zierler et al. Interventions to increase hand hygiene compliance in a tertiary university hospital over a period of 5 years: An iterative process of information, training and feedback. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2019 [acesso em 2020 Jan 1]; 28:912–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30357973>.
 13. Kilpatrick C, Bourqui L, Peters A, Guitart C, Allegranzi B, Pittet D. Hand hygiene: Sounds easy, but not when it comes to implementation. *J Infect Public Health*. [Internet]. 2019 May [acesso em 2020 Jan 1]; 12(3):301-3. Disponível em: [10.1016/j.jiph.2019.04.008](https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.04.008). Epub 2019 Apr 30.
 14. French K. Tem articles on hand higyene innovation that have been reported in Journal of Hospital Infection. *Journal of Hospital Infection*. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 Jan 1]; 100:242-4. Disponível em: [10.1016/j.jhin.2018.07.045](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.07.045)
 15. Marra AR, Camargo TZS, Magnus TP, Blaya RP, Batista dos Santos G, Guastelli LR, et al. The use of real-time feedback via wireless technology to improve hand hygiene compliance. *American journal of infection control*. [Internet]. 2014 [acesso em 2020 Jan 1]; 42(6):608-11. Disponível em: [10.1016/j.ajic.2014.02.006](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.02.006)
 16. Gautschi N, Marschall J, Candinas D, Banz VM. Effect of music on surgical hand disinfection. *J Hosp Infect*. [Internet]. 2017 [acesso em 2020 Jan 1]; (95): 352-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28202191>
 17. Goerig T, Dittmann K, Kramer A, Diedrich S, Heidecke CD, Huebner NO. Infection control perception and behavior: a question of sex and gender? Results of the AHOI feasibility study. *Infect Drug Resist*. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 Jan 1]; 4(11):2511-2519. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IDR.S178922>
 18. Mackrill J, Dawson C, Garvey B, Gould D. Exploring new approaches to improve hand hygiene monitoring in healthcare. *Infection, Disease & Health*. [Internet]. 2017 [acesso em 2020 Jan 1]; 22(1):21-27. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IDR.S178922>
 19. Kelly JW, Blackhurst D, McAtee W, Steed C. Electronic hand hygiene monitoring as a tool for reducing health care-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *American journal of infection control*. [Internet]. 2016 [acesso em 2020 Jan 1]; 44(8):956-957. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.04.215>
 20. Maia CS, Coradi FDR, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saude*. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 Jan 1]; 27(2):e2017320. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v27n2/2237-9622-ess-27-02-e2017320.pdf>
 21. Barros MMA, Pereira ED, Cardoso FN, Antunes da Silva R. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. *Universitas: Ciências da Saúde*. [Internet]. 2016 [acesso em 2020 Jan 1]; 14(1):15-21. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/3411/3066>