

Serviços ambulatoriais privados de saúde: conhecendo as ações de prevenção de infecções para a segurança do paciente

Outpatient private health services: knowing infection prevention actions for patient safety

RESUMO

Carla Maria Oppermann* 

Rita Catalina Aquino Caregnato 

Marcelo Schenk de Azambuja 

Introdução: Os serviços ambulatoriais privados de saúde crescem em número e diversidade e implantam, de forma autônoma, as ações de prevenção de infecções. **Objetivo:** Conhecer as ações existentes nos serviços ambulatoriais privados de saúde quanto à prevenção das infecções. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, realizada em 14 clínicas privadas de saúde em Porto Alegre (RS). **Resultados:** Evidenciou-se que 36% dos serviços mantinham Comissão de Controle de Infecção, 64% calculavam taxas de infecção e 100% realizavam capacitações. Quanto à higiene de mãos, 100% distribuíam álcool gel e 14% calculavam indicador de adesão. Na injeção segura, 71% tinham orientações escritas, mas apenas 7% monitoravam a prática; somente 14% dos serviços tinham orientação da etiqueta da tosse e 36% dos serviços detectavam portadores de germes multirresistentes. Somente 36% monitoravam competências das rotinas após capacitações. Na análise do conteúdo das falas, emergiram quatro categorias denominadas: Educação, Prevenção, Vigilância e Controle de Infecção, sendo Educação a de maior relevância. **Conclusões:** Os serviços mantinham ações para prevenção, especialmente as relacionadas aos equipamentos, produtos, rotinas e capacitações, entretanto precisam avançar no monitoramento e na avaliação dos processos assistenciais de prevenção das infecções, a fim de garantir a segurança do paciente e qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Hospitalar; Assistência Ambulatorial; Prevenção; Educação em Saúde; Segurança do Paciente

ABSTRACT

Introduction: Private outpatient health services are growing in number and diversity, and implement autonomously prevention actions. **Objective:** To survey existent actions in private outpatient health services related to infection prevention. **Method:** We performed a descriptive exploratory research; encompassing 14 private health clinics in Porto Alegre/Rio Grande do Sul. **Results:** It was evidenced that 36% of the services maintained an infection control commission; 64% calculated rates of infection, and 100% performed regular training activities. Regarding hand hygiene, 100% distributed alcohol gel and 14% calculated adherence indicators. As to safe injection, 71% of the services had written guidelines, but only 7% monitored the practice. Only 14% of the services had cough tags, and 36% of the services detected bearers of multiresistant germs. Only 36% of the services monitored routine skills after training. Speech content analysis brought four main categories: Education, prevention, surveillance and infection control, being education the most relevant. **Conclusions:** The services maintained preventive actions, especially those related to equipment, products, routines and training. However, monitoring and evaluation of infection prevention processes need to be advanced in order to guarantee patient safety and quality of care.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

* E-mail: cmoppermann@gmail.com

Recebido: 14 mar 2019

Aprovado: 23 jul 2019

KEYWORDS: Cross Infection; Ambulatory Care; Prevention; Health Education; Patient Safety



INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são um grave problema de saúde pública mundial, consideradas Eventos Adversos (EA) associados à assistência à saúde, com alta morbidade e mortalidade, o que repercute diretamente na segurança do paciente e na qualidade dos serviços de saúde¹. Muitos pacientes, ao buscarem assistência, estão suscetíveis às IRAS, principalmente quando apresentam fatores de risco, tais como: idade avançada, doenças crônicas e internações hospitalares frequentes. Os acompanhantes, os visitantes e os profissionais de saúde que transitam e atuam no ambiente também estão sujeitos a adquirir infecções².

Os serviços ambulatoriais de saúde, como clínicas médicas com procedimentos invasivos, centros de pequenas cirurgias ambulatoriais e outras configurações especializadas, merecem receber um olhar mais atento no que se refere ao risco de infecção³. De forma crescente, esses serviços de saúde incorporam tecnologia e aumentam a 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 hospitais⁴. No Brasil, segundo dados do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)/Ministério da Saúde (MS) de 2017, o país mantinha 79.240 estabelecimentos com atendimento ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 205.362 serviços ambulatoriais particulares⁵. A base do atendimento em saúde é ambulatorial, englobando os atendimentos ambulatoriais realizados em hospitais, clínicas e centros cirúrgicos não hospitalares, com ampla utilização pela comunidade do sistema público e privado⁶.

Atualmente, enfrentam-se graves problemas com a transmissão de doenças causadas por vírus, bactérias, fungos e a ocorrência da resistência microbiana, com maior relevância para as bactérias resistentes aos carbapenêmicos¹. São comuns as notícias de surto de infecção após procedimentos relacionados às más práticas em prevenção de infecção em serviços ambulatoriais^{7,8}. Os danos resultantes das falhas nos processos de assistência à saúde, em clínicas ambulatoriais das diversas especialidades, geram queixas judiciais e dolo a inúmeros usuários que buscam essas clínicas, aparentemente de menor risco, e saem com agravos inesperados⁹.

Apesar de os serviços ambulatoriais estarem incluídos no termo “serviços de saúde”, nas legislações e recomendações nacionais, são os hospitais, serviços de maior complexidade, que recebem a regulação sistemática da vigilância sanitária¹⁰. Os serviços ambulatoriais necessitam, de forma autônoma, corresponder em conhecimento e adequação nas estruturas e processos para participação no sistema de saúde, com ações seguras. Portanto, é fundamental o conhecimento do tema para a aplicação das práticas de prevenção de infecção, de modo a garantir um ambiente seguro e confiável para os usuários e profissionais.

Em revisão integrativa sobre os riscos de infecção em serviços de saúde ambulatoriais fora do contexto hospitalar, realizada

recentemente, aponta-se como serviços de maior risco para infecção: clínicas cirúrgicas, clínicas oncológicas, clínicas de endoscopia, clínicas de diálise e clínicas de diagnóstico por imagem com exames contrastados¹¹. Os principais riscos relacionados são os seguintes: descumprimento das regras das práticas seguras de injeção^{9,12,13}, falhas nos processos de limpeza e desinfecção de artigos e equipamentos⁸, presença de germes multirresistentes¹⁴, baixa adesão à higiene das mãos, falta de implantação e fiscalização de programas de prevenção e controle de infecção; inexistência das taxas de infecção e notificações de agravos ao órgão regulador^{15,16,17}.

Diante do que foi exposto, para a realização dessa pesquisa, questionou-se: como ocorre a prevenção de infecções nos serviços ambulatoriais privados em Porto Alegre? Quais são as necessidades desses serviços ambulatoriais, no que se refere ao controle de infecção? O objetivo do estudo foi conhecer as ações existentes nos serviços ambulatoriais privados de saúde quanto à prevenção de infecções para a segurança do paciente.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa exploratória descritiva, realizada em clínicas privadas localizadas na cidade de Porto Alegre (RS), entre agosto e outubro de 2017. Optou-se por esse tipo de clínica uma vez que a maioria delas não recebe assessoria de controle de infecção de hospitais e busca adequação de forma autônoma. A amostra foi representada por 14 serviços de saúde ambulatoriais privados, fora de contexto hospitalar, os quais apresentam risco aumentado de infecção. Os serviços pesquisados foram: clínicas cirúrgicas, clínicas oncológicas, de endoscopias, de diálise e de radioimagem com exames contrastados. Foram excluídos, nesse estudo, os serviços com vínculo hospitalar ou que recebiam assessoria de controle de infecção de algum hospital.

A seleção da amostra foi realizada através de busca eletrônica das clínicas ambulatoriais, localizadas na área urbana de Porto Alegre, que atendessem as especialidades descritas. Nessa busca, foi identificado um total de 44 clínicas. O primeiro contato foi telefônico, a fim de verificar se o serviço realizava procedimentos de risco e se não tinha vínculo hospitalar. Nesse processo, foram excluídas 15 clínicas. Após, foram realizadas visitas e contatos telefônicos para solicitar agendamento com o responsável pela clínica, visando à participação do serviço na pesquisa. O responsável confirmava a participação com a assinatura do termo de anuência e indicava um profissional para a entrevista. Dos 29 responsáveis pelas clínicas que receberam o convite para realização da pesquisa, 15 negaram-se a participar, restando 14 clínicas participantes. Foram entrevistados 13 enfermeiros e um médico proprietário.

As entrevistas foram realizadas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, sob o CAAE



67934117.1.0000.5345. Todo o trabalho foi explicado aos participantes, os objetivos da pesquisa foram esclarecidos e os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinados.

Os dados foram coletados em um questionário estruturado, com perguntas abertas e fechadas. Primeiramente, foram realizadas as questões abertas com a intenção de explorar o assunto. As perguntas abertas foram gravadas e posteriormente transcritas em um programa eletrônico. As perguntas fechadas contemplaram os dados de identificação e certificação do serviço, existência de Comissão de Controle de Infecção (CCI), reuniões específicas registradas em atas, formulação de indicadores de resultado e de processos e a realização de capacitações para qualificar a assistência e prevenir infecções. O questionário também abordou as ações como disponibilização dos equipamentos para higiene de mãos (HM), rotinas para a injeção segura (IS), disponibilização de equipamentos de proteção individual (EPI), rotinas e orientação para a etiqueta da tosse e controle dos germes multirresistentes (GMR), rotinas, produtos e capacitação para processamento de artigos e limpeza e desinfecção do ambiente. O referido instrumento foi baseado no *checklist* do Manual de Prevenção de Infecção para Serviços Ambulatoriais do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e avaliado por dois especialistas em controle de infecções⁴. Não foi realizado o processo de validação.

Os dados das perguntas fechadas foram inseridos em uma planilha Excel e a análise foi descrita por meio de percentuais simples, apresentados sob a forma de quadro. Os dados das perguntas abertas foram abordados pela análise de conteúdo de Bardin¹⁸. A partir da leitura do material transcrito, foi confeccionado um grande mapa contendo os recortes de todas as falas, para identificar as unidades de registro (UR). Esse tratamento de resultados permite a organização dos dados por meio de categorias e subcategorias, as quais reduzem os elementos significativos de todo o material e permitem a reconstrução teórica dos dados analisados¹⁹. Nos resultados, os recortes das falas dos entrevistados são apresentados com a identificação "S", que significa "sujeito", seguido de um número arábico, que corresponde à ordem das entrevistas.

RESULTADOS

Em relação ao perfil dos 14 serviços pesquisados: quatro eram clínicas de cirurgia, uma de cirurgia geral e três de oftalmologia; quatro de oncologia; três de endoscopia; duas de diálise; e uma clínica de radioimagem com exames contrastados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. Todos os serviços eram privados e atendiam pacientes conveniados e particulares. A periodicidade das vistorias da vigilância sanitária para atualização do alvará era anual, exceto para os serviços de diálise, que era semestral. A frequência das capacitações em prevenção de infecções nos serviços era diversificada: três apresentavam capacitações mensais, três bimestrais, uma trimestral, cinco semestrais e duas anuais. Apesar de todos os serviços orientarem o retorno à clínica no caso de infecção pós-procedimento, somente nove (64%) monitoravam

e avaliavam as taxas de infecção. Foram as clínicas de oncologia as que se destacaram positivamente na manutenção de ações de prevenção de infecções. O Quadro 1 mostra as ações instituídas, que eram mantidas pelos serviços para a prevenção das infecções.

As maiores desconformidades encontradas estão relacionadas à falta de monitoramento das práticas de prevenção das infecções visando a elaboração de indicadores. O fato se observa nas práticas de HM, de IS e uso de EPI. Em relação à etiqueta respiratória/higiene da tosse, verifica-se que poucos são os serviços que mantêm rotina e capacitam equipe e usuários para prevenção da transmissão de doenças respiratórias. Essa deficiência também foi observada em relação à identificação de possíveis pacientes infectados/colonizados com GMR e outras síndromes infecciosas, para a instituição de medidas de bloqueio da transmissão. Observa-se que o processo de esterilização é terceirizado em metade dos serviços e, destes, somente três monitoram o indicador biológico e conhecem sua periodicidade. As maiores adequações mostraram-se nas rotinas, nos produtos e capacitações para o processamento de artigos para a saúde e limpeza e desinfecção do ambiente e, ainda, em relação às rotinas de acidente pós-exposição ao material biológico, manejo de resíduos e lavanderia.

A categorização, resultante das UR das perguntas abertas, ocorreu de acordo com semelhanças temáticas, resultando em quatro categorias e 19 subcategorias, conforme mostra o Quadro 2. Entre parênteses está o total de UR encontradas nas falas dos entrevistados.

A categoria Educação destacou-se, uma vez que apresentou número elevado de UR, conforme expressa nas seguintes falas:

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).

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. Melhorar a capacitação, arrumar um tempo para fazer. Tem que se organizar (S10).

Os sujeitos atribuem importância ao ensino, no serviço, para capacitar os funcionários e promover maior segurança para eles e seus pacientes. Como recurso de atualização, eles recorrem à participação em congressos, internet e em artigos científicos. Falam da necessidade de ter mais capacitações, alegam falta de tempo e de organização para atender esta demanda, porém consideram a educação no trabalho uma importante estratégia de qualificação do serviço.

A segunda categoria, denominada Prevenção, tem como principal subcategoria a HM, atribuindo forte valor a esse conteúdo. As falas expressam a relevância:



Quadro 1. Ações de prevenção de infecções instituídas nos serviços ambulatoriais de saúde privados. Porto Alegre, RS, 2017.

Ação administrativa	Número de serviços (N)	Percentual de serviços (%)
Possuir Alvará de Saúde	14	100
Manter CCI	5	36
Realizar reuniões	5	36
Manter programa de controle de infecção escrito	10	71
Realizar capacitação em controle de infecção	14	100
Orientar para notificação de infecção	14	100
Calcular taxa de infecção	9	64
Ações técnicas		
Disponibilizar álcool gel	14	100
Calcular taxa de adesão para HM	2	14
Ter orientações escritas de injeção segura	10	71
Calcular taxa de adesão de injeção segura	1	7
Fornecer EPI	14	100
Calcular taxa de uso dos EPI	0	0
Detectar portadores de germe multirresistente	5	36
Ter orientações escritas sobre processamento de produtos para a saúde	14	100
Utilizar detergente enzimático	14	100
Realizar esterilização no serviço	7	50
Terceirizar a esterilização	7	50
Monitorar o indicador biológico	10	71
Realizar capacitação sobre processamento	14	100
Ter orientação escrita sobre limpeza e desinfecção do ambiente	14	100
Realizar capacitação sobre limpeza do ambiente	14	100
Manter rotina pós-acidente ocupacional biológico	5	36
Monitorar as vacinas dos profissionais	14	100
Ter plano de gestão de resíduos	14	100
Terceirizar a lavanderia	14	100
Seguir orientações da Anvisa	14	100

CCI: comissão de controle de infecção; HM: higiene das mãos; EPI: equipamento de proteção individual; Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

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

[...] a gente consegue fazer com que as pessoas tenham esse principal cuidado, que é a higienização das mãos. Todos os profissionais que chegam à instituição recebem um treinamento de HM e, durante o ano, a gente, em dois momentos, realiza treinamento com eles. A gente faz em maio a campanha do ministério da HM (S9).

Os sujeitos expressam suas dificuldades em aumentar a adesão à HM e veem a importância da conscientização para efetivar a prática. Uma das clínicas utiliza estagiários para realizar a vigilância da prática de HM e os dados coletados por eles são, posteriormente, aplicados nas capacitações. Ainda na categoria de Prevenção, as demais subcategorias, denominadas Materiais, Processamento de produtos para a saúde e Ambiente, aparecem como cuidados importantes na prevenção das infecções:

[...] 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).

Observou-se a forte preocupação com a disposição de equipamentos e produtos, principalmente os descartáveis para buscar maior segurança e praticidade na assistência, O custo elevado é justificado pela prevenção do dano maior, que é a infecção.



Quadro 2. Categorias, subcategorias e unidades de registros emergidas das entrevistas com representantes das clínicas ambulatoriais de saúde. Porto Alegre, RS, 2017.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registro
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); EPI (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); POP (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)

EPI: equipamento de proteção individual; Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; POP: procedimentos operacionais padrão.

A terceira categoria, denominada Vigilância, teve como subcategorias representadas nas falas: Processos, Controle, Indicadores, Legislação e *Feedback*.

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, 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).

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 dar o *feedback* para ampliar a conscientização dos colaboradores para que eles praticassem efetivamente todas as propostas de controle de infecção, porque a gente sabe que na totalidade nem todo mundo higieniza as mãos como deveria (S14).

Nos recortes das falas acima, observa-se a necessidade de relacionar os processos críticos na instituição e passar a fazer o monitoramento, que deveria ser traduzido em indicadores. Existe a intenção do monitoramento dos processos e utilização dos dados de desempenho para dar o retorno nas capacitações e ampliar a conscientização. Essa avaliação da assistência vai direcionar os pontos de correção a serem retornados com os funcionários.

A última categoria emergida foi Controle de infecção, com as subcategorias: Importância, Segurança e Qualidade. Apresentam-se algumas falas relacionadas:

Controle de infecção tem máxima importância, principalmente por estar associado ao risco do paciente e a qualidade do serviço. A gente fala muito sobre isso no núcleo de Segurança do paciente e lá a gente troca muita informação e ideias 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 realmente nos é orientado e fornecido, fazer teu trabalho reduzindo os níveis de infecção ao limite (S14).

Nessas falas, observa-se que os serviços associam o controle de infecção à segurança e à qualidade assistencial. O enfermeiro é indicado como o profissional capaz de responsabilizar-se pelas ações de prevenção das infecções e se engajar na cultura da segurança. Observa-se que dois serviços já constituíram núcleo ou programa de segurança associando ao tema prevenção de infecções.

DISCUSSÃO

O controle de infecção no Brasil tem sua legislação direcionada aos hospitais, conforme a Lei nº 9.431, de 6 de janeiro



de 1997, a Portaria Ministerial nº 2.616, de 12 de maio de 1998 e a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 48, de 2 de junho de 2000¹⁰, e os serviços ambulatoriais de saúde precisam adaptar as recomendações para desenvolver seu programa e suas ações de prevenção e controle de infecção. Este estudo mostra um baixo número de clínicas mantendo uma CCI atuante e calculando as taxas de infecção dos procedimentos que realizam. Esse fato pode estar relacionado à legislação vigente e à atuação da vigilância sanitária que, em ambos os casos, priorizam os hospitais devido a sua complexidade. Uma legislação atualizada, que enquadre os serviços ambulatoriais de saúde, promoveria uma ampla redefinição das ações nesses serviços. O trabalho da vigilância sanitária com as inspeções é fundamental para os serviços manterem suas estruturas e equipamentos adequados para as ações preventivas de infecção.

Os dados relacionados à HM mostram que todos os serviços dispõem de dispensadores de álcool gel, porém somente dois monitoram a adesão à prática durante a assistência. Recente estudo americano, em serviços ambulatoriais, encontrou, entre as principais medidas de prevenção de infecção, falhas na HM²⁰. Tal estudo identificou, em 330 registros de HM, que 33,9% dos profissionais usaram produtos à base de álcool, 29,1% água e sabão e 37,0% não higienizaram as mãos nos momentos indicados. Recomenda-se 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 não garantem a adesão para a prática²⁰. A vigilância do comportamento e a utilização dos indicadores para retorno aos colaboradores é a estratégia que tem garantido maior adesão e qualidade dos serviços²⁰. Contemplando a demanda, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, em 2013, o “Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde”, que indica a observação dos cinco momentos da HM no ponto assistencial e mostra como realizar os indicadores de adesão da HM e de consumo de solução alcoólica e de sabonete^{21,22}.

Os indicadores são medidas que se traduzem em informações de determinado atributo e permitem conhecer se um determinado objetivo está sendo cumprido ou não. Além disso, 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 da segurança do paciente nas organizações de saúde²³.

Em relação à IS, a maioria dos serviços afirma ter orientações escritas e realiza capacitações, porém somente um serviço ambulatorial estudado realiza a monitoração da adesão dessa prática. Em um estudo²⁰ com 163 observações da IS, não se verificou a prévia HM em 29 (17,8%) preparações de injeções, e nessas observações, 14 (48,3%) não tiveram a borracha do frasco desinfetada antes da punção para acesso ao conteúdo. As análises do estudo citado sugerem que existe associação entre as não conformidades detectadas relacionadas aos diferentes elementos de segurança verificados²¹. Somente estudos a partir do monitoramento dos processos podem trazer conhecimento da realidade e

indicar à equipe assistencial as melhorias que devem ser alcançadas, direcionando os esforços.

Todas as clínicas estudadas forneciam os EPI, usados no bloqueio da transmissão de germes, entretanto nenhuma monitora a adesão ao uso. Hoffman-Roberts et al.²⁴ estudaram, em 346 hospitais americanos, amostras laboratoriais para identificar a circulação de GMR. As amostras que tiveram crescimento de enterobactérias resistentes a carbapenêmicos foram isoladas de 0,5% de pacientes ambulatoriais, 1% na admissão e 2% nos pacientes internados. Um grande problema mundial de saúde pública é a emergência e propagação da resistência microbiana²⁴. A transmissão e a proliferação desses microrganismos se devem a vários fatores, tais como vulnerabilidade dos pacientes, seja por enfermidade ou procedimentos invasivos, e a não adesão às boas práticas de prevenção, favorecendo a transmissão cruzada²⁵. O uso rigoroso dos EPI nas precauções padrão pode atender com segurança as práticas de prevenção em relação aos GMR e às doenças de transmissão respiratória. No entanto, em ambientes ambulatoriais, pacientes apresentando síndromes clínicas sem diagnóstico estabelecido são rotineiramente encontradas e merecem triagem apropriada. As equipes devem desenvolver e programar sistemas para detecção precoce e manejo de pacientes potencialmente infecciosos nos pontos iniciais de entrada nas instalações^{4,12}.

Os dados apresentados relacionados ao processamento de artigos, à saúde ocupacional, ao processamento das roupas e ao manejo de resíduos mostraram que os serviços se adaptaram às normas com equipamentos, produtos e capacitações. Isso pode ser justificado devido à fiscalização sanitária exigente e a legislação trabalhista bem estabelecida, porém não se observam nos serviços o monitoramento das práticas para avaliar o cumprimento efetivo das recomendações e, conseqüentemente, a qualidade da prática assistencial.

Em relação à limpeza e à desinfecção do ambiente, evidencia-se que somente cinco (36%) serviços realizavam acompanhamento do funcionário após a capacitação para certificar a competência na realização da tarefa. A estratégia do monitoramento em tempo real de profissionais de limpeza reduziu significativamente a contaminação das superfícies assistenciais e seguiu as recomendações das instituições internacionais e nacionais de controle de infecção²⁶. Segundo a Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde²⁷, são indicadas estratégias educacionais participativas e criativas para o desenvolvimento da competência. Para prestar um atendimento seguro e eficaz, os profissionais de saúde, com sua multidisciplinaridade, necessitam dominar os conhecimentos de prevenção de infecções e incorporá-los na prática. Assim, a capacitação e atualização devem fazer parte do cotidiano dos serviços que buscam a qualidade assistencial e segurança do paciente²⁸.

A importância atribuída à categoria Educação, nesta pesquisa, vem ao encontro da teoria. A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia de gestão participativa para o desenvolvimento de ações assistenciais qualificadas. Os recursos humanos são



o bem maior da organização e, ao oportunizar uma educação continuada, satisfazem-se necessidades pessoais e profissionais desses trabalhadores²⁹. Os serviços de saúde são espaços coletivos de ensino e a participação integra as pessoas e promove a construção de novos conhecimentos, a partir das práticas vivenciadas no trabalho, qualificando-o. A aplicação de metodologias participativas baseadas no diálogo favorece a construção do conhecimento no conjunto dos profissionais, tornando-os comprometidos e integrados na equipe de trabalho^{30,31}.

Na categoria Vigilância, observa-se a necessidade dos serviços de monitorar e avaliar os processos assistenciais realizados para avançar na qualidade. Atualmente a gestão 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 infecções³². Neste estudo, nove serviços calculavam a taxa de infecção, dois realizavam o cálculo da taxa de adesão de HM e um avaliava as práticas de IS. Os serviços têm muito que avançar em gestão para a melhoria da segurança do paciente e qualidade de assistência. Para se engajar no movimento mundial pela segurança do paciente, os serviços devem planejar e implantar o monitoramento dos principais processos e calcular os indicadores que traduzem a qualidade assistencial.

A última categoria, o Controle de Infecção, reflete o conceito segurança. Em dois serviços pesquisados são observados núcleos de segurança indicando a organização do serviço e o engajamento na cultura de segurança do paciente para obtenção da melhoria da qualidade. Isso mostra o caminho percorrido por clínicas mais organizadas. As metas de segurança são adotadas no mundo todo para oferecer assistência qualificada, garantindo segurança ao paciente, ao profissional de saúde e à instituição prestadora do cuidado. No Brasil, elas são apresentadas na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013³³. As IRAS são consideradas um EA, mas a grande maioria dos EA 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 EA³³.

Observou-se, no estudo, que os sujeitos entrevistados atribuíram grande importância às ações de prevenção de infecções para prestar uma assistência segura e de qualidade. Consideraram a educação uma direção para resultados exitosos. Na análise, somente as clínicas oncológicas mostraram-se mais organizadas na utilização de indicadores de processos como o de adesão à HM e aos cuidados da IS. As clínicas em geral mostraram maior

adequação nas estruturas materiais, como verificado com os dispensadores de álcool gel, na distribuição de EPI e no processamento de produtos para a saúde. Quanto ao monitoramento das práticas para a realização dos indicadores de resultado e de processos nos serviços estudados, ele muito tem a evoluir para atender ao movimento internacional de cultura da segurança nas instituições de saúde.

Neste estudo, somente um terço das clínicas convidadas aceitou participar, resultando em um número baixo de serviços pesquisados, o que se pode considerar uma limitação. Os serviços que aceitaram participar, provavelmente sentiram-se em condições de responder favoravelmente aos questionamentos. A participação na pesquisa abre uma oportunidade de aprimoramento e contribuição com novos conhecimentos em um tema com poucos estudos publicados. A partir dos resultados desta pesquisa, foi possível elaborar um Manual de Prevenção das Infecções em Serviços Ambulatoriais de Saúde, direcionado às necessidades encontradas, as quais incluem não somente intervenções técnicas, mas também ações de educação e vigilância dos processos e resultados da assistência, contribuindo para a segurança e qualidade nesses serviços.

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou conhecer as ações empregadas nos serviços ambulatoriais de saúde para prevenção das IRAS. De um modo geral, as clínicas mostraram-se adequadas nas ações que se refere à infraestrutura com a disponibilização de materiais, equipamentos e produtos para as boas práticas. Quanto à existência das rotinas escritas e capacitações, também mostraram adequação de acordo com as exigências sanitárias. Porém, observa-se baixa conformidade no monitoramento dos processos e resultados para a elaboração dos indicadores tais como: as taxas de infecção, as taxas de adesão à HM e ao uso de EPI e taxas de adequação às práticas de IS. Existe a necessidade de se avançar no monitoramento e avaliação dos processos assistenciais, a fim de conhecer e melhorar a qualidade do serviço prestado. Sabe-se que a estrutura física é fundamental para assistência em saúde, todavia ela não garante boas práticas. O monitoramento dos processos internos e dos resultados, com o retorno dos indicadores às equipes, poderá contribuir para a conscientização da realidade, com o intuito de propor mudanças e melhorias. As ações de prevenção de infecções implantadas nos serviços destacam-se em um mercado exigente e os engajam no movimento mundial pela segurança ao paciente e qualidade assistencial. A cultura da segurança é um novo desafio que se coloca no cotidiano dos serviços de saúde em que estão incluídos os serviços ambulatoriais.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2016.
2. Munoz-Price LS, Banach D, Bearman G, Gould JM, Leekha S, Morgan DJ et al. Isolation precautions for visitors. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2015;36(7):1-12. <https://doi.org/10.1017/ice.2015.67>



3. Ontario Agency for Health Protection and Promotion - OAHPP. Public health Ontario: provincial infectious diseases advisory committee: infection prevention and control for clinical office practice. Toronto: Queen's Printer; 2015.
4. Centers for Disease Control and Prevention - CDCP. Guide to infection prevention for outpatient settings: minimum expectations for safe care. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2016[acesso 20 mar 2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/outpatient/guide.pdf>
5. Ministério da Saúde - MS. DataSus. Brasília: Ministério da Saúde; 2018[acesso 20 mar 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
6. Ministério da Saúde - MS. População teve acesso a 1,4 bilhão de consultas médicas pelo SUS em um ano. Portal Brasil. 5 jun 2015[acesso 20 jan 2018]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>
7. Macedo JLS, Henriques CMP. Infecções pós-operatórias por micobactérias de crescimento rápido no Brasil. *Rev Bras Cir Plast.* 2009;24(4):544-51.
8. Oyong K, Coelho L, Bancroft E, Terashita D. Health care-associated infection outbreak investigations in outpatient settings, Los Angeles county, California, USA, 2000-2012. *Emerg Infect Dis.* 2015;21(8):1317-21. <https://doi.org/10.3201/eid2108.141251>
9. See I, Nguyen DB, Chatterjee STS, Scott M, Ibrahim S et al. Outbreak of *tsukamurella* spp. blood stream infections among patients of oncology clinic West Virginia, 2011-2012. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35(3):300-6. <https://doi.org/10.1086/675282>
10. Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre). Vigilância em saúde de Porto Alegre: a construção de uma história. Porto Alegre: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde; 2011.
11. Oppermann CM, Caregnato RCA, Azambuja MS. Riscos de infecção em serviços de saúde fora do contexto hospitalar: revisão integrativa. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2017;7(3):194-202. <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v7i3.8987>
12. Centers for Disease Control and Prevention - CDCP. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings the healthcare. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007[acesso 10 jan 2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines.pdf>
13. 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. <https://doi.org/10.1177/193229681100500611>
14. Hogardt M, Proba P, Mischler D, Cuny C, Kempf VA, Heudorf U 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):211-71.
15. Eilers R, Veldman-Ariesen MJ, Haenen A, Benthem BHV. Prevalence and determinants associated with healthcare-associated infections in long-term care facilities in the Netherlands, May to June 2010. *Euro Surveill.* 2012;17(34):202-52.
16. Rezende KCAD, Tipple AFV, Siqueira KM, Alves SB, Salgado TA, Pereira MS. 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. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i2.15204>
17. Kossover R, Chi CJ, Wise MAE, Tran AH, Chande ND, Perz JF. Infection prevention and control standards in assisted living facilities: are residents' needs being met? *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(1):47-53. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.011>
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: 70; 2011.
19. Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. Porto Alegre: Moriá; 2016.
20. Thompson D, Bowdey L, Meghan B, Cheek J. Using medical student observers of infection prevention, hand hygiene, and injection safety in outpatient settings: a cross-sectional survey. *Am J Infect Control.* 2016;44(4):374-80. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.11.029>
21. World Health Organization - WHO. Guidelines on hand hygiene in healthcare: first global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva: World Health Organization; 2009[acesso 20 jan 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013[acesso 20 jan 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos>
23. Gouvêa C. Indicadores de segurança do paciente. In: Souza P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
24. Hoffman-Roberts H, Olesky M, Tabak YP, Mohr J, Johannes RS, Gupta V. National prevalence of carbapenem-resistant enterobacteriaceae in the ambulatory and acute care settings in the United States in 2015. *Open Forum Infect Diseases.* 2016;3(1):352. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofw172.216>
25. Banach D, Bearman G, Barnden M, Hanrahan J, Leekha S, Morgan D et al. Duration of contact precautions for acute-care settings. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2018;39(2):127-44. <https://doi.org/10.1017/ice.2017.245>
26. Guerrero DM, Carling PC, Jury LA, Ponnada S, Nerandzic MM, Donskey CJ. Beyond the Hawthorne effect: reduction of *Clostridium difficile* environmental contamination through active intervention to improve cleaning practices. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2013;34(5):524-26. <https://doi.org/10.1086/670213>



27. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - APECIH. Higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos em serviços de saúde. 3a ed. São Paulo: Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; 2013.
28. Pacheco KCF, Bonamigo AW, Caregnato RCA, Azambuja MS. Educação permanente: dispositivo estratégico para implementação de novas práticas relacionadas à infecção hospitalar. In: Caregnato RCA, Almeida AN, organizadores. Ensino na saúde: desafios contemporâneos na integração ensino e serviço. Porto Alegre: Moriá; 2016. p. 63-73.
29. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):38-42. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100007>
30. Roman C, Ellwanger J, Becker GC, Silveira AD, Machado CLB, Manfroi WC. Metodologias ativas de ensino e aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. Clin Biomed Res. 2017;37(4):349-57.
31. Souza CS, Iglesias AG, Pazin Filho A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais. Rev Med. 2014;47(3):284-92.
32. Martins FSL, Bobsin P. Auditoria e vigilância de processos. In: Prates CG, Stadnik CM. Segurança do paciente, gestão de riscos e controle de infecções hospitalares. Porto Alegre: Moriá; 2017. p. 125-50.
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Anvisa. Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial União. 26 jul 2013.

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.