



# PRÁTICAS RECOMENDADAS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE, COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO NO CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**IVETE MARIA ASSEF FERNANDES** ([ivete@assefcursos.com.br](mailto:ivete@assefcursos.com.br)) - Doutorando em Administração. Mestre em Educação. MBA em Gestão em Saúde e Controle de IRAs; MBA em Gestão Empresarial, Especialista em: Administração Hospitalar; Centro Cirúrgico e Centro de Material e Recuperação Anestésica; Enfermagem Obstétrica; Saúde Pública; Controle de IRAs.

**RESUMO:** Esse estudo visa demonstrar a importância de uma gestão voltada ao uso de práticas seguras enquanto estratégia para assistir e para o controle de “Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde”. O uso de práticas recomendadas vai garantir a qualidade e segurança do paciente, pois representa um critério importante para amparar os profissionais e as instituições na assistência, tornando-se um recurso estratégico. Dessa maneira, adotar a prática dos pacotes de medidas, conhecidos como “bundles” propicia maior qualidade, menor dano, maior segurança e manutenção da saúde. Logo, este princípio carece de ser disseminado na cultura institucional e persuadir equipes multiprofissionais de instituições a aderir. Realizou-se estudo descritivo com abordagem qualitativa, por meio de revisão de literatura em fontes primárias e secundárias, também foram consultadas bases de dados: Lilacs, SciELO, Google Acadêmico onde pesquisou-se o controle de IRAS. Assim, pretende-se demonstrar que as práticas recomendadas, conhecidas como “bundles”, constituem condutas possíveis a qualquer instituição e devem girar em torno de quatro a cinco medidas favorecendo a adesão dos profissionais de saúde na prática diária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Práticas recomendadas, Assistência ao paciente, Assistência.

**RESUMEN:** Este estudio pretende demostrar la importancia de una gestión orientada al uso de prácticas seguras como estrategia para la asistencia y el control de "Infecciones Relacionadas a la Asistencia a la Salud". El uso de prácticas recomendadas va a garantizar la calidad y seguridad del paciente, pues representa un criterio importante para amparar a los profesionales y a las instituciones en la asistencia, convirtiéndose en un recurso estratégico. De esta manera, adoptar la práctica de los paquetes de medidas - conocidos como "bundles" - propicia mayor calidad, menor daño, mayor seguridad y mantenimiento de la salud. Por lo tanto, este principio precisa ser diseminado en la cultura institucional y persuadir a equipos multiprofesionales de instituciones a adherirse. Se realizó un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, por medio de revisión de literatura en fuentes primarias y secundarias, también fueron consultadas bases de datos: Lilacs, SciELO, Google Académico donde se investigó el control de IRAS. Así, se pretende demostrar que las prácticas recomendadas, conocidas como "bundles", constituyen conductas posibles a cualquier institución y deben girar en torno de cuatro a cinco medidas favoreciendo la adhesión de los profesionales de salud en la práctica diaria.

**PALABRAS CLAVES:** Práticas recomendadas, Asistencia al paciente, Asistencia.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda a importância do uso de práticas recomendadas visando garantir a segurança nos cuidados ao paciente evitando danos ao mesmo, sendo utilizado como recurso estratégico para o controle de infecção relacionada a assistência a saúde (IRAS) através do uso de “bundle”. O termo referido é definido como: um pacote de medidas simples e eficazes passíveis de serem adotadas em qualquer realidade institucional e que asseguram resultados de uma assistência mais efetiva em menor tempo, com mais qualidade e conseqüente menor custo, considerando que qualquer evento adverso gerará maior tempo de hospitalização, maiores custos além do dano ao paciente, familiares, instituição entre outros.

Com isto, o objetivo geral do estudo foi demonstrar a importância de uma gestão voltada para o uso de práticas seguras, como estratégia para os resultados assistenciais no controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Sendo que dentro disto, houve a necessidade direcionar como objetivos específicos a apresentação das práticas internacionais e nacionais de forma a utilizar na prática diária na assistência ao paciente, de acordo com a realidade e cultura institucional, as medidas simples e eficazes com proposta de resultados satisfatórios tanto assistenciais como financeiros para o paciente, operadoras de saúde, sistema público e para a própria instituição. A proposta é a mesma para a aplicação de “bundle” no uso de dispositivos invasivos, porém as medidas adotadas se diferem em algumas situações levando a mesma

proposta sendo que estão fundamentada cientificamente. Sugere-se que ao adotar tais recomendações, adote-se como prioritárias, as recomendações que são relacionados ao uso de dispositivos e que resultarão no controle de infecção relacionado a assistência, importante fator que indica qualidade em uma instituição de saúde e que demonstra a preocupação da mesma voltada para uma assistência com foco no paciente.

O estudo se justifica diante da existência de recursos simples e disponíveis e da necessidade de fortalecer importância que instituições devem ter em se preocuparem com a segurança na assistência ao paciente, evitando complicações ao mesmo como as infecções relacionadas a assistência a saúde, e entender que medidas simples mas eficazes e baseadas em evidência científicas podem fazer a diferença nos resultados assistenciais e conseqüentemente nos custos, tempo de internação, ausência de danos ao paciente entre outros fatores a serem apontados no decorrer do presente trabalho.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um trabalho com abordagem qualitativa do tipo descritivo e os instrumentos utilizados serão relatos de experiência em diferentes realidades tanto geograficamente, como nos aspectos sócio econômico e cultural. Desenvolvida através de revisões bibliográficas dos assuntos relacionados, as práticas seguras na assistência através de pacotes de medidas simples e eficazes com o nome de “bundle”.

Foi realizada busca nas literaturas em livros que abordam a segurança do paciente e controle de infecção, realizado acesso aos banco de dados do Scielo, Google acadêmico, LiLACS, Portal da Saúde, órgãos Nacionais e Internacionais como ANVISA, APECIH, Who-IHI onde foram selecionados assuntos relacionados ao estudo proposto. Foi feita uma análise entre os pacotes de medidas recomendados pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) e pelo Programa Brasileiro de Segurança do Paciente e os Protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); levando a uma reflexão sobre a necessidade de analisar o perfil epidemiológico e a realidade da instituição adotando medidas eficazes. O trabalho tem a finalidade de revisão dos assuntos relacionados, levando a reflexão sobre a necessidade de se aplicar os “bundle” na prática diária e utilizar recursos para mensurar os resultados.

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quando vamos buscar as referências históricas em qualidade, nos deparamos com histórias muito antes de Cristo relacionadas as preocupações em não causar danos aos indivíduos. Identifica-se que na história mundial, desde os primórdios da humanidade, onde existe a preocupação da segurança e qualidade nos resultados dos serviços prestados, direcionando inicialmente responsabilidades apenas para alguns membros destacáveis do processo. Encontramos relatos desde o século XVIII antes de Cristo onde se destaca o código

Hamurabi na Antiga Mesopotâmia, que constituía um conjunto de 282 leis escritas garantindo a segurança dos imóveis negociados, assinalada pela abordagem damá-prática e consolidam-se as leis babilônicas com o célebre monarca Hamurabi (1728-1688 a.C.). Famoso por preconizar a lei do talião, princípio sintetizado na expressão “olho por olho, dente por dente”, e pelo qual se aplica ao faltoso, um castigo rigorosamente proporcional ao dano que causou. As leis de Ur-Nammu, conhecido como o código de Ur-Nammu também na Mesopotâmia em cerca de 2050 a 2032 A.C., que deixa textos legais à posteridade preconizando que o dano moral seja reparado. Também os Hindus estabelecem seu código de Manu (Manusrti - Código de Manu) onde se aplicava castigo aos faltosos mas que citava a preocupação com justice, respeito e verdade. (ONA EDUCARE,2010).

Segundo Wachter (2010), desde Hipócrates que a segurança do paciente é uma prioridade. Hipócrates no século IV antes de Cristo, se preocupava com a forma como eram prestados os atendimentos aos doentes e que até os dias de hoje, seus registros são utilizados para o juramento de novos médicos que finalizam sua graduação e iniciam na vida profissional. A frase sintetizada de Hipócrates: *Primum nun nuncere*, diz muito em poucas palavras que significam: “não causar danos” sustentando os princípios éticos dos profissionais da saúde nos dias atuais. Desenvolve-se nesta época os conceitos de higiene e de preservação da saúde relacionados com o

contexto cultural, filosófico e místico de cada povo. Há registros muito antigos sobre os cuidados com a saúde individual e coletiva, a descrição de morbidades e suas prováveis causas, as possíveis terapêuticas a serem empregadas, além das transformações do meio ambiente para a proteção contra os agravos existentes.

Com o desenvolvimento da complexidade técnica e científica e a transformação da atenção à saúde em um processo multifatorial e multiprofissional, torna-se necessário revisar o entendimento de que o médico não é o único responsável pelos resultados da atividade médica e sim o resultado de um trabalho em equipe definido a partir de um plano traçado por aquele profissional.

Na Europa, nesta época os conceitos eram confusos sobre as causas das morbidades, as condições de higiene individual e coletiva, e as possíveis terapêuticas. No final deste período, surge a percepção da necessidade do controle do ambiente e da higiene. Progressivamente percebe-se a necessidade de estabelecer paradigmas adequados de qualidade, eficiência e eficácia, deixando de apenas avaliar o ato da atenção à saúde para incorporar à análise, o seguimento, os resultados, procurando estabelecer os possíveis nexos causais com evoluções.

Os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência médica iniciam em 1855 durante a Guerra da Criméia, com Florence Nightingale (1820 - 1910). Florence, desenvolve métodos de

coleta de dados, de registros e de arquivamento, além de medidas higiênicas relacionadas a todo o processo de atenção aos feridos de guerra. Verifica-se em seu trabalho, a tentativa de estabelecer modelos de atendimento semelhantes aos processos de acreditação hoje em desenvolvimento. A consequência de seu sistema, é a melhoria da qualidade de atendimento e a diminuição da mortalidade. (ANVISA,2013).

Importante lembrar também de Inaz Semelweis que, após estudos e levantamento de dados na maternidade de Viena para analisar a mortalidade existente e a diferença entre duas clínicas onde os cuidadores eram estudantes de medicina e na outra com menor taxa de mortalidade eram parteiras. Ao concluir sobre os dados Semmelweis refere:

"Eu assumi que a causa da maior taxa de mortalidade da primeira clínica eram as partículas cadavéricas aderidas às mãos dos obstetras quando efetuavam os exames. Eliminei esta causa mediante lavagem com cloro e conseqüentemente a mortalidade na primeira clínica baixou para índices inferiores aos da segunda clínica".

Samelweis contribuiu grandemente para o despertar da prática de higienização as mãos, mesmo sendo incompreendido na época.

No século XX, Ernest Amory Codman, de Boston, um dos fundadores do American College of Surgeons (ACS), 1913, realiza a primeira iniciativa de avaliação dos serviços em saúde em 1910, formulando a proposta

para um sistema de gerenciamento e controle de resultados. Este sistema determina que o hospital deve acompanhar cada paciente o tempo suficiente para determinar se o tratamento alcança os objetivos propostos. Caso contrário, o hospital deve procurar determinar o motivo do resultado insatisfatório, buscar corrigir as falhas encontradas e com isto, elevar a chance de sucesso no futuro. Codman, implementa este projeto em seus pacientes, obtendo bons resultados, mas tem dificuldade para realizar suas análises nos pacientes de seus colegas. Este fato culmina com sua expulsão do mesmo daquele hospital onde até o momento Codman trabalhara, levando-o a criar uma unidade hospitalar própria para aplicar seu método de avaliação.

O Colégio Americano de Cirurgiões em sua declaração de propósitos original, estabelece como um de seus objetivos, o aperfeiçoamento da qualidade no cuidado dos pacientes cirúrgicos e o estabelecimento de padrões para os hospitais. Este colégio, em 1917, desenvolve o Minimum Standard for Hospitals, que define um conjunto de padrões para que os cirurgiões avaliem como os hospitais se adequam a eles. Alguns preceitos entre outros que são utilizados:

- ✓ Organização do corpo clínico nos hospitais;
- ✓ Adoção, pelo corpo clínico e com de regras, regulamentos e políticas que governem o trabalho profissional do hospital;

- ✓ Organização e guarda de prontuários, precisos e corretos, para todos os pacientes atendidos no hospital, com ênfase na padronização do conteúdo, incluindo "os de identificação, história da doença atual, o exame físico, os exames, tratamento médico ou cirúrgico, achados patológicos, anotações da evolução, outros; disponibilidade de equipamentos para diagnóstico e terapêutica, incluindo pelo menos, laboratório de patologia clínica e serviço de radiologia.

Na primeira auditoria que foi realizada em hospitais nos Estados Unidos pelo Colégio Americano de Cirurgiões (American College of Surgeons - ACS), em 1918, apenas 89 de 692 hospitais, com 200 leitos ou mais, cumprem os "padrões mínimos" propostos. Em virtude destes números constrangedores, opta-se pela divulgação confidencial dos resultados específicos a cada instituição, evitando-se a veiculação pública.

O ACS, dá continuidade ao programa de padronização de hospitais, desenvolvido por Codman, no período de 1917 a 1951, chegando a 3.290 hospitais aprovados em 1950. Com o rápido crescimento do número de hospitais norte-americanos, após a Segunda Guerra Mundial, dissemina-se o conceito de qualidade para as outras associações.

Um amplo estudo das condições do Ensino Médico nos EUA propiciou a produção de um documento que ficou

conhecido como Relatório Flexner, que propunha uma reorganização e estabelecia parâmetros funcionais o que desencadeou o fechamento de 76% das Escolas Médicas.

No século XX, os modelos e teorias desenvolvidos para a compreensão, análise e melhoria da qualidade do setor saúde com as propostas de Codman produção industrial, passam a fundamentar o modelo de qualidade.

Outro contribuinte para o desenvolvimento do conceito de qualidade é Maslow que desenvolve em 1943 a Teoria das Necessidades: classificação hierarquizada das necessidades humanas, partindo do princípio de que, uma vez satisfeita uma necessidade de um pessoa ou grupamento social, emerge imediatamente outra de nível mais elevado, e que por sua vez, passa a ser motivadora das ações do indivíduo. Maslow preconiza que existem cinco níveis de necessidades humanas: Fisiológicas básicas; Segurança; Pertencer a um grupo; Auto-estima e prestígio; Auto-realização e sentimento de ter alcançado os objetivos.

Mais recente, o grande representante do conceito de qualidade surge com Donabedian que qualificou-se como médico na Universidade Americana de Beirute no Líbano. Desenvolveu estudos e trabalhos na área de qualidade na prestação de saúde e de saúde pública. Estudou epidemiologia e administração de serviços de saúde em Harvard, posteriormente foi recrutado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan. A proposta de Donabedian é a

trilogia da qualidade em saúde em três componentes do cuidado: Estrutura, Processo e Resultado.

Vicent, 2009 refere que Donabedian (1968), é o primeiro teórico da qualidade no setor saúde e entende qualidade como uma exigência para enfrentar a competitividade no mercado e para a sobrevivência das instituições. Donabedian achava que antes de nos desafiar a melhorar a qualidade do cuidado de saúde, é necessário definir exatamente o significado desta palavra. Propões a distinção entre estrutura, processo e resultado sendo fundamental para entender e avaliar os componentes e a relação entre os mesmos para o resultado de qualidade do atendimento. Os fatores necessários apontados para a qualidade no setor saúde são: conhecimento como diferencial; definição dos processos e produtos; mapeamento dos perigos e classificação dos riscos; gerenciamento dos riscos após a introdução de barreiras preventivas; recursos Humanos, ou seja, as pessoas.

De acordo com Wachter (2010), o Institute of Medicine (IOM-1994), define qualidade como sendo “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir desfechos desejados de saúde tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento do profissional corrente.” A definição do IOM é bem mais abrangente de pensar em qualidade como sinônimo de prestação da assistência baseada em evidências (esta é o fundamento). Inclui aspectos de importância

para o paciente (objetivo centrado no paciente e na oportunidade) para a sociedade (equidade).

Vicente (2009), enfatiza a necessidade de se entender a relação entre segurança e qualidade no atendimento ao paciente e torna-se necessário entender os conceitos citados anteriormente e importante lembrá-los aqui de acordo com os conceitos apresentados por Donabedian.

**Estrutura:** Corresponde aos recursos necessários ao processo assistência, abrangendo a área física, pessoas, recursos materiais e financeiros, sistema de informação e instrumentos normativos técnico-administrativo.

#### **Como a assistência é organizada**

**Processo:** Atividades relacionadas à utilização dos recursos no seu aspecto quanti e qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnóstico, diagnóstico e os cuidados prestados. Considera correto o quanto os procedimentos adotados são coerentes com o conhecimento científico vigente, quer na dimensão técnica e relacional, ou seja, “como é realizado um trabalho”.

É um conjunto de ações, de atividades desempenhadas para se chegar ao produto. São as atividades exercidas pela equipe.

**Resultado:** Corresponde às consequências das atividades do serviço de saúde ou dos profissionais, em termos da melhoria do nível de saúde, da capacidade funcional restaurada, o alívio do sofrimento

e a satisfação do cliente. É o resultado de um esforço organizado. Um produto de qualidade é aquele que está de acordo com as especificações e atende as exigências do cliente.

Diante desta análise, torna-se relevante conceituar algumas palavras necessárias para o entendimento do assunto como desfecho: o que acontece com o paciente entendido como o produto.

A ONA (2014), tem por objetivo geral promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, com aprimoramento contínuo de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País. As dimensões da qualidade da ONA são: aceitabilidade, adequação, eficácia, efetividade, eficiência, equidade, integralidade, legitimidade.

A ISQUA, com sede na Irlanda, criada em 1980 como organização internacional, independente e sem fins lucrativos, tem como missão: aprimorar a qualidade cuidados de saúde no mundo todo, por meio de educação, pesquisa, colaboração e disseminação do conhecimento. A ISQUA reconhece a metodologia da ONA no Brasil.

Gestão da qualidade é uma filosofia, uma forma de pensar e trabalhar, que se preocupa com o atendimento das necessidades e das expectativas dos consumidores. É uma forma de gerenciamento que busca melhoria contínua no desempenho organizacional.



Em abril de 2013, no Brasil, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria no 529, de 1 de abril de 2013 que estabelece alguns protocolos para garantir a segurança do paciente em alguns aspectos como prevenção de queda; cirurgia segura; prevenção de úlcera por pressão, atualmente renomeado para lesão por pressão; identificação do paciente e a prática da higiene das mãos. A partir de 2014, ocorre a iniciativa pelo Ministério da Saúde de orientar a implementação do Programa de Segurança do Paciente nas instituições de saúde. Por ser algo muito recente e ainda não entendido como será absorvido pelas instituições, ainda é difícil mensurar adesões a este programa nas instituições de saúde no Brasil. (ANVISA, 2013).

O Ministério da Saúde definiu qualidade nos serviços de saúde como o resultado para alto nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo de risco para o cliente, alto grau de satisfação para o cliente, impacto final na assistência à saúde.

Estabelecer ações gradativas a longo prazo acompanhadas passo a passo para que aconteçam as mudanças são necessárias. Dentre estas ações, importante destacar o foco nas pessoas como o elemento fundamental no processo. Enfatiza ainda que demanda comprometimento, disciplina e um esforço crescente. A qualidade dos produtos é melhorada e os custos são reduzidos. Preocupação e resultado na ausência de

erros, satisfação do cliente, aumento na autonomia dos trabalhadores são requisitos para serem entendidos e disseminados entre os profissionais que atuam na instituição.

Souza (2012), ressalta a importância de utilizar ferramentas para uma boa gestão da qualidade. Um dos conceitos mais importantes da gestão da qualidade é o de melhoria contínua e a ideia de que nunca se irá atingir a perfeição, mas que pode ser trabalhado com cultura de melhoria contínua. Com os conceitos de Tajra (2006), possibilita-se entender uma trajetória cronológica que se segue com o planejamento estratégico e o desdobramento das estratégias. Isto é importante porque define os objetivos estratégicos (foco, torna possível definir as metas para atingir os objetivos, define os recursos para o cumprimento dos objetivos (viabiliza) e acompanha a execução para o alcance das metas.

É muito importante considerar que é necessário envolver todos os setores no alcance nos objetivos, a necessidade da visão sistêmica e a preocupação com os resultados a nível institucional por todos os inseridos nos processos.

Quando se aborda gestão da qualidade e melhoria contínua dos processos, além dos aspectos citados, torna-se primordial considerar a necessidade das práticas baseadas em evidências científicas. Com isto, torna-se necessário considerar um programa de controle de infecção efetivo com a definição dos critérios adotados, a disseminação do programa de forma

sistêmica envolvendo todos os setores e os multiplicadores dentro destes critérios com o uso de pacotes de medidas (“bundle”) relacionados aos procedimentos invasivos. Baseados no IOM e na campanha salvando 5 milhões de vida, pode ser uma estratégia de fácil entendimento para a equipe ao se considerar inicialmente em torno poucos itens básicos para cada “bundle” e o que se acrescentar a partir daí, passa a ser entendido como práticas de melhoria visando atingir o máximo se resultado possível com menores custos assistenciais e menores danos ao paciente.

Com o despertar do IOM na preocupação com a qualidade e a segurança do paciente tendo como marco o relatório *Errar é humano*, construindo sistemas de saúde seguros e em 2002 com o mesmo IOM publicando o relatório “Cruzando o abismo da qualidade”, houve o entendimento dos países membros em se preocupar mais com estas questões, sendo que em 2004, foi na 57a. Assembleia Mundial da Saúde foi apoiada a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente.

Em dezembro de 2006 o Institute for Healthcare Improvement (IHI), lançou a “Campanha 5 Milhões de Vidas”, em uma iniciativa para melhorar a segurança do paciente e transformar a qualidade da assistência nos Estados Unidos. A campanha objetivava evitar cinco milhões de casos de danos decorrentes da assistência em saúde, em um período de dois anos (dezembro de

2006 a dezembro de 2008), aproveitando o sucesso da campanha exatamente anterior, a “Campanha 100.000 Vidas” (dezembro de 2004 a junho de 2006), cujo objetivo era evitar cem mil mortes decorrentes da assistência.

Em 2006, com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, no objetivo de evitar 5 milhões de eventos passando a trabalhar para salvar 5 milhões de vidas, é proposto a necessidade da formulação de desafios Globais para a segurança do paciente tendo entre os objetivos, despertar a consciência profissional e o comprometimento político para melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais.

Um elemento central do trabalho da aliança é a formulação de desafios Globais para a segurança do paciente é de que a cada um ou dois anos, a Aliança organize programas que buscam melhorar essa segurança e a cada dois anos um novo desafio seja formulado para fomentar o comprometimento global e destacar temas direcionados para uma área de risco identificada como significativa em todos os Estados Membros da OMS.

O primeiro desafio global, no biênio 2005-2006, focou-se nas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. O propósito era promover a higiene das mãos como método sensível e efetivo para a prevenção das infecções.

Definiu-se como Primeiro Desafio Global focar as infecções relacionadas com a assistência à saúde, envolvendo: higienização das mãos; procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros; segurança do sangue e de hemoderivados; administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos.

O período 2007 a 2008 foi marcado pelo segundo desafio global de promover a segurança dos pacientes na cirurgia definindo o tema: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” com o objetivo de diminuir a morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas adotando um conjunto de fundamentos e medidas práticas, que são componentes essenciais da assistência à saúde. Esse novo Desafio Global tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla a prevenção de infecções do sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; e indicadores da assistência cirúrgica.

Segundo Vincent (2009), o IOM, recomendou que a AHRQ determinasse as práticas eficazes e quais seriam estas práticas visando melhorar a segurança do paciente. Entre estas, encontram-se as recomendações que se transformam em um pacote de medidas conhecidos como “bundle” como no caso do paciente em ventilação mecânica, paciente cirúrgico, passagem do cateter venoso central entre outros. As práticas referidas serão abordadas a seguir

no presente trabalho acrescido de outras práticas recomendadas pelo critério NNISS como é o caso do cateter urinário de demora. Estas práticas envolvendo dispositivos estão diretamente relacionadas ao controle de infecção associado ou relacionado aos dispositivos e que impactam nos resultados assistenciais e consequente danos ao paciente se resultarem em eventos adversos. (APECIH, 2008).

Trabalhar o controle de infecções, torna-se um trabalho abrangente e que envolve educação dos profissionais, pacientes, acompanhantes e familiares e mudanças comportamentais decorrentes desta conscientização. O assunto é amplo e inesgotável, daí ser necessário focar alguns itens que são relevantes como eventos adversos e que se tornam classificados como infecção relacionado a assistência a saúde. Dentre estes itens permite-se afunilar naqueles que são relacionados ou associados a dispositivos como cateter venoso e arterial e mais especificamente os cateteres centrais; ventilação mecânica; cateter urinário de demora; cirurgias ou procedimentos invasivos; e o princípio básico que permeia a todos eles que é a importância da prática associada da higienização das mãos.

Os dispositivos são recursos utilizados na necessidade em grande maioria das vezes como métodos terapêuticos complementares para o resultado nos cuidados ao paciente mas que podem se transformarem em oportunidade de invasão de germes que passam a colonizar aquela topografia e oportunizar a presença de

outros microrganismos que passam a trazer outra patogenicidade ou complicação ao paciente levando a aumentar o tempo de permanência nas instituições, aumentar os custos do tratamento complementar que se torna necessário, contribuir para complicações e até a morte do paciente em decorrência do evento relacionado.

Medidas são necessárias para estabelecer barreiras evitando que o dano aconteça e que se ele for esperado devido a fatores de risco inerentes ao paciente, que se o mesmo ocorrer, que possa ser amenizado e evitado maiores danos devido principalmente a precocidade na identificação e na classificação dos riscos.

Wachter (2010), refere que o IHI tem incentivado a abordagem de “pacotes” nas Campanhas, preocupadas em salvar vidas e evitar danos ao paciente. Pacote de medidas (“bundle”) são estratégias preventivas relativamente simples e de fácil aplicação independente da realidade da instituição que tem como objetivo uniformizar as medidas básicas e a partir daí analisar a proposta, a adesão na utilização das práticas e criar melhorias e adaptações de acordo com a realidade da instituição e do perfil epidemiológico do paciente.

Dentro da proposta do IHI, sugere-se que as medidas recomendadas sejam em uma quantidade pequena, em torno de quatro a cinco práticas para iniciar, trabalhar e fortalecer as ações ficando relativamente fácil na prática cotidiana a partir daí, inserir novas práticas como

melhorias na qualidade e resultado da assistência. É necessário trabalhar as equipes de forma multiprofissional e interdisciplinar com conhecimento, capacitação e acompanhamento de profissionais habilitados.

As práticas abordadas neste trabalho como o objetivo de controlar infecção relacionado ao uso de dispositivos e transformadas em pacotes de medida são:

1. *Higiene das mãos.*
2. *Controle de infecção de Sítio Cirúrgico.*
3. *Controle de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica.*
4. *Controle de Infecção da Corrente sanguínea associada a cateter venoso central.*
5. *Controle de infecção do trato urinário associado a cateterismos vesical de demora.*

Para definir o pacote, é necessário que as diretrizes estratégicas sejam desmembradas para cada pacote de medidas, sendo a seguir descritas e representadas em tabelas:

#### 1. **Higiene das mãos:**

Baseado na Campanha dos cinco momentos de higienização das mãos, definidos que a prática deve ser realizada em pelo menos os cinco momentos que são descritos conforme tabela 1 referindo-se sempre ao momento prévio e pós o contato com o paciente, seus fluídos corpóreos e o ambiente próximo ao mesmo:

**TABELA 1**  
**BUNDLE DA HIGIENE DAS MÃOS**

Considerar os cinco momentos da higienização das mãos
Antes do contato com o paciente.
Após o risco de exposição a fluidos corporais do paciente.
Após o contato com áreas próximas do paciente.
Após o contato com o paciente.
Antes da realização de procedimento asséptico.

Fonte = O Autor

### 2. *Prevenindo Infecção de Sítio Cirúrgico:*

De acordo com o IHI, as práticas recomendadas para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico abrangem desde os cuidados com a pele, controle de glicemias e normotermia, contemplando uso de antibioticoprofilático de acordo com topografia e potencial de contaminação, representados na tabela 2, abaixo descrita.

**TABELA 2**  
**BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO**

Uso racional de antibióticos
Uso de antibiotico profilático no tempo recomendado: 60 minutos antes da incisão e no máximo 48 horas após, variando de acordo com a topografia.
Preparo da pele do paciente para remoção da microbiota.
Tricotomia apropriada;
Controle glicêmico adequado no pós operatório das cirurgias cardíacas;
Manutenção de normotermia no perioperatório em cirurgias col retais.

Fonte = O Autor

### 3. *Prevenindo Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica*

Para a prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica, algumas diferenças são abordadas entre o IHI e o PBSP, porém ambas fundamentadas e na prática diária, o que puder ser adotado em conjunto por ambas as recomendações, valor será agregado ao uso do pacote e aumentado as intervenções nos entido de prevenir evento que gera muito custo e prolonga o tempo de internação aumentando os riscos de complicações ao paciente e de outros danos que podem advir decorrente do aumento do tempo do paciente em ventilação mecânica. As medidas recomendadas são descritas abaixo na tabela 3.

**TABELA 2**  
**BUNDLE DE PREVENÇÃO DED PAV**

IHI	PBSP
Elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45 graus;	Elevação da cabeceira da cama a 45 ° (30 a 45°.)
Interrupção diária da sedação e avaliação diária das condições de extubação;	Avaliação ventilatória diária (com avaliação de prontidão para extubação e interrupção da sedação);
Profilaxia de úlcera péptica (úlceras de stress);	Manutenção da pressão do balonete do tubo endotraqueal entre 25 e 30 cm;
Profilaxia de trombose venosa profunda (TVP) (a menos que contra indicado);	Higiene bucal e descontaminação com clorexidina 0,12% de 12 em 12 horas;
Avaliar diariamente a necessidade de suspender a ventilação mecânica	Início da nutrição enteral dentro de 24 a 48h de internação em UTI.

Fonte = O Autor

#### 4. *Prevenindo Infecção da Corrente Sanguínea:*

Sendo a infecção e corrente sanguínea um risco que deve cuidadosamente ser evitado com práticas simples, porém eficazes; não existindo divergências entre o IHI e PBS. As mesmas encontram-se descritas abaixo na tabela 4.

**TABELA 4  
BUNDLE DE PREVENÇÃO DE ICS**

IHI	PBSP
Higiene das mãos;	Higienização adequada das mãos antes da inserção do Acesso Vascular Central.
Barreiras máximas de precauções;	Precaução máxima de barreira durante o procedimento de inserção do acesso vascular central.
Antissepsia da pele com clorexedina;	Antissepsia com clorexedina antes do procedimento de inserção do acesso vascular central.
Seleção do local de punção, com subclávia sendo o local preferido de cateteres em adultos.	Seleção do sítio de inserção.
Reavaliação diária da necessidade do cateter com remoção imediata de cateteres desnecessários.	E ainda: Revisão diária e indicação da permanência do cateter. Acesso asséptico do lúmen. Cuidado ao sítio e ao cateter

Fonte = O Autor

#### 5. *Prevenindo Infecção do Trato Urinário*

Para prevenir Infecção do trato urinário em pacientes com cateterismo vesical de demora, as recomendações são básicas e efetivas e estão descritas na tabela 5.

**TABELA 5  
BUNDLE DE PREVENÇÃO DE ITU**

IHI	PBSP
Técnica asséptica no cateterismo vesical;	Higienização adequada das mãos antes e após a inserção do cateter urinário;
Sistema deve ser sempre fechado;	Técnica asséptica na passagem do cateter urinário e manutenção do sistema fechado;
Fixação da sonda para manter a bolsa abaixo do nível da bexiga;	Manutenção adequada do cateter urinário;
Medidas diárias de higienização do cateter;	Revisão diária da indicação do cateter urinário;
Avaliar diariamente a necessidade de suspender o uso do dispositivo;	Higienização adequada das mãos antes e após a inserção do cateter urinário;

Fonte = O Autor

Para cada “bundle”, existe a necessidade de discorrer vários outros itens, capacitar a equipe, definir produtos e materiais, definir forma de realizar o controle dos bundles e práticas de análise dos eventos adversos para adotar ações de melhoria.

Sugere-se que para o controle do “bundle”, utilize como ferramenta o check-list; para a análise os eventos adversos, o Ishikawa ou o Bowie-tie, a ferramenta PDCA para análise e implementação de melhorias e para o plano de ações o 5 W e 2 H.

A cada “bundle” implantado, sugere-se o acompanhamento da adesão do mesmo, envolvendo toda a equipe multidisciplinar, o paciente e os familiares e acompanhantes. Entender que se a prática de higienização das mãos não estiver consolidada, nenhum outro princípio terá sucesso no trabalho de controle de IRAs.

As práticas recomendadas para um programa de controle de infecção hospitalar (CIH) no Brasil são determinadas por políticas públicas, na área da saúde, através da Lei 9431/97 e da Portaria 2616/98 do Ministério da Saúde. A Lei 9431/97, determina a obrigatoriedade de criação de programas de CIH em todos os hospitais do país; já a Portaria 2616/98 norteia a sua operacionalização, com a organização de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

É importante considerar que a IRAS é uma doença infecciosa decorrente da evolução das práticas de assistência à saúde, que culminaram na predominância do modelo clínico, de característica

eminentemente invasiva, realizado predominantemente no hospital. Segundo Fernandes (2000), ao debruçar sobre a temática da IH, sob a perspectiva de sua determinação social, pretende-se estender a percepção de que seu controle e prevenção não dependem apenas de ações focais, como por exemplo, no âmbito restrito de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos hospitais.

Desse modo, ainda que a IH seja uma ocorrência universal, seguramente ela apresenta suas peculiaridades, referentes à incidência, prevalência, características de manifestação, gravidade, resistência, fatores de risco, grupos acometidos e assim por diante. O significado imediato disso é que as práticas para o seu controle, enfatize-se novamente, não podem ser vistas e realizadas apenas de maneira universal e focal, sob um mesmo processo de trabalho, mas buscando também suas determinações em dimensões mais amplas, acatando a especificidade de cada local de assistência.

Tais intervenções, contudo, efetivaram-se antes do desenvolvimento de outras ciências, como a bacteriologia e seus consequentes desdobramentos: assepsia, antisepsia, desinfecção, esterilização, antimicrobianos. A ausência de incorporação desse conhecimento possibilitou desenvolver uma outra qualidade de IH, denominada de exógena inespecífica, transmitida na realização de procedimentos invasivos, ao introduzir nos tecidos internos do corpo microrganismos presentes em instrumentos, mãos dos cirurgiões e ambiente e provocando infecção no sítio anatômico invadido. É uma infecção inespecífica porque seu quadro anátomo

clínico não depende somente do agente etiológico, sendo que um mesmo tipo de microrganismo pode produzir infecção em vários sítios, dependendo do local invadido.

As instituições de saúde devem constituir uma comissão de controle de infecção hospitalar de acordo com a Portaria 2626/98 e que conceitua um programa de controle de infecção hospitalar, ou seja, IRAS, como “um conjunto de ações desenvolvidas deliberadas e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”, e considera que o controle das infecções necessitam que sejam envolvidas medidas para qualificar a assistência através de norma e diretrizes estabelecidos pelo programa e pela CCIH e com a incorporação de um serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) composto por membros qualificados representantes dos diversos setores e capacitados para definir os critérios embasados nos órgãos de referências e literaturas recomendadas. Os membros do SCIH são executores das ações e necessitam de estar capacitados e atualizados nas recomendações baseadas em evidências científicas e com foco na realidade e cultura institucional para estabelecer as estratégias necessárias em busca de resultados satisfatórios.

É necessário utilizar como instrumento básico o conceito de vigilância epidemiológica conceituada como “o conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de

reconhecer oportunamente as medidas necessárias à prevenção e ao controle da doença”.

Entendendo todo o contexto histórico que envolve a preocupação com o resultado da assistência, descreve-se abaixo os relatos de experiência atuais que ocorrem em realidades institucionais diferentes.

#### 4. CONCLUSÃO

Após as revisões bibliográficas, conclui-se que as práticas recomendadas internacionais ou nacionais, as quais diferem em algum item, são medidas simples e eficazes como a própria literatura denomina e estão ao alcance de qualquer instituição não carecendo de investimentos financeiros e recursos tecnológicos avançados, mas sim da necessidade de envolvimento da gestão e trabalho com os recursos humanos através de atualização, capacitação e introdução de políticas de segurança. Através deste entendimento, os métodos utilizados serão opcionais de cada instituição para a disseminação e controle dos resultados. Sugere-se que a busca dos indicadores e de estudos comparativos como forma de demonstrar os resultados seja um recurso estratégico evidenciando a importância das medidas adotadas. Medidas estas que devem ser utilizadas na prática por toda a equipe multiprofissional. A medida que a cultura de segurança vai sendo disseminada, a adesão dos profissionais vai aumentando e como consequência, os resultados positivos com menor danos ao paciente.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

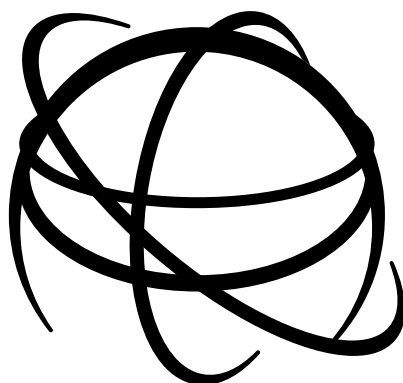
- AWACHTER, R. M. - BERQUO, L. S. (tradutor). **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Ed. Artmed, 2010.
- VINCENT, C.- VIDEIRA, R.(tradutor) **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
- BURMESTER, H. (Editor) et al. **Manual de Gestão Hospitalar do CQH: livro de casos práticos**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
- FELDMAN, L. B. (organizadora). **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. São Paulo, SP: Martinari, 2008.
- LEÃO, E. R. et al. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramentas de gestão**. São caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.
- BALSANELLI, A. P. et al. **Competências Gerenciais : desafio para o enfermeiro**. 2a. ed. São Paulo, SP: Martinari, 2011.
- HARADA, M. J. C. (organizadora). **Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011.
- MALAGUTTI, W. (organizador). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio,2009.
- FERNANDES, I.M.A. **A Educação Continuada com os Profissionais da Área da Enfermagem**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação).- Unoeste, Presidente Prudente, SP.
- APECIH. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos**. São Paulo, SO: Office Editora e Publicidade, 2012.
- Lacerda, R. A. (coordenação). **Controle de Infecções em centro Cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo, SP: Atheneu Editora, 2003.
- SOBECC Nacional. **Práticas Recomendadas SOBECC: Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-anestésica e Centro de Material e Esterilização**. 6a. Edição revista e atualizada. São Paulo, SP: 2013.
- OPAS. MS. ANVISA - DURAN, I. A. D.; NILO; M. S.- (tradutores). **Segundo desafio Global para a segurança do paciente: manual – cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro, RJ: Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.1a. Edição, 2010.
- ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF: Anvisa, 2014.

- DIVISÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - (tradutor). **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Direção Geral de Saúde, 2011.
- 5 Million Lives Campaign. **Getting Started Kit: Reduce Surgical Complications How-to Guide**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. (Available at [www.ihi.org](http://www.ihi.org)).
- 5 Million Lives Campaign. **Getting Started Kit: Prevent Central Line Infections How-to Guide**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. (Available at [www.ihi.org](http://www.ihi.org)).
- 5 Million Lives Campaign. **Getting Started Kit: Prevent Ventilator Associated Pneumonia**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. (Available at [www.ihi.org](http://www.ihi.org)).
- HORAN TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN **Surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting**. Am J Infect Control. 2008;36:309-332.
- 5 Million Lives Campaign. **Getting Started Kit: Prevent Pressure Ulcers How-to Guide**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. (Available at [www.ihi.org](http://www.ihi.org)).
- 5 Million Lives Campaign. **Getting Started Kit: Prevent Central Line Infection How-to Guide**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. (Available at [www.ihi.org](http://www.ihi.org)).
- BAND, JD. **Pathogenesis of and risk factors for central venous catheter-related infections**. 2009.
- Mc GEE D.C, GOULD M.K. **Preventing complications of central venous catheterization**. New England Journal Med. 2003 .
- BAIOCOO,G.G.- 2013. **Cateter Central de Inserção Periférica. CCIP na prática da enfermagem** - organizadora. Porto Alegre: Moriá, 2013.

## 6. NOTA BIOGRÁFICA

### *Ivete Maria Assef Fernandes*

Graduada em Enfermagem; especialista em: Administração Hospitalar, Centro Cirurgico e CME, Saúde Pública, Controle de IRAS; MBA em Gestão em Saúde e Gestão Empresarial; Mestre em Educação; Doutoranda em Administração. Atua como gerente assistencial no Oeste Saúde; avaliador da Metodologia ONA pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde; diretora e palestrante do Assef Cursos e Treinamentos. Tem experiência em gestão na área da saúde especialmente nos serviços hospitalares. Realiza consultoria em saúde ocupacional e operadora de saúde.



# ideário

Revista Científica do  
**INSTITUTO IDEIA**

---



**INSTITUTO  
IDEIA**