

**Políticas de controle de infecção no Brasil e qualidade da assistência de enfermagem:  
reflexões necessárias**

**Infection control policies in Brazil and quality of nursing care: necessary reflections**

**Políticas de control de infecciones en Brasil y calidad de la atención de enfermería:  
reflexiones necesarias**

Recebido: 24/03/2020 | Revisado: 25/03/2020 | Aceito: 26/03/2020 | Publicado: 28/03/2020

**Tatiana Nascimento Barros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3148-7002>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [tatinbarros@hotmail.com](mailto:tatinbarros@hotmail.com)

**Fabiana Lopes Joaquim**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1344-2740>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [fabykim\\_enf@yahoo.com.br](mailto:fabykim_enf@yahoo.com.br)

**Zenith Rosa Silvino**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2848-9747>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [zenithrosa@id.uff.br](mailto:zenithrosa@id.uff.br)

**Deise Ferreira de Souza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4294-9957>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [dfsnit@hotmail.com](mailto:dfsnit@hotmail.com)

**Resumo**

Objetivou-se refletir sobre as políticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil e a qualidade da assistência de enfermagem no controle das infecções sob a perspectiva teórica de Donabedian. Trata-se de uma reflexão fundamentada nas Políticas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde no Brasil e no teórico Avedis Donabedian. As reflexões apontam que as políticas de controle de infecções relacionadas à assistência no Brasil e a qualidade da assistência de enfermagem favorecem o cuidado assistencial. Conclui-se mediante os achados do estudo sobre a qualidade da assistência de

enfermagem associada ao controle das infecções relacionadas à assistência a saúde sob a perspectiva teórica de Avedis Donabedian que o enfermeiro é o ator principal no processo de gerenciamento do cuidado nas IRAS e que os programas governamentais destinados ao controle e prevenção destas em vigor no Brasil pregam a cultura da assistência segura nos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde; Infecção hospitalar; Assistência à saúde; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

### **Abstract**

The objective was to reflect on the infection control policies related to health care in Brazil and the quality of nursing care in infection control from the theoretical perspective of Donabedian. This is a reflection based on the Health Care-Related Infection Control Policies in Brazil and on the theoretical Avedis Donabedian. The reflections point out that the infection control policies related to healthcare in Brazil and the quality of nursing care favor healthcare. It is concluded through the findings of the study on the quality of nursing care associated with the control of infections related to health care from the theoretical perspective of Avedis Donabedian that nurses are the main actor in the process of managing care in the IRAS and that government programs aimed at controlling and preventing these in force in Brazil preach the culture of safe assistance in health services.

**Keywords:** Public Health Policy; Cross infection; Delivery of health care; Nursing; Nursing care.

### **Resumen**

El objetivo fue reflexionar sobre las políticas de control de infecciones relacionadas con la atención de salud en Brasil y la calidad de la atención de enfermería en el control de infecciones desde la perspectiva teórica de Donabedian. Esta es una reflexión basada en las Políticas de Control de Infecciones Relacionadas con el Cuidado de la Salud en Brasil y en el teórico Avedis Donabedian. Las reflexiones señalan que las políticas de control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en Brasil y la calidad de la atención de enfermería favorecen la asistencia sanitaria. Se concluye a través de los hallazgos del estudio sobre la calidad de la atención de enfermería asociada con el control de infecciones relacionadas con la atención de la salud desde la perspectiva teórica de Avedis Donabedian que las enfermeras son el actor principal en el proceso de gestión de la atención en el IRAS y

que Los programas gubernamentales destinados a controlar y prevenir estos vigentes en Brasil predicam la cultura de la asistencia segura en los servicios de salud.

**Palabras clave:** Políticas Públicas de Salud; Infección hospitalaria; Prestación de atención de salud; Enfermería; Atención de enfermería.

## 1. Introdução

As infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) consistem em infecções associadas à internação ou procedimentos assistenciais, que promovem a expansão dos índices de complicações durante as hospitalizações, em decorrência da seleção e disseminação de microrganismos multirresistentes, provocando a elevação dos custos assistenciais, dos períodos de hospitalização e dos índices de mortalidade (United States, 2013). Se associarmos a esta condição os recursos humanos insuficientes e pouco qualificados, além da estrutura física precária recorrente nos hospitais brasileiros e a escassa adesão das boas práticas para o controle e prevenção de IRAS teremos um aumento substancial da sua ocorrência.

Em vista disso, visando à redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.616/1998, estabeleceu instauração de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em todos os hospitais do país em caráter obrigatório, com vistas a atender ao que se encontra descrito na Lei nº 9.431 de 06 de janeiro de 1997, sobre a obrigatoriedade da manutenção nos hospitais brasileiros de programa de controle de infecções hospitalares.

Deste modo, fez-se necessária a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a fim de administrar um plano nacional de prevenção e controle de IRAS, reconhecida mundialmente como problema de saúde pública, que preza pela ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, tendo como ênfase a humanização, a promoção do cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida, a redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população, a promoção da produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, entre outros (Brasil, 2016).

Dados da OMS apresentados em 2010 evidenciam que os índices de ocorrência das infecções hospitalares atingem 14% no Brasil, 4,5% nos Estados Unidos, 10,5% no Canadá e 7,1% na Europa (Paz, Fortes, Silva, 2015). Neste mesmo ano, a ANVISA apontou que cerca de 234 milhões de pessoas são operadas a cada ano em todo o mundo, dentre esses sete milhões apresentam complicações no pós-operatório e um milhão morrem em decorrência de infecção, entretanto a consolidação destes dados é bem escassa quando se trata do Brasil, uma

vez que o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) foi criado em 2013, e somente a partir deste ano tornou-se obrigatória à notificação de casos de IRAS.

Desde então houve um aumento considerável do número de unidades hospitalares que notificam casos de IRAS, conforme explicitado no Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16, sendo publicado pela Anvisa em decorrência deste aumento um manual de Medidas de Prevenção de IRAS a fim de contribuir para a redução da incidência das IRAS nos serviços de saúde (Brasil, 2017).

Nesta perspectiva instituições hospitalares têm aderido de forma mais recorrente à programas de qualidade, como a acreditação hospitalar, que é um processo sistemático e periódico para avaliar padrões de qualidade previamente estabelecidos e reconhecidos internacionalmente, visando não somente a qualidade da assistência, mas também a segurança do paciente, atrelado a isso o enfermeiro deve desenvolver ativamente tarefas gerenciais para que se possa mensurar periodicamente a situação estrutural da unidade, como estrutura física e recursos humanos.

Destarte, essa pesquisa se justifica no interesse de promover a reflexão à luz da perspectiva teórica de Donabedian, sobre a contribuição do controle de infecção para a qualidade da assistência à saúde prestada pela enfermagem no Brasil, visto que as IRAS geram custos financeiros e materiais tanto para o indivíduo quanto para a instituição hospitalar, além dos custos sociais gerados para o paciente e seus familiares resultando em impacto direto na qualidade de vida (Silva, Freire, Custódia, Mota, Rocha, 2013), bem com refletir sobre as políticas de controle e prevenção de infecções no Brasil.

Frente o exposto, este artigo tem como objetivo refletir sobre as Políticas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde no Brasil e a qualidade da assistência de enfermagem no controle das infecções relacionadas à assistência sob a perspectiva teórica de Donabedian.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo de reflexão, cujos referenciais são as Políticas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde no Brasil e o teórico Avedis Donabedian.

A prática reflexiva se trata de um método de trabalho que tem como objetivo a produção do conhecimento pautada na prática profissional, de modo que pode ser definida como a arte de crescimento intrínseco por meio da reflexão (Netto, Silva, Rua, 2018).

O estudo pautou-se na seguinte questão norteadora: Sob quais aspectos as Políticas de Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde em vigor no Brasil e os pensamentos de Avedis Donabedian no que concerne a qualidade em saúde, contribuem para a qualidade da assistência de enfermagem?

Foram utilizadas, como fonte de dados, para a construção desta reflexão as Políticas de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde em vigor no Brasil e a obra de Avedis Donabedian no que concerne a qualidade em saúde.

### **3. Reflexão**

Ao refletirmos sobre as expressões “qualidade da assistência em saúde”; “assistência de enfermagem” e “controle de infecção” nossos pensamentos retornam ao passado onde inicialmente o cuidado aos enfermos era prestado sem que houvesse avaliação da causa da patologia e da necessidade de se tomarem medidas de prevenção relacionadas à disseminação dos quadros infecciosos que ocorriam de modo veloz em decorrência das condições sanitárias precárias.

Esta ausência de avaliação dava-se em decorrência do desconhecimento das pessoas responsáveis pelo cuidado, mas embora houvesse desconhecimento, havia a observação, a inquietação e a vontade de propor soluções inerentes aos pesquisadores.

Isto posto, ao pensarmos na tríade: observação, inquietação e vontade de propor soluções, associada à enfermagem, somos remetidos rapidamente à lembrança de Florence Nightingale que na segunda metade do século XIX, ao atuar na guerra da Criméia desenvolve a teoria ambientalista. Nesta teoria, a causa da doença e conseqüentemente do óbito encontra-se relacionada ao meio ambiente, considerando suas condições e fatores influenciadores. Deste modo, ao descrever a referida teoria, Florence Nightingale propõe que, para que a saúde seja restabelecida deve-se restaurar o ambiente, com vistas à conservação da energia vital. Logo, o homem passa a ser visto como parte integrante da natureza e influenciado pelas condições de ambiência.

As observações realizadas por Florence Nightingale a respeito da ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos, odores e alimentação prezavam pela manutenção do ambiente para o processo de cura e, repercutem até os dias de hoje de modo a realizar o controle do ambiente onde o paciente encontra-se internado, objetivando a prevenção da disseminação de bactérias e agentes infecciosos, bem como favorecendo a conduta assistencial humanizada.

Salienta-se que, embora a influência da teoria ambientalista seja discutida até hoje, a inquietude com as altas incidências de óbitos relacionadas à assistência em saúde não surge apenas em meados do século XIX com Florence, elas surgem antes das evidências observadas na guerra da Criméia, estando relacionadas a acontecimentos que levaram ao desenvolvimento de estudos com vistas a identificar e esclarecer a causa de infecções conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1 – Identificação do pesquisador, profissão e acontecimentos relacionados à identificação da causa de infecções e comprovação de hipóteses.

Ano	Pesquisador	Profissão	Acontecimento
1546	Francastorius	Médico, matemático e geógrafo.	Descrição do mecanismo de transmissão de doenças infecciosas através do contato direto com o microrganismo e do contato indireto através de roupas e objetos de pessoas doentes.
1794	Jonh Hunter	Médico cirurgião	Desenvolvimento de experimento que associava a infecções das feridas causadas por arma de fogo ao processo inflamatório.
1843	Oliver Wendel Holmes	Médico	Levantamento da hipótese de que a infecção puerperal era transmitida pelas mãos de médicos.
1847	Ignaz Phillip Semmelweis	Médico	Confirmou a hipótese de Oliver Wendel Holmes, instituindo-se que todos os profissionais de saúde deviam lavar as mãos com solução clorada.
1860	Joseph Lister	Médico	Desenvolveu técnica para manter as incisões cirúrgicas livres de contaminação por microrganismos.
1863	Florence Nightingale	Enfermeira	Descreveu procedimentos de cuidados relacionados aos pacientes e ao ambiente com vistas a reduzir os riscos de infecção relacionada à assistência à saúde.
1864	Louis Pasteur	Cientista	Descobriu que a acidificação do vinho ocorria por conta de organismos microscópicos que pairavam no ar, o que auxiliou no desenvolvimento do procedimento denominado pausterização.
1883	Charles Chamberland	Químico	Criou a autoclave demonstrando a eficácia da esterilização pelo calor.

Fonte: Adaptado de Fontana (2006)

Ante o exposto, podemos observar de acordo com o Quadro 1 a preocupação de médicos, enfermeira, geógrafo, cientista e químico com a identificação e o esclarecimento sobre as causas das infecções com vistas a redução da transmissibilidade e prevenção das infecções, evidenciando a contribuições de profissionais das diversas áreas do conhecimento para a temática em questão.

Outras contribuições inovadoras ambicionando a prevenção de infecções surgiram entre o final do século XIX e início do século XX, dentre estas se aponta a criação de luvas cirúrgicas por William S. Halsted ao constatar que os desinfetantes eram irritantes para a pele; o uso de máscaras feitas por uma camada de gaze que deveria recobrir a boca e o nariz durante a assistência promovida por Johannes Von *Mikulicz-Radecki*, uma vez que já havia sido demonstrado que gotículas vindas do nariz e da boca podem disseminar microrganismos e a criação de instrumentos cirúrgicos pelo cirurgião francês Jules-Emile Pean. Além destas inovações foram destacadas ainda a preocupação em raspar barbas e bigodes e evitar diálogos nas salas cirúrgicas, que a esta época já eram fisicamente preparadas e apresentavam normas e rotinas. Porém, apenas em meados do século XX, nos EUA, que se evidencia de fato o início da implantação de programas específicos de controle e prevenção de IRAS (PCIRAS) em decorrência de um processo judicial que responsabilizou não somente o profissional, mas também o hospital, pela ocorrência de IRAS.

No Brasil, as primeiras CCIH surgem em 1968 vinculadas a instituições de ensino, sendo determinada em 1976, pelo governo, a obrigatoriedade de CCIH nos hospitais; entretanto essa determinação não é cumprida e não há fiscalização, ou seja, não havia controle dos casos de infecção.

Frente a este cenário, onde as determinações e fiscalizações que visavam o controle das infecções hospitalares não ocorriam o Ministério da Saúde passa a gerenciar tais ações instaurando a Portaria nº 196 em 1983. Deste modo, a partir deste ponto passaremos a refletir o controle de infecção no Brasil sobre duas vertentes categóricas, sendo elas: “As perspectivas históricas das políticas de controle de infecção no Brasil” e “A qualidade da assistência de enfermagem associada ao controle das infecções relacionadas à assistência a saúde sob a perspectiva teórica de Avedis Donabedian”.

### **As perspectivas históricas das políticas de controle de infecção no Brasil**

O controle de infecção no Brasil inicia sua trajetória efetivamente por intermédio da Portaria nº 196 de 1983, onde o Ministério da Saúde recomendava a criação de CCIH em

todos os hospitais do país, sendo o processo de trabalho fundamentado na vigilância epidemiológica e condicionada a notificação, ou seja, o controle limitava-se a notificações que eram efetuadas pelo médico responsável pelo caso, assim, a enfermagem prestava a assistência e não realizava a função de vigilância em saúde.

Com a morte do presidente Tancredo Neve em decorrência de uma infecção cirúrgica, as ações governamentais pretendendo discutir a temática tornam-se mais efetivas e passam a ser extensivas a diversas unidades hospitalares, levando em 1987 à criação do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, por intermédio da Portaria nº 232.

Em 1990 o referido programa ganha status de divisão através da portaria nº 666, sendo denominada: Divisão de Controle de Infecção Hospitalar. Esta divisão criada dentro do Departamento de Programas da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde teve como função instituir o dia 15 de maio como o Dia Nacional de Controle da Infecção Hospitalar, trazendo visibilidade para a temática e propondo que anualmente fossem apresentados indicadores que demonstrassem a redução nos índices de infecção hospitalar.

Esta divisão passa então a fornecer destaque também às unidades hospitalares que tenham alcançado padrões ideais de resultados frente à redução dos índices o que proporciona que os olhares para o controle das infecções hospitalares sejam intensificados pelas instituições de saúde.

Verifica-se então uma crescente inquietude com o controle das infecções emergindo através da Conferência Regional sobre Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares e suas diretrizes de atuação, sendo estas: vinculação da acreditação hospitalar à presença de programa de prevenção e controle de IRAS e a inclusão do tema nos currículos das ciências da saúde e programas de educação continuada (Padoveze, Fortaleza, 2014).

Cumprir considerar que estas preocupações intensificam-se com o passar dos anos sendo evidenciadas alterações de condutas, como as regidas pela Portaria nº 196/83 que prezavam apenas pela vigilância e notificação, e através da Portaria nº 930/1992 que recomenda que o PCIRAS realizasse a vigilância ativa das IRAS.

Atualmente as diretrizes que regem o controle de IRAS são determinadas pela Lei nº 9.431 de 06 de janeiro de 1997 que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país e pela Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998, que veio em substituição a Portaria nº 930/92, definindo as ações mínimas necessárias a serem desenvolvidas, deliberada e sistematizadas, com vistas à redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares, além de determinar a criação do

PCIRAS responsável pela organização da CCIH e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Nesse contexto torna-se notável que a CCIH passa então a desempenhar funções de cunho deliberativo, coordenando e estabelecendo diretrizes de controle e prevenção de infecções em unidades hospitalares, enquanto a SCIH passa a desempenhar funções executivas, sendo designada a desenvolver as ações delineadas pela CCIH, amparando-se também para este desenvolvimento na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 48 instituída pela ANVISA no ano 2000, que estabelece a avaliação do cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH).

Entretanto, embora seja observada ao longo dos anos estratégias e ações que presem pela instauração, condução e aplicabilidade de medidas relacionadas ao controle de infecção e diretrizes para a prevenção, somente no ano de 2013 foi elaborada pela Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (CNCIRAS) a primeira versão do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (PNPCIRAS) abrangendo o triênio 2013-2015.

O referido programa orientou os pilares ao qual esta vigilância deveria estar pautada, sendo estas: promoção da adesão a práticas baseadas em evidência por intermédio da educação, além da implementação e realização de investimentos; outro pilar trabalhado foi o aumento da sustentabilidade por meio de incentivos financeiros especialmente em estratégias que obtiverem sucesso no controle das infecções.

Os pilares também planejavam preencher as lacunas de conhecimento para responder a ameaças emergentes, coletar dados para direcionar esforços de prevenção e mensurar os progressos, o que foi extremamente benéfico para que os governantes, pesquisadores e profissionais pensassem em estratégias de atuação para além do controle dos índices apenas, pois se passou a estimular a prevenção.

Destarte, compreende-se que estas medidas foram fundamentais para qualificar a assistência e assim iniciamos a nossa reflexão sobre a assistência, sob a vertente dos profissionais de enfermagem, uma vez que estes mantem mais contato com os pacientes, nos levando a afirmar que as boas práticas assistenciais gerenciadas pelos enfermeiros apresentam papel relevante no controle e nas estratégias assistenciais de prevenção, bem como auxiliam no desenvolvimento de estudos sobre eficiência e eficácia tanto ao que se refere a diagnóstico, como a terapêutica dos processos infecciosos, indo ao encontro do que propõe Avedis Donabedian que é a avaliação da qualidade da atenção médica, através de propriedades que

sejam capazes de avaliar a qualidade dos serviços, sendo estas: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

### **A qualidade da assistência de enfermagem associada ao controle das infecções relacionadas à assistência a saúde sob a perspectiva teórica de Avedis Donabedian.**

O enfermeiro é o profissional responsável por gerenciar o cuidado dos pacientes nas unidades hospitalares apresentando papel fundamental para que a assistência seja prestada de modo integral, efetiva e qualificada. Desta forma, para que a qualificação da assistência desenvolvida por estes profissionais seja efetuada é necessária à realização de avaliações sistemáticas acerca dos cuidados prestados.

A segurança da assistência à saúde constitui um dos principais desafios mundiais para a qualidade dos cuidados em saúde (Oliveira, Silva, Lacerda, 2016) e ao pensarmos no PNPCIRAS, que abrange o quinquênio 2016 - 2020, a qualidade assistencial associada às IRAS está vinculada a minimização dos riscos associados à assistência que possam interferir na segurança do paciente gerando alta morbidade e mortalidade.

Logo, quando pensamos na qualidade dos serviços de saúde relacionados ao controle e prevenção de IRAS, vale ressaltar que os profissionais devem estar atentos aos impactos que as suas ações irão gerar na segurança da assistência à saúde prestada.

Portanto, a assistência de saúde prestada pela enfermagem deve presar pela qualidade do cuidado com vistas à redução, controle e impedimento de condutas assistenciais negligentes e imprudentes que possam vir a disseminar as infecções relacionadas à assistência à saúde.

Sendo assim, a qualidade da assistência de enfermagem estará direcionada a qualidade do cuidado por intermédio de ações estratégicas que visem à minimização dos riscos associados ao cuidado e ao pensarmos em qualidade somos remetidos ao que propõe Avedis Donabedian em seu estudo sobre essa temática, que é a avaliação da qualidade.

Frente o exposto, ao seguirmos a proposta de Donabedian para avaliar a qualidade assistencial deveremos nos ater não apenas aos resultados obtidos pelas ações de enfermagem para o controle das infecções relacionadas à assistência a saúde, ou seja, devemos estar atentos à estrutura (área física, equipamentos, insumos, recursos humanos) e como ela pode influenciar na assistência de modo a propagar as infecções, bem como nos ater aos processos (procedimentos e tecnologias) de modo que estes sejam aplicados corretamente, qualificando as práticas assistenciais.

Para que o desenvolvimento das práticas assistenciais seja constantemente aperfeiçoado se faz necessário à utilização de ferramentas gerenciais, tais como os indicadores de avaliação, afim de um contínuo aprimoramento e construção de melhorias, desta forma se torna imperativo a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde uma vez que obtidos os resultados seguem-se as tomadas de decisão para capacitar a equipe multiprofissional e ascender os padrões de conformidade destes indicadores, especialmente no que diz respeito a segurança do paciente em relação ao controle e prevenção de IRAS.

Destarte, para Donabedian, os indicadores de avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1994).

Tais aspectos apontados por Donabedian são considerados até os dias atuais como pilares para a qualidade assistencial, onde a eficácia diz respeito à integralidade de recursos e ações empregados na reabilitação do indivíduo, por outro lado à eficiência bem como a otimização correspondem a aplicação dos mais satisfatórios tratamentos de forma menos dispendiosa, gerando a melhor relação custo-benefício e a efetividade refere-se aos resultados reais obtidos durante o período de tratamento, esses pilares estão diretamente relacionados ao planejamento e execução da assistência (Donabedian, 1994).

Todavia, para que esses pilares sejam vivenciados na prática há a necessidade de que o indivíduo aceite e adapte-se ao tratamento que será proposto. Os pilares da legitimidade e equidade, no entanto, abrangem não somente o indivíduo, mas a sociedade como um todo, uma vez que eles dizem respeito à confiabilidade que a instituição de saúde deve transmitir para a sociedade, além da imparcialidade com que a mesma deve atuar frente aos seus procedimentos (Donabedian, 1994).

Seguindo a perspectiva donabediana em prol da qualidade assistencial salienta-se no Manual de Avaliação da Qualidade de Práticas de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar a presença de 61 indicadores de avaliação de estrutura, processo e resultado, distribuídos em cinco subgrupos de práticas assistenciais, de acordo com procedimentos assistenciais (Oliveira, Silva, Lacerda, 2016).

O referido manual auxilia na avaliação das qualidades assistenciais contribuindo para o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) instituído através da Portaria nº529 de abril de 2013 que introduz também o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O CIPNSP apresenta como competências propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em relação às IRAS, contribuindo para o estabelecimento

destas competências está a RDC nº36 que estabelece ações para a segurança do paciente visando à melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Dentre essas ações está a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que deve elaborar um Plano de Segurança do Paciente (PSP) que seja direcionado a prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as IRAS.

Mediante o exposto, considera-se primordial que os profissionais da enfermagem estejam atentos a adoção de condutas que busquem qualificar a assistência reduzindo as taxas de IRAS através de ações educacionais, preventivas e de práticas assistenciais seguras.

#### **4. Conclusão**

As reflexões aqui apresentadas apontam que apesar de o controle e prevenção de IRAS serem assunto em pauta no Brasil desde a década de 50 as legislações que regem sobre essa temática foram originadas muitos anos após, conforme a Portaria nº 2.616/1998.

É evidenciado também que devido à contemporaneidade das legislações que determinam as ações a respeito do controle e prevenção de IRAS os dados epidemiológicos nacionais de domínio público são superficiais e imprecisos, dificultando assim uma visão geral concreta, uma vez que as padronizações dos critérios diagnósticos ainda estão sendo validados e consolidados.

Quando refletimos sobre a qualidade da assistência de enfermagem associada ao controle das infecções relacionadas à assistência a saúde sob a perspectiva teórica de Avedis Donabedian identificamos que o enfermeiro é o ator principal no processo de gerenciamento do cuidado nas IRAS e que os programas governamentais destinados ao controle e prevenção destas em vigor no Brasil pregam a cultura da assistência segura nos serviços de saúde.

As ações gerenciais do cuidado exercidas por enfermeiros no processo de gerenciamento do cuidado nas IRAS incluem o dimensionamento da equipe de enfermagem, a liderança no ambiente de trabalho, o planejamento da assistência de enfermagem, a educação/capacitação da equipe de enfermagem, gerenciamento dos recursos materiais, coordenação do processo de realização do cuidado, realização do cuidado/procedimentos mais complexos e avaliação do resultado das ações de enfermagem.

Aponta-se também que os referidos programas estão caminhando a passos lentos, haja vista que toda legislação a respeito dessa temática ser recente e ainda não abranger todos os aspectos necessários à redução considerável dos índices de incidência de IRAS, sendo necessária a realização de mais pesquisas sobre esta temática, visto que há lacunas no

conhecimento quando se relaciona o controle e prevenção de IRAS com a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

## Referências

Brasil (2016). *Ministério da Saúde*. Plano Nacional de Saúde (2016-2019). Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recuperado em 15 de março de 2020, de [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/docs/planonacionalsaude\\_2016\\_2019.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/planonacionalsaude_2016_2019.pdf).

Brasil (2017). *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Recuperado em 16 de março de 2020, de <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>.

Donabedian, A.(1994). *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Fontana, R.T. (2006). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 703-706.

Netto, L., Silva, K.L. & Rua, M.S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1), e20170309.

Oliveira, H.M., Silva, C.P.R. & Lacerda, R.A. (2016). Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(3), 502-508.

Padoveze, M.C. & Fortaleza, C.M.C.B. (2014). Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 48(6), 995-1001.

Paz, M.C.F., Fortes, D.I.F.M., & Silva, D.H.G. (2015). Análise da infecção hospitalar em um hospital universitário na Paraíba de 2012 a 2014. *Revista Saúde e Ciência*, 4(3), 31-43.

Silva, P.L.N., Freire, A.P.S., Custódia, T.M., Mota, E.C. & Rocha, R.G. (2013). Relevância do serviço de controle de infecção hospitalar na visão de técnicos de enfermagem. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 4(3), 886-94.

United States (2013). *Centers For Disease Control and Prevention (CDC)*. Antibiotic resistance threats in the United States, 2013. United States: CDC, 2013. Recuperado em 15 de março de 2020, de <https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Tatiana Nascimento Barros – 50%

Fabiana Lopes Joaquim – 30%

Zenith Rosa Silvino – 10%

Deise Ferreira de Souza – 10%