

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA

PERMANENT HEALTH EDUCATION FOR INFECTIONS PREVENTION AND CONTROL IN AN EMERGENCY UNIT

Juliana Vila Chã Bueno¹ * Danielle Abdel Massih Pio² * Ana Carolina Nonato³ * Mara Quaglio Chirelli⁴

RESUMO

Objetivos: Analisar os resultados de um processo de Educação Permanente em Saúde para controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde a partir do levantamento de necessidades formativas de trabalhadores de uma Unidade de Urgência e Emergência hospitalar. **Método:** Estudo qualitativo realizado com oito profissionais desta unidade e que foi composto por três momentos: 1. Grupo Focal para identificação da experiência teórico-prática com as infecções e das necessidades de formação; 2. Oficinas de Educação Permanente em Saúde para construir o conhecimento acerca das necessidades levantadas; e 3. Avaliação do processo educativo com novo Grupo Focal. Os áudios foram transcritos e analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: Os participantes possuem conhecimento sobre estas infecções e tentam aplicar ações de prevenção diariamente, porém diversos fatores apresentam-se como obstáculos para concretizá-las, como falta de informações, de comunicação e de cuidado, além da grande sobrecarga de trabalho. **Considerações finais:** As oficinas demonstraram-se uma importante ferramenta problematizadora para a reflexão sobre as Infecções e sua prevenção. Deste modo, é possível desenvolver a mudança da prática por meio da Educação Permanente em Saúde, com promoção de aprendizagem significativa e gestão de processos de trabalho grupais.

Palavra-chave: Educação Continuada; Educação em Saúde; Gestão em Saúde; Infecção Hospitalar; Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

Objectives: Analyze the results of a Permanent Health Education process for the control of Healthcare Associated Infections from the survey of training needs of workers in a hospital Emergency and Emergency Unit. **Method:** Qualitative study carried out with eight professionals from this unit, which consisted of three moments: 1. Focus Group to identify theoretical-practical experiences of workers with infections and training needs related to the subject; 2. Workshops on Permanent Education in Health to build knowledge about the needs raised; and 3. Evaluation of the educational process with a new Focus Group. The audios were transcribed and analyzed using the Discourse of the Collective Subject technique. **Results:** Participants are aware of these infections and try to implement preventive actions daily, but several factors present themselves as obstacles to carrying out these actions, such as lack of information, communication, and care, in addition to the heavy workload. **Final Considerations:** The workshops proved to be an important problem-solving tool for reflection on Infections and their prevention. As such, it is possible to change practice through professionals' reflective process stimulated by Permanent Education in Health, with the promotion of significant learning and co-management of group work processes.

Keywords: Cross Infection; Education, Continuing; Emergency Service, Hospital; Health Education; Health Management.

¹ Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4781-1890>

² Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0738-4601>

³ Faculdade de Medicina de Marília. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2992-068X>

⁴ Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7417-4439>

INTRODUÇÃO

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) define as IRAS como aquelas decorrentes de processos e procedimentos em qualquer instituição de saúde, desde que não estejam em fase de incubação ou fase clínica durante a admissão do usuário, abrangendo as infecções ocupacionais dos profissionais envolvidos no cuidado^[1]. As IRAS são consideradas os eventos adversos mais frequentes nos cuidados prestados em saúde em todo o mundo; segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), de cada 100 pacientes hospitalizados em países subdesenvolvidos, dez adquiriram ao menos uma infecção relacionada à saúde, e sete nos países desenvolvidos. Considera-se que 20 a 30% dos casos são evitáveis, com grande peso destas infecções nos índices de morbimortalidade e em gastos públicos e privados^[2].

Considerando o panorama acima, em 1997 é aprovada a Lei n. 9431, instituindo a obrigatoriedade de manutenção do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) nos hospitais brasileiros, com vinculação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ao PCIH em 2000, incorporando a responsabilidade por ações de prevenção e controle das IRAS e pela uniformização dos indicadores acerca destas para correta interpretação dos dados nos diferentes níveis

administrativos territoriais^[3,4]. Por sua vez, em 1998 é instituída a Portaria 2.616, que estrutura programas de controle de infecções hospitalares nos níveis municipais, estaduais e federais^[5]. Estas políticas públicas representam um grande marco no controle das IRAS; todavia, a realidade nacional de escassez de recursos, inadequação de espaço físico e subfinanciamento do SUS, além das dificuldades específicas de cada localidade, favorecem a continuidade do aumento da taxa destas infecções^[6,7].

Apesar de os princípios e diretrizes do SUS e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde^[8] proporem a integralidade como eixo estruturante do cuidado as necessidades de saúde das pessoas, considerando a Atenção à Saúde, a Gestão em Saúde e o Ensino em Saúde, há distanciamento entre a formação e a prática nos serviços, pois por muitos anos o ensino em saúde foi pautado em currículos com divisão em disciplinas, com fragmentação da prática e descontextualização do cuidado^[9]. Além disso, o alto nível de especialização favorece um processo de trabalho automático e voltado à produção, sem reflexão sobre a realidade, tornando o profissional sujeito passivo e mecânico no processo de cuidar^[7]. Há, também, resistência dos trabalhadores à mudança de comportamento dentro das instituições devido à insatisfação destes por

consequência de longas jornadas, excesso de horas extras e falta de preparo técnico^[7].

Por atuarem em cenários distintos, que muitas vezes exigem além de suas capacidades cognitivas, faz-se necessário trabalhar com estes profissionais e gestores institucionais algo além da graduação, para que possam colaborar e garantir a integralidade do cuidado^[10]. Deste modo, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem surgem como as principais ferramentas para capacitar os trabalhadores a lidar com a realidade crítica e reflexivamente^[7,11].

Neste contexto, estratégias como a Educação Continuada e, principalmente, a EPS, inserida na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)^[12], são fundamentadas na aprendizagem significativa, caracterizada pelo novo conhecimento que se relaciona de forma substantiva e não arbitrária a outro já existente, favorecendo as mudanças e fortalecendo o ensino voltado aos profissionais a partir da problematização das vivências e considerando-se os conhecimentos prévios ao processo de construção, com objetivo de transformação da realidade^[7,11]. Neste sentido, demonstra-se a importância da EPS para transformação dos processos de trabalho, promovendo espaços de reflexão das práticas profissionais relacionadas às IRAS. É necessário que os serviços de controle de infecções reconheçam

esta relação para aprofundar os conhecimentos de educação em saúde nos ambientes de trabalho, instituindo programas pautados na PNEPS que envolvam os diversos profissionais da instituição^[7].

Embora a literatura disponha de publicações relatando o uso de processos educativos para redução das IRAS, predominam estudos em cenários de UTI. Devido à semelhança em complexidade, ambientes como o serviço hospitalar de emergência também podem ser cenários privilegiados para tais intervenções educativas; porém, são negligenciados quanto a estas pesquisas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, recorte de dissertação de mestrado com intervenção no campo de pesquisa, composto por três etapas: identificação, intervenção e avaliação, considerando-se a importância de primeiro ter o conhecimento sobre a realidade, por meio da interação dos sujeitos envolvidos no processo; por conseguinte, realizar ação com o intuito de produzir mudanças e, por fim, avaliar o processo de acordo com a intervenção sobre o processo de trabalho.

O cenário selecionado para realização do presente estudo foi o Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade de

uma autarquia vinculada à Secretaria Estadual da Saúde com sede em uma cidade do centro-oeste paulista^[13], constituído por uma Unidade Hospitalar de assistência e ensino que integram a Rede de Atenção à Saúde da área de abrangência de um Departamento Regional de Saúde (DRS) de 62 municípios, atendendo a, aproximadamente, 1.200.000 habitantes^[13], e que é referência para a atenção especializada em diferentes níveis. A Unidade de Urgência e Emergência encontra-se devidamente equipada e funciona como "vaga zero" para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU-192, para a Central de Regulação Médica do DRS e a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), referência regional para os médicos reguladores de urgência e emergência, trabalhando com a disponibilidade de leitos virtuais para garantia de acesso na instituição de casos em que há grande potencial de gravidade, com recursos mínimos de sobrevivência^[14]. Possui Serviço de Acolhimento e Triagem para Urgências, utilizando o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester Modificado para melhor qualidade de recepção, cuidado e direcionamento destes pacientes. Deste modo, consolida-se como referência do SUS para atendimento de Urgência e Emergência e como polo formador de recursos humanos na área^[15].

A Unidade Hospitalar apresenta um PCIH instituído, com Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que foram criados em 1982 e desde então vêm desenvolvendo ações locais voltadas à prevenção e ao controle das IRAS^[13]. Atualmente, o serviço realiza notificações ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) das principais infecções nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Todavia, mesmo sendo um local considerado crítico e de inúmeros riscos para IRAS, a Unidade de Urgência e Emergência não apresenta uma sistematização do processo de trabalho do SCIH, sem busca ativa de casos e problemas relacionados ao controle e prevenção das IRAS^[16].

A amostra de participantes foi intencional, constituída por trabalhadores da Unidade de Urgência e Emergência, sendo selecionado um profissional de cada área envolvida no cuidado para integrar o grupo: enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de higiene hospitalar e médico, totalizando nove participantes. Este último profissional foi impossibilitado de participar devido à dinâmica da atividade assistencial; assim, o grupo foi composto por oito profissionais. A coleta de dados ocorreu de agosto de 2018 a outubro de 2018. Como critério de inclusão,

foram considerados os profissionais com pelo menos seis meses de serviço na Unidade de Urgência e Emergência; como exclusão, profissionais de férias ou que estivessem impossibilitados de participar em função de tarefas assistenciais que inviabilizassem a presença. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer de nº 2.778.455 e os participantes receberam informações acerca do objetivo das atividades a serem desenvolvidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A atividade foi conduzida por facilitador capacitado em EPS, com participação da primeira autora como observadora. Nenhum dos autores tinha relação direta com os participantes da pesquisa.

O estudo foi composto por três momentos. No primeiro, os participantes apresentaram-se e apontaram sua função profissional e seu tempo de atuação na Unidade de Urgência e Emergência. Depois, foi realizada a identificação da prática e das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores relacionados às IRAS na Unidade de Urgência através da técnica de Grupo Focal^[17] para a coleta de dados, com estímulo ao debate e à reflexão dos participantes para construção coletiva e compartilhada^[18]. Os disparadores foram uma vinheta de contexto geral sobre infecções

decorrentes da assistência, podendo ser abordado por todos os participantes, e um roteiro semidirigido para compreensão da experiência dos atores acerca da vivência relacionada às IRAS no Pronto-Socorro (PS), sem ter a intenção de comparar as experiências, mas explorar como cada trabalhador apreende as IRAS. Um moderador realizou questionamentos a fim de facilitar o processo de discussão e estimular e conduzir o grupo. Nas atividades, esteve presente também um observador; no caso, a primeira autora da pesquisa.

O segundo momento caracterizou-se com a realização de oficinas em que houve diferentes abordagens educativas, considerando suas formas e seus conteúdos.

A primeira oficina teve como objetivo trabalhar o tema “Infecção Hospitalar”. Para as atividades, foram providenciadas cartolinas e canetas-piloto e os participantes foram organizados em três novos subgrupos, com entrega dos materiais e explicação da atividade. Cada subgrupo iniciou o trabalho escrevendo na parte superior central de seu material um dos temas: “1- O que é Infecção Hospitalar?”, “2- Formas de transmissão das infecções” e “3- Formas de prevenção e tratamento”. Depois, desenharam três colunas relacionadas ao seu tema: na primeira, os dizeres “O QUE SEI”; na segunda, os dizeres “O QUE NÃO SEI”; e na terceira, “POR

QUE NÃO SEI?”, para orientar o preenchimento (Quadro 1).

Quadro 1- Exemplo da construção - Tema 2 - “Formas de transmissão das infecções”, 2020

Como se transmite as Infecções?		
O QUE SEI?	O QUE NÃO SEI?	POR QUE NÃO SEI?
Falta de higiene das mãos/ equipamentos	Higienizando o leito com álcool a 70% é suficiente	Não houve leitura antes
Falta de conhecimento	É possível prevenir 100% das infecções mesmo realizando todos os procedimentos de forma correta?	Falta de colocar na prática os conhecimentos pré-existent
Falta de materiais/ equipamentos		Falta de conhecimento das técnicas e das indicações e das contraindicações destas
Má higiene		

Fonte: elaborado pelas autoras

Depois de transcorridos 10 minutos, as cartolinas eram trocadas em sentido horário para que o próximo subgrupo acrescentasse conteúdo. Este processo ocorreu até cada cartolina retornar ao subgrupo inicial. Ao final, os três materiais foram colados na frente da sala de forma visível a todos e um representante de cada subgrupo apresentou os dados e deu início à discussão.

Deste modo, há troca de conhecimentos pessoais e profissionais entre os sujeitos, que aprendem e ensinam através da ação-reflexão-ação^[19].

Na segunda oficina, foi realizada uma apresentação de slides de autoria da primeira pesquisadora com o título “Infecção Hospitalar: fundamentando conceitos para reflexão da prática”, com explicação aos participantes das principais problemáticas e necessidades de aprendizagem apontadas por eles, tanto no Grupo Focal, quanto na primeira oficina, com discussão e elucidação de dúvidas acerca dos conceitos de “infecção”, “germes multirresistentes”, “precaução padrão”, “culturas microbiológicas”, “vigilância” e “prevenção”,

além de apresentação de indicadores institucionais, técnicas de desinfecção e orientações gerais a usuários e acompanhantes. Neste momento, o objetivo foi fortalecer o grupo com informações em uma nova síntese conhecimento para tornarem-se disseminadores de informações.

A terceira oficina caracterizou-se por capacitação sobre os conceitos, com fundamentação na realidade. Neste dia, propôs-se a reflexão acerca de estratégias e propostas institucionais para melhoria do ambiente de trabalho no que tange às IRAS. Cada problema foi colocado em uma folha de sulfite branca; em folhas coloridas, foram colocadas as propostas de ação.

No último encontro com os participantes, realizou-se um novo Grupo Focal em que foram utilizadas novas questões disparadoras a fim de avaliar o processo educacional e a percepção dos profissionais acerca da atividade realizada.

Considerando essencial o apoio da gestão para desenvolvimento da atividade educacional, bem como liberação dos participantes no horário de serviço, a presente pesquisa foi autorizada pelos diretores clínico e técnico e pela superintendência da instituição. Os encontros tiveram em torno de 01:30h de duração, ficando estabelecido horário de início às 14:00h. O grupo se reuniu em uma sala de reunião do próprio PS, local estratégico para facilitar a participação de

todos. Os encontros foram realizados quinzenalmente, totalizando seis: no 1º encontro, houve apresentação do grupo, explicação da proposta, assinatura do termo de consentimento e aplicação de disparador para discussão e levantamento das necessidades; nos quatro encontros subsequentes, foram realizadas as três oficinas (a última foi dividida em dois encontros devido ao tempo); no último encontro, houve a avaliação final da proposta.

Todas as atividades foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)^[20,21], com o seguinte percurso metodológico: 1- transcrição das gravações; 2- levantamento das Expressões-Chave (EC), que representam o conteúdo das falas; 3- identificação das Ideias Centrais (IC), que sinalizam o sentido dos depoimentos; 4- junção dos fragmentos de discursos similares; e 5- construção dos discursos.

RESULTADOS

Dos oito participantes, seis eram mulheres (75%) e dois homens (25%). Quanto à faixa de idade dos trabalhadores, 12,5% tinham entre 20-29 anos; 50%, entre 30-39 anos; 12,5%, entre 40-49 anos; e 25% eram maiores de 50 anos. O tempo médio de atuação na instituição foi de 9,75 anos; já o tempo médio de serviço na Unidade de

Urgência e Emergência era de 7,1 anos, o que demonstra uma amostra de profissionais experientes.

1 Momento 1: grupo focal e levantamento das lacunas

Durante toda a atividade de discussão do Grupo Focal, os participantes trouxeram

importantes situações vivenciadas no ambiente do PS que consideravam interferir no processo de transmissão das IRAS. Para a análise, foram separados os depoimentos obtidos pelos profissionais de acordo com as perguntas norteadoras, em que se caracterizaram as Ideias Centrais (IC) relacionadas às questões e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Quadro 2).

Quadro 2- Ideias Centrais (IC) sobre as perguntas disparadoras do grupo focal, 2020

Pergunta-disparadora 1	Pergunta-disparadora 2	Pergunta-disparadora 3
O que sabem sobre IRAS no ambiente hospitalar? Como enxergam no ambiente do PS, a partir do cenário em que atuam?	Diante da prática e processo de trabalho, o que identificam como prevenção e controle das IRAS? Quais estratégias de ação pensam ser necessárias?	Quais as necessidades de conhecimento identificam para acrescentar à experiência com relação as IRAS?
IC1: Concepção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.	IC5: Comunicação como estratégia a ser criada e sistematizada na prevenção das IRAS entre profissionais e gestores	IC7- Levantamento de necessidades formativas a serem trabalhadas durante o processo de Educação Permanente.
IC2: Fragilidades na Infraestrutura e na organização do processo de trabalho como fator de predisposição das IRAS no Ambiente do Pronto Socorro.	IC6: Incorporação da equipe multiprofissional no processo educacional e na disseminação de informações	
IC3: Livre acesso da população ao ambiente e dificuldades na		

educação/orientação, trazendo como consequência um desuso do espaço do Pronto Socorro.		
IC4- Falta de informação, comunicação e de cuidado do profissional acerca da prevenção das IRAS.		

Fonte: elaborado pelas autoras

Ao serem questionados sobre o que sabiam e como enxergavam as IRAS, os participantes as definiram do seguinte modo:

Infeção é um germe que o paciente adquiriu no ambiente hospitalar, por inúmeros motivos [...] desde falta de recurso de material, de insumos até falta de recursos humanos [...] falta de conhecimento do que é infecção e algumas coisas que podem trazer do próprio manejo... (IC1, DSC1)

Acerca dos motivos para que as IRAS acontecessem, as peculiaridades da Unidade de Urgência e Emergência como superlotação, carga de trabalho, falta de tempo e déficit de funcionários foram amplamente citadas, caracterizando este ambiente como crítico para o aparecimento das IRAS.

[...] não tem condições, tem dia que não tem.... falta muita coisa.... Falta educação, falta material, falta profissional [...] aí entra na sobrecarga de trabalho. (IC2, DSC3)

Os imprevistos citados pelos participantes na IC2 indicam a realização de técnicas e procedimentos de forma inadequada, o que pode favorecer as IRAS, colocando em risco a segurança de usuários e dos profissionais que atuam no local.

É muito imprevisto assim, desde a quantidade de trabalhadores, até a quantidade de agulhas. É muito imprevisto. Não tem como você trabalhar risco de infecção em um local onde você não tem espaço físico, para você organizar estas pessoas. (IC2, DSC1)

Os participantes relatam que os motivos para que a prevenção das IRAS seja insuficiente são a falta de informação, de comunicação e de cuidado do profissional:

É falta de comunicação e organização também, que muitos profissionais não se comunicam [...] Tem profissionais que se acham imunes, mesmo a gente falando, aí ele entra se sentindo um Deus e sai sem lavar a mão, sem fazer nada... e

*aí você falou com a parede [...].
(IC4, DSC2)*

Sinalizam que um fortalecimento para a prevenção das IRAS para a equipe diz respeito às orientações familiares ou “educação da população”.

*Eu acredito que muito das condições do PS tem a ver com a educação da população, porque ali você está aberto à população, ali a população entra... mesmo e ela faz um desuso do espaço que ela tem ali [...] é bem complicado isso. A higiene e a saúde “tão” bem distantes da educação.
(IC3, DSC1)*

Em contrapartida, a gestão, com participação de diversos departamentos envolvidos no cuidado, foi citada como fundamental no processo de gerenciamento das unidades e implementação de práticas seguras.

*Então, o primeiro passo para começar é criar a comunicação [...] se houvesse uma pequena melhora na comunicação e melhora na questão de gestão, poderia pelo menos melhorar uma leve questão.
(IC5, DSC1)*

Os dados relacionados à segunda questão disparadora do Grupo Focal indicam como a falta de comunicação e orientação institucional afetam diretamente a taxa de IRAS, apontando o tema como estratégia de

prevenção, no sentido de trabalhar a comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos no processo, fortalecendo as equipes no controle de Infecções.

[...] antes de começar a fazer capacitação, começar a entender onde estão as falhas, porque às vezes eu faço uma comunicação, uma capacitação que a pessoa também não está nem a fim de ver [...]. (IC6, DSC1)

A comunicação ineficaz entre os profissionais e a dificuldade de mantê-la, conforme demonstrado pelas IC4 e IC6, comprometem o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente.

A terceira questão disparadora do Grupo Focal refere-se à necessidade de compreender como ocorrem as infecções e as dúvidas relacionadas aos cuidados específicos com cada uma delas, englobando, também, como os fatores relacionados às IRAS envolvem as diferentes pessoas que passam pela Unidade de Urgência e Emergência.

*[...] eu vejo sobre o contágio, interação com essas infecções[...] informações de termos assim [...] dentro de cada GMR, de cada um o que que a gente tem que fazer[...]eu não me lembro direito da orientação, mas assim, o acompanhante tem que ficar com avental descartável... não? O acompanhante não precisa? [...]
(IC7, DSC1)*

2 Momento 2 - intervenção

Ao construir os materiais, o grupo demonstrou ter conhecimento de alguns aspectos relacionados às IRAS e seu impacto no cuidado. Neste momento, apresentaram suas dúvidas, com foco nos profissionais de saúde; ao mesmo tempo, relacionando suas falhas de conhecimento à falta de informação.

Ao responderem sobre a transmissão das IRAS deixaram claro ter conhecimento sobre a principal forma de prevenção de infecções, a higienização das mãos. O aspecto de desinfecção ambiental foi abordado, demonstrando a importância que os profissionais dispensam à higiene no ambiente hospitalar; todavia, apontam dúvidas e fragilidades de conhecimento em relação à segurança e eficácia de diversos

materiais, como o álcool a 70%. Sobre o que não sabem, deixam claro novamente a falta de conhecimento acerca de alguns temas e a dificuldade em colocar em prática o que foi orientado, demonstrando a importância da aprendizagem significativa.

A terceira oficina caracterizou-se por capacitação sobre os conceitos. Este momento foi nomeado “Planeja-ção”, com desenvolvimento de quatro grandes frentes construídas pelos participantes: “Comunicação institucional/Gestão”, “Saúde do trabalhador” e “Comunicação e Orientação - “Equipe, família e pacientes” (Quadro 3).

Quadro 3 – Temas, problemas encontrados e propostas de solução, 2020

TEMAS	PROBLEMAS ENCONTRADOS	PROPOSTAS DE SOLUÇÃO
Comunicação Institucional/ Gestão	Problema 1- Dificuldade em saber quais pacientes são GMR	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar com o Departamento Técnico de Informações (DTI) a possibilidade de abrir uma tela no prontuário com a notificação do Germe Multirresistente (GMR) e foco; • Constar na identificação do paciente o tipo de precaução para todos terem acesso a esta informação.
	Problema 2- Dificuldade na	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar no site institucional, no campo do funcionário, na página do holerite, informações da

	comunicação institucional	<p>CCIH;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criar espaços para reunião de equipe multiprofissional; • Criar espaços de EPS; • Estabelecer um fluxo de comunicação com as chefias. Cobrar dos gestores assinaturas em ata sobre as informações passadas.
	<p>Problema 3- Fragilidades na admissão de funcionários novos e estudantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher todos os trabalhadores de diferentes categorias profissionais e de centro de custo hospitalar; • Acolher os estudantes quando iniciam as atividades no cenário de prática hospitalar na 1º a 3º anos de graduação; • Elaborar manual de orientações para funcionários novos e estudantes, sobre medidas de biossegurança; • Integrar Ensino e Serviço- biossegurança como proposta curricular, de acordo com o grau de autonomia e domínio.
Saúde do Trabalhador	<p>Problema 1- Dificuldade da comunicação sobre assuntos relacionados a biossegurança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construir fluxos de comunicação com os diferentes setores envolvidos na saúde do trabalhador: SESMET, CCIH, Engenheiro do trabalho e Serviço de Atenção à Saúde do Colaborador (SASC); envolver os empregadores Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília (FAMAR) e Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FUMES) • Fortalecer o diálogo entre SESMET e CCIH- responsabilização.
	<p>Problema 2- Falta de insumos e EPIs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar estimativa de insumo EPIs por profissão; • Compreender melhor a complexidade da instituição- Epidemiológica/ tempo de internação.
Comunicação/	Problema 1-	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar modelo da CCIH explicativo de cuidados

Orientação- equipe, família e pacientes	Dificuldade de comunicação	para pacientes em isolamento; <ul style="list-style-type: none"> ● Implementar modelo de orientações gerais do acompanhante/ visitantes- plastificar por leito; ● Criar grupo de acompanhantes; ● Capacitar os profissionais da portaria e Enfermagem das unidades para abordar acompanhantes e visitantes; ● Orientar a visita religiosa específica, conversar com responsáveis pelos grupos.
--	-------------------------------	---

Fonte: elaborado pelas autoras

3 Momento 3 – avaliação do processo educacional

A primeira ideia central emergente a partir do Grupo Focal relaciona-se à valorização grupal e ao espaço de construção coletiva, com movimento de pactuação do que seria abordado, o que proporcionou identificação com o produto gerado.

[...] que foi legal aqui foi a construção do grupo, acompanhada, e não foi nada imposto assim... um roteiro. Na verdade, foi uma construção em conjunto, gostei bastante ficou a cara do grupo, da equipe [...] até agradeço o convite que foi feito, porque eu só aprendi. (IC8, DSC3)

A proposta metodológica utilizada nas atividades foi definida como interessante pelos participantes, valorizando a EPS por utilizar metodologias ativas e reflexão da prática.

Na segunda IC (IC 9) destaca-se a importância da aproximação das equipes de Controle de Infecção com os trabalhadores e as suas realidades para a adoção de medidas de prevenção das IRAS. Deste modo, a proposta educacional apresentada neste estudo, como citado pelos participantes, representa uma importante ferramenta para efetiva melhoria da qualidade dos serviços em relação às Infecções Hospitalares.

Foi o que eu senti, assim, uma aproximação da equipe (de controle de infecção hospitalar)[...] no sentido de construção de informações [...] isso favorece também, esse acesso eu imagino que favorece o aprendizado e o conhecimento. (IC9, DSC2)

Destaca-se na terceira IC (IC10) que os profissionais reforçaram a ideia de que o processo foi valioso para a construção do

saber ao propiciar que os atores trocassem experiências, criando um ambiente favorável para qualificação nos espaços de formação.

São pra qualificar nossa prática, pra levar conhecimento,[...] que muitas vezes a gente vê que entra no automático da assistência por conta de demanda, de uma série de coisas e a gente fica sem um espaço de reflexão [...], então acho que esses espaços dá pra gente conversar, expor o que tem de dúvida e qualificar nossa prática[...]. (IC10, DSC3)

Outro apontamento, na quarta IC (IC 11), foi a importância de se adotar e manter estratégias de orientação para as famílias e as equipes.

[...] então eu acho que também é importante a gente sei lá... pensar nisso, pra retomar grupo de orientações pras famílias, ou a cartilha mesmo, que eu acho que está meio perdido. [...] até pra que eles entendam o risco que eles estão correndo e que está levando pro outro também (não, eles não têm noção) [...]. (IC11, DSC1)

DISCUSSÃO

Na avaliação dos participantes da pesquisa, o movimento empreendido na intervenção por meio da investigação sinaliza que constituir espaço de formação por meio da EPS produz capacitação dos profissionais com potencial de construção coletiva e pactuada, com promoção de identidade com o processo e produto gerados. Além disso, destaca-se a

importância da função de orientação do SCIH por meio da aproximação com as equipes de saúde e com as famílias dos pacientes.

A aplicação da EPS produz significado e sentido para o fazer dos profissionais. Trabalhou-se com os conhecimentos prévios, a percepção do contexto de trabalho, os problemas decorrentes das práticas de IRAS e suas explicações, quais as estratégias necessárias para a prevenção e controle das infecções, as suas fragilidades, bem como quais as necessidades de conhecimento para se trabalhar com IRAS. Ao se considerar que o trabalho em saúde é produzido no encontro entre trabalhadores, pacientes/usuários e suas famílias, a estratégia da EPS, por meio de oficinas entre os profissionais, proporciona o enfoque no sujeito que aprende e transforma sua prática com relações horizontalizadas, proporcionando diálogo no processo grupal^[22].

Os resultados captaram que os participantes caracterizaram as IRAS de forma semelhante à definição da CDC, o que demonstra que eles já tiveram contato com o conceito anteriormente. A percepção sobre os motivos para que as IRAS acontecessem também coincide com estudo sobre a adesão de profissionais à higienização das mãos em pronto-socorro, identificando como causas a superlotação hospitalar e espaço inadequado, pias mal localizadas, falta de conhecimento e a importância que o profissional deposita no

risco de não estar em conformidade com as recomendações para a lavagem das mãos, as quais implicam diretamente na ocorrência de eventos adversos, como as IRAS^[23].

Em um estudo que objetivou analisar a percepção de trabalhadores de enfermagem sobre a prática de improvisar e adaptar materiais em um hospital público frente à falta de insumos, foi destacada a dialética entre: a insatisfação devido à quebra da técnica, causando estresse do profissional, que procura realizar procedimentos de forma adequada e não tem condições; e a satisfação, destacando a criatividade e a capacidade de adaptação dos trabalhadores^[24].

Ao abordar aspectos relacionados à qualidade do trabalho em saúde, destaca-se a tríade estrutura-processo-resultado, fundamentada na teoria sistêmica. A estrutura diz respeito aos instrumentos e recursos disponíveis, bem como às condições físicas e organizacionais dos serviços; o processo refere-se ao conteúdo e à forma de como o cuidado é realizado e o resultado relaciona-se ao impacto obtido na melhoria da saúde das pessoas^[25].

Na pesquisa identificou-se que os problemas e soluções estão articulados à estrutura e o processo, dentre outros: as condições de trabalho deficitária, como não terem local no prontuário eletrônico para sinalizar os pacientes com GMR; falta de materiais e equipamentos de EPI; pouco

acesso à informação sobre as IRAS; falta de atividades de EPS; pouca comunicação entre a gestão, a equipe de controle de infecções e equipe de saúde, familiares e estudantes.

Sendo a interação e a educação importantes no contexto da ocorrência das IRAS, foi verificado em investigação com familiares em hospital que os acompanhantes desconheciam a possibilidade de infecção hospitalar. Assim, demonstra-se que com a utilização de linguagem simples e didática, é possível viabilizar o conhecimento e torná-lo acessível, promovendo mudanças no ambiente por meio da inserção do serviço de controle de infecção no processo educacional. Dessa forma, é perceptível que a prevenção e o controle das IRAS devem fazer parte da filosofia da instituição, com envolvimento de toda a equipe de saúde e de controle de infecções^[26].

Os profissionais e os serviços de saúde são, muitas vezes, culpabilizados pela incidência de IRAS. No entanto, o contexto em que os profissionais atuam, as condições de trabalho e carga horária podem interferir e aumentar as chances de ocorrência de eventos adversos infecciosos^[27].

A implementação de boas práticas baseadas em evidências nacionais e internacionais interferem na redução de IRAS. Mas nem sempre os hospitais têm adotado protocolos que proporcionam estrutura adequada e processos que sejam diretrizes

para práticas seguras, tendo indicadores para avaliar essas práticas. Por outro lado, também não basta ter essas diretrizes recomendadas e introduzidas pela instituição hospitalar se não forem incorporadas pelos trabalhadores em suas ações cotidianas, tendo como exemplo a prática de higiene das mãos^[28]. A construção do significado dessas boas práticas interferindo nas ações dos profissionais é central para que ocorra a prevenção e a diminuição das IRAS.

Tendo como perspectiva a superação dos problemas e construção de boas práticas para redução da ocorrência de IRAS, o processo educacional com a equipe foi destacado como estratégia importante durante a fase de intervenção nesta pesquisa. O processo de EPS proporcionou reflexão sobre os problemas captados na primeira fase da investigação a partir dos disparadores “O QUE SEI”, “O QUE NÃO SEI” e “POR QUE NÃO SEI”.

Durante as oficinas, o quadro sobre como prevenir infecções foi o mais rico da atividade, demonstrando maior conhecimento dos profissionais acerca deste tema; todavia, as colunas “o que não sei” e “por que não sei?” foram pouco preenchidas, o que evidenciou que os participantes têm dificuldade de autorreflexão, o que pode ser consequência de processos educacionais de transmissão e modelos de gestão não participativos, que não são construídos pelos

sujeitos no processo, impossibilitando sua responsabilização.

Esta atividade representou importante ferramenta disparadora para a troca de informações e a emergência de conhecimentos prévios dos participantes durante a pesquisa, pois enquanto escreviam nas cartolinas, diversas discussões aconteceram, com construção de conceitos.

Num segundo encontro dessa fase, a aproximação com conteúdo que pudessem promover a construção de novos conhecimentos para abordar as lacunas na prática profissional promoveu possibilidades de novas elaborações e propostas para essa prática, o que foi desenvolvido na terceira oficina.

Neste sentido, no processo de EPS a utilização do planejamento participativo é uma ferramenta com potencial para estabelecer prioridades e objetivos a fim de modificar determinadas situações. Articulado com o referencial da avaliação nos serviços, em sua vertente crítica, o planejamento impulsiona a construção da análise crítica sobre a situação vivenciada na perspectiva da autonomia dos coletivos envolvidos na condução de intervenções^[29].

Na gestão participativa e nos processos de EPS os profissionais são considerados enquanto sujeitos ativos, exercitando o aprender a aprender na aplicação de metodologias ativas de ensino e

aprendizagem. Essas metodologias, que são contrárias às transmissivas, estão ancoradas na pedagogia problematizadora, que significa “pensar a prática” em equipe. Baseada na relação dialógica-dialética entre educador e educando, considera os conhecimentos prévios dos envolvidos, construindo a aprendizagem significativa a partir da reflexão sobre as práticas, pensando nos problemas dessa prática para sua superação, constituindo corresponsabilização de todos nas ações. O trabalho é categoria central de análise nos processos de EPS, sendo foco de atenção da gestão e estruturação dos serviços. Neste sentido, os espaços de EPS são considerados estratégias para democratização das relações e ampliação do acesso às informações que envolvem o trabalho. O apoio dos gestores para tais atividades é fundamental, com garantia de tempo e espaços necessários para estas ações educativas^[30].

Os processos de desconstrução da hierarquização na organização do trabalho, constituída no modelo biomédico, têm sido um desafio ao se propor a gestão participativa das informações para a tomada de decisão no cuidado em serviço de urgência e emergência. Essa nova prática gera conflitos nas relações de poder estabelecidas, pois o processo de comunicação dialógica para uma prática interprofissional torna-se truncado pela resistência em não compartilhar as

informações e decisões, buscando a manutenção dos poderes^[31]. A EPS pode fortalecer a reflexão e reconstrução do processo de trabalho, caracterizando um movimento na instituição por novas práticas, bem como inclusão de diferentes trabalhadores de diferentes vínculos, valores e profissões, fomentando o diálogo e o trabalho em equipe^[30].

Deste modo, a EPS pode conscientizar cada profissional de sua importância no processo^[7]. Nas atividades educacionais descritas neste estudo, o uso da EPS e a integração da equipe interdisciplinar, mesmo que restrita a representação das categorias que atuam no espaço da unidade de urgência e emergência, tiveram impacto decisivo na participação e na construção da autonomia dos trabalhadores envolvidos ao reconhecerem o seu processo de produção, seus limites e potencialidades, além de poderem propor novas estratégias de resolução dos problemas.

Por fim, os participantes da pesquisa destacaram na terceira fase a importância da aproximação da equipe de controle de Infecção com os trabalhadores e a realidade para se adotar medidas de prevenção das IRAS. A etapa de avaliação do processo educativo é fundamental para análise dos resultados obtidos, pois busca o aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas, apresentando seus desafios e

fortalezas, possibilitando a construção de novas propostas^[32]. Além disso, a proposta educacional do estudo demonstra ser uma ferramenta importante para efetiva melhoria da qualidade dos serviços em relação as IRAS. Isso pode ser concretizado com maior apropriação da PNEPS para o desenvolvimento de espaços educativos, com apoio e participação de docentes e discentes das universidades^[32]; caso contrário, os processos educativos serão constituídos por propostas fechadas e verticalizadas, direcionadas apenas ao aperfeiçoamento técnico, distantes da verdadeira proposta.

Destaca-se a importância de que sejam criados espaços reflexivos para tratar da prevenção periódica de infecções^[33]. Constituir espaços de educação para os profissionais com *feedback* sobre as ações realizadas, reflexão sobre a prática e reconstrução de estratégias tornam-se ações-chave para a prevenção de IRAS para implementar boas práticas a partir de evidências consistentes^[34].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EPS demonstrou ser uma importante ferramenta para reflexão sobre os processos relacionados às IRAS em uma Unidade de Urgência e Emergência, pois as atividades educativas realizadas contribuíram para a significativa construção de conhecimento em

grupo. A amostragem intencional dos trabalhadores daquele serviço possibilitou a participação de diferentes profissionais envolvidos no cuidado, sendo fundamental para o êxito do estudo devido à diversidade de realidades e, portanto, à riqueza dos temas discutidos.

A proposta educacional ocorreu conforme o planejamento metodológico e alcançou os objetivos propostos, com reflexão das práticas durante todo processo e com apontamentos satisfatórios quanto à realização deste trabalho, contando, ainda, com construção de planejamentos para ação dos participantes em seus contextos de prática, considerando a organização institucional, a gestão e participação de familiares e usuários no processo. Todavia, a mudança da prática com conscientização e corresponsabilização são resultados a serem conquistados e reavaliados a médio e longo prazo, devendo-se dar continuidade ao movimento de EPS e manter o monitoramento do processo e das ações iniciadas.

A etapa de avaliação do processo educativo foi fundamental para aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas, apresentando dificuldades, fortalezas e sugestão de novas propostas. Este espaço garante um maior conhecimento da PNEPS para o desenvolvimento de espaços educativos, com apoio e participação de docentes e discentes das universidades, com

propostas educativas horizontais e participativas.

Embora a seleção dos participantes não tenha contemplado os gestores, o que pode ser considerado uma fragilidade, mas realizado em pesquisas futuras, os resultados deste estudo foram apresentados para espaços de microgestão da própria comissão da instituição, de modo a estimular transformações na prática e nos processos de trabalho do serviço em questão, com enfoque na prevenção das IRAS.

Deste modo, é possível desenvolver a mudança da prática por meio do processo reflexivo dos profissionais estimulado pela EPS, com promoção de aprendizagem significativa e cogestão de processos de trabalho grupais, com elaboração de produtos planejados pelas equipe para intervenção na realidade.

REFERÊNCIAS

1. Christensen BE, Fagan RP. Healthcare Settings [Internet]. In: Rasmussen SA, Goodman RA, editors. The CDC Field Epidemiology Manual. New York: Oxford University Press; 2019. Available from: <https://www.cdc.gov/eis/field-epi-manual/chapters/Healthcare-Settings.html>
2. World Health Organization. Health care-associated infections FACT SHEET [Internet]. [cited 2021 Jul 31]. Available from: https://www.who.int/gpsc/country_wor
3. Brasil, Ministério da Saúde. Lei n. 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. 1997;Seção 1:267.
4. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 02/2021 Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde-2021 [Internet]. Brasília: 2021 [cited 2021 Jul 31]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nt-022021-revisada-criterios-diagnosticos-de-iras-050521.pdf>
5. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998 [expede diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares]. Diário Of. da União 1998;
6. Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. Rev Saude Publica [Internet] 2014;48(6):995–1001. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004825>
7. Andrade ES, Castro AAP. A importância da educação em saúde para o controle da infecção hospitalar. J Orofac Investig 2016;3(1):43–52.
8. Costa DAS, Silva RF da, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet] 2018;22(67):1183–95. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>

9. Lima VV, Feuerwerker LCM, Padilha R de Q, Gomes R, Hortale VA. Activators of processes of change: a proposal oriented to the transformation of educational practices and the training of health professionals. *Cien Saude Colet* [Internet] 2015;20(1):279–88. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21992013>
10. Falkenberg MB, Mendes T de PL, Moraes EP de, Souza EM de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cien Saude Colet* [Internet] 2014;19(3):847–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
11. Campos KFC, Sena RR de, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. *Esc Anna Nery* [Internet] 2017;21(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>
12. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.No Title. 2004;
13. Faculdade de Medicina de Marília, Hospital das Clínicas de Marília. Quem Somos. [Internet]. 2018;Available from: <http://hc.famema.br/quem-somos/>
14. Konder M, O'dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet] 2019;29(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290203>
15. Faculdade de Medicina de Marília, Hospital das Clínicas de Marília. HCI [Internet]. 2018;Available from: <http://www.hc.famema.br/assistencial/hc1/hc1.php>
16. Hospital das Clínicas de Marília. Sistema de Informação Hospitalar. Indicadores de internação por unidade clinico cirúrgico por enfermarias - março 2019. Marília/SP: 2019.
17. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde* [Internet] 2011;35(4):438–42. Available from: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2011354438442>
18. Nóbrega DO, Andrade E dos RG, Melo ES do N. Pesquisa com Grupo Focal: contribuições ao estudo das Representações Sociais. *Psicol Soc* [Internet] 2016;28(3):433–41. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p433>
19. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogni MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saude Publica* [Internet] 2005;39(2):231–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000200014>
20. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
21. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto Context - Enferm* [Internet] 2014;23(2):502–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
22. Kodjaoglanian VL, Magalhães PM. Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em

- Mato Grosso do Sul. Saúde em Debate [Internet] 2019;43(spe1):127–33. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S111>
23. Zottele C, Magnago TSB de S, Dullius AI dos S, Kolankiewicz ACB, Ongaro JD. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. Rev da Esc Enferm da USP [Internet] 2017;51. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016027303242>
24. Cunha LDS, Souza NVD de O, Gonçalves FGDA, Santos DM dos, Ribeiro LV, Pires ADS. O trabalho hospitalar da enfermagem: dialética presente na prática de adaptar e improvisar [Hospital nursing: the dialectics of adapting and improvising in practice]. Rev Enferm UERJ [Internet] 2016;24(5). Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.18835>
25. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
26. Azevedo AP, Cristino JS, Viana MF, Medeiros FP, Azevedo LS. Educação em saúde para acompanhantes de pacientes internados. Rev Enferm UFPE line [Internet] 2018;12(4):1168. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230649p1168-1173-2018>
27. Padoveze MC, Juskevicius LF, Santos TR dos, Nichiata LI, Ciosak SI, Bertolozzi MR. The concept of vulnerability applied to Healthcare-associated Infections. Rev Bras Enferm [Internet] 2019;72(1):299–303. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0584>
28. da Silva Gama ZA, Saturno Hernández PJ, Reis de Freitas M, Padoveze MC, Paraguai de Oliveira Saraiva CO, Paulino LG, et al. Good infection prevention practices in three Brazilian hospitals: Implications for patient safety policies. J Infect Public Health [Internet] 2019;12(5):619–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.02.016>
29. Furtado JP, Campos GW de S, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. Cad Saude Publica [Internet] 2018;34(7):e00087917. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087917>
30. Cardoso ML de M, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Cien Saude Colet [Internet] 2017;22(5):1489–500. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>
31. Cecílio LC de O, Reis AAC dos, Andrezza R, Spedo SM, Cruz NL de M, Barros LS de, et al. Enfermeiros na operacionalização do Kanban: novos sentidos para a prática profissional em contexto hospitalar? Cien Saude Colet [Internet] 2020;25(1):283–92. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28362019>
32. Silva LAA da, Schmidt SMS, Noal HC, Signor E, Gomes IEM. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. Trab Educ e Saúde [Internet] 2016;14(3):765–81. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>

33. Cavalcante EF de O, Pereira IRB de O, Leite MJV de F, Santos AMD, Cavalcante CAA. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet] 2019;40(spe). Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180306>
34. Schreiber PW, Sax H, Wolfensberger A, Clack L, Kuster SP. The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005–2016: Systematic review and meta-analysis. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet] 2018;39(11):1277–95. Available from: <https://doi.org/10.1017/ice.2018.183>

Ana Carolina Nonato

Endereço para correspondência: Avenida Monte Carmelo, 800 – CEP 17519-030 - Marília/SP

E-mail: nonato.anacarolina@gmail.com.

Telefone: +55 (21)3402-1872

Submissão: 2021-09-25

Aprovado: 2021-11-23