



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Graduação em Saúde Coletiva

LEONARDO PASSERI DE SOUZA

**OS DESAFIOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR A  
ÂMBITO INSTITUCIONAL: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA ANÁLISE DO  
CENÁRIO DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE BRASILEIRA**

BRASÍLIA  
2014

LEONARDO PASSERI DE SOUZA

**OS DESAFIOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR A  
ÂMBITO INSTITUCIONAL: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA ANÁLISE DO  
CENÁRIO DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE BRASILEIRA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo.

BRASÍLIA  
2014

LEONARDO PASSERI DE SOUZA

**OS DESAFIOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR A  
ÂMBITO INSTITUCIONAL: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA ANÁLISE DO  
CENÁRIO DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE BRASILEIRA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo  
Universidade de Brasília - UnB

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Carla Pintas Marques  
Universidade de Brasília - UnB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel  
Universidade de Brasília - UnB

BRASÍLIA  
2014

*Àqueles que acreditam e lutam por um mundo melhor, para que o futuro não seja apenas uma utopia.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar e iluminar não só na conclusão de mais uma etapa da minha vida, mas por todas as etapas que passaram e que estão por vir ainda.

Aos familiares e amigos que estiveram comigo me aconselhando e incentivando durante essa jornada chamada Graduação.

Um agradecimento especial à Renilda, Svet, Eulina e Marininha, que sem a contribuição delas, não teria sido possível a realização desse estudo. Vocês são com certeza exemplos de profissionais a serem seguidos.

À todos os mestres que direta ou indiretamente tive a honra de ter contato durante a Graduação. Os ensinamentos passados por cada um, por menor que tenham sido, foram fundamentais para a minha formação enquanto profissional.

Ao meu orientador Wildo Navegantes de Araújo, o meu muito obrigado por ter aceitado fazer parte dessa empreitada comigo, passando seus conhecimentos e experiências, me fazendo refletir sobre uma série de questões importantes para a minha formação. Com certeza sua contribuição enquanto orientador foi de grande valia para a realização desse estudo.

À banca examinadora integrada por Carla Pintas Marques e Vanessa Resende Nogueira Cruvinel que aceitaram fazer parte desse momento especial da minha formação. É uma honra poder compartilhar desse momento com vocês.

E claro, aos companheiros e companheiras de Graduação que durante esses anos compartilharam de todos os momentos dessa etapa, sempre me incentivando a seguir em frente nos momentos difíceis, em especial a duas grandes amigas que tiveram grande importância para a conclusão dessa etapa final, Jéssica Lopes e Patrícia Magna.

À todos, deixo meu sincero agradecimento.

***“One more dawn. One more day. One day more.”***

Les Misérables

## RESUMO

Considerando que ainda existem grandes desafios no processo de prevenção e controle de infecção hospitalar a serem enfrentados, principalmente por parte das instituições de saúde, esse estudo buscou discutir sobre os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar a âmbito institucional, a partir da análise do cenário de uma instituição de saúde brasileira pública localizada na unidade federativa do Distrito Federal. Para isso, foi feito um diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição, que consistiu na identificação das ações desenvolvidas e da construção de um modelo lógico. Além disso, foi feita uma descrição dos desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar enfrentados pela instituição a partir da percepção dos principais atores envolvidos na gestão da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde, que para fins desse estudo, consistiu nos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição. Constatou-se que, o diagnóstico situacional da instituição, comparado a de outras instituições, se mostra positivo, mesmo com a identificação de algumas ações importantes não serem desenvolvidas. Em relação aos desafios, as questões levantadas evidenciam que os desafios inerentes ao processo de prevenção e controle de infecção hospitalar podem perpassar por vários contextos, abarcando desde questões relacionadas à lacunas na estrutura institucional até limitações no arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar. A discussão trazida nesse estudo, mostra que, torna-se imprescindível a constituição de esforços no desenvolvimento de ações que visem desde a cooperação de órgãos governamentais com as instituições de saúde quanto a estruturação frente a infecção hospitalar até a formulação de políticas públicas dirigidas para a questão da prevenção e controle de infecção hospitalar. Portanto, recomenda-se a realização de futuros estudos que busquem discutir também a questão dos desafios no processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, não só a âmbito institucional, mas em todos os âmbitos inerentes a esse processo, para que a partir de uma discussão conjunta, seja possível a formulação e desenvolvimento de ações efetivas no enfrentamento da problemática da infecção hospitalar, na busca contínua da melhoria da qualidade da assistência à saúde.

**Palavras-chaves:** infecção hospitalar; prevenção & controle; instituições de saúde.

## ABSTRACT

Whereas there are still major challenges in the process of prevention and control of hospital infection to be faced, especially by the health institutions, this study sought to discuss about the challenges in the prevention and control of hospital infection institutional scope, based on the analysis of scenario of a Brazilian public health institution located in the federal unit of the Federal District. For this, we made a situational diagnose of prevention and infection control of the institution, which consisted in identifying the actions developed and in the construction of a logical mode. Furthermore, it was made a description of the challenges in the prevention and control of hospital infection faced by the institution from the perception of the main actors involved in the management of prevention and control hospital infection the health institution, that for purposes of this study, consisted of members of the hospital Infection Control Committee (CCIH) of the institution. It was found that the situational diagnose of the institution, compared to other institutions, shown positive, even with the identification of some important actions are not developed. About the challenges, the issues raised shown that the challenges inherent in the process of prevention and control of hospital infection can pervade by various contexts, covering issues from the gaps in the institutional structure to limitations in the political-legal framework of prevention and control of hospital infection. The discussion this study, shows that it is essential to building efforts in developing actions aiming the cooperation of government agencies with health institutions as the front structure hospital infection, until the formulation of public policies directed towards the issue of prevention and control of hospital infection. Therefore, also it is recommended future studies that seek to discuss the issue of the challenges in the process of prevention and control of hospital infection, not only the institutional level, but in all areas of so doing, so that from a joint debate, it is possible the formulation and development of effective action in addressing the problem of hospital infections, the continuous search for improvement of health care quality.

**Keywords:** hospital infection; prevention & control; health institutions.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro 1.</b> Ações imprescindíveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde .....	41
<b>Quadro 1.</b> Ações imprescindíveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde ( <b>continuação</b> ) .....	42
<b>Quadro 2.</b> Ações necessárias de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde .....	43
<b>Quadro 2.</b> Ações necessárias de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde ( <b>continuação</b> ) .....	44
<b>Quadro 3.</b> Ações recomendáveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde .....	45
<b>Figura 1.</b> Modelo lógico da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde .....	47
<b>Figura 2.</b> Quadro-resumo dos desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar enfrentados pela instituição de saúde.....	62

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIações**

**Anvisa** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CCIH** – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**IH** – Infecção Hospitalar

**IRAS** – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Mercosul** – Mercado Comum do Cone Sul

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PCIH** – Programa de Controle de Infecção Hospitalar

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1.0 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2.0 OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 OBJETIVO GERAL .....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3.0 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
3.1 A CAUSALIDADE DA INFECÇÃO HOSPITALAR: COMPREENDENDO A SUA ETIOPATOGENESE .....	19
3.2 OS MARCOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DO BRASIL: DOS ANTECEDENTES AOS DIAS ATUAIS .....	23
3.3 AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS NA ARTICULAÇÃO E GESTÃO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR A ÂMBITO INSTITUCIONAL .....	26
3.4 A PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA ÓTICA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UMA QUESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	30
<b>4.0 METODOLOGIA</b> .....	35
4.1 TIPO DO ESTUDO .....	35
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	35
4.3 COLETA DE DADOS .....	36
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	38
4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	39
<b>5.0 RESULTADOS</b> .....	41
5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE .....	41
<b>5.1.1 Ações de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde</b> .....	41
5.1.1.1 Ações imprescindíveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde .....	41
5.1.1.2 Ações necessárias de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde .....	42
5.1.1.3 Ações recomendáveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde .....	45
<b>5.1.2 Modelo lógico da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde</b> .....	46
5.2 OS DESAFIOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ENFRENTADOS PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE .....	48
<b>5.2.1 Os entraves da estrutura institucional para a prevenção e controle de infecção hospitalar</b> .....	48
5.2.1.1 A inadequação da estrutura física para a prevenção e controle de infecção hospitalar .....	48
5.2.1.2 A descontinuidade do abastecimento de insumos e recursos materiais .....	49

5.2.1.3 O déficit de recursos humanos e a sobrecarga dos profissionais de saúde..	50
5.2.1.4 A falta de um financiamento específico para a prevenção e controle de infecção hospitalar .....	51
5.2.1.5 A inadequação da estrutura organizacional da assistência farmacêutica para o controle sistemático do uso de antimicrobianos .....	51
<b>5.2.2 A responsabilidade não compartilhada da prevenção e controle de infecção hospitalar: todos são controladores de infecção hospitalar .....</b>	<b>52</b>
5.2.2.1 A falta de conscientização e comprometimento do profissional de saúde como controlador de infecção hospitalar .....	53
5.2.2.2 A desvalorização do papel do serviço de prevenção e controle de infecção hospitalar.....	53
5.2.2.3 A falta de padronização da conduta dos profissionais de saúde frente às medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar.....	54
5.2.2.4 A adesão dos profissionais de saúde as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar pautada pelo risco .....	54
5.2.2.5 O despreparo e desconhecimento do profissional de saúde frente à prevenção e controle de infecção hospitalar em decorrência da má formação e capacitação profissional .....	55
5.2.2.6 A baixa adesão à educação continuada em saúde voltada para a prevenção e controle de infecção hospitalar.....	56
5.2.2.7 A ausência de parte da carga horária dos profissionais de saúde destinada para a educação continuada em saúde .....	57
5.2.2.8 A falta de efetividade das estratégias de educação continuada em saúde ...	57
5.2.2.9 O desconhecimento e a falta de conscientização do usuário dos serviços de saúde sobre seu papel na prevenção e controle de infecção hospitalar .....	58
<b>5.2.3 As lacunas da rede interinstitucional de saúde para a prevenção e controle de infecção hospitalar .....</b>	<b>59</b>
5.2.3.1 A falta de articulação e comunicação entre as instituições de saúde.....	59
5.2.3.2 A má gestão da informação sobre a situação da prevenção e controle de infecção hospitalar das instituições de saúde .....	60
<b>5.2.4 As limitações do arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar.....</b>	<b>60</b>
5.2.4.1 A inadequação da legislação vigente no Brasil sobre prevenção e controle de infecção hospitalar .....	60
5.2.4.2 A ausência de uma política pública de prevenção e controle de infecção hospitalar.....	61
<b>6.0 DISCUSSÃO .....</b>	<b>63</b>
<b>7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>90</b>

## 1.0 INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença-cuidado é compreendido de forma complexa e multicausal, onde os sistemas de saúde têm se organizado de forma diferenciada entre os países conforme suas realidades. Entretanto, apesar das diferenças, considera-se que no âmbito geral, esses sistemas têm os objetivos comuns de restaurar, proteger e promover a saúde da população (BISPO JÚNIOR; MESSIAS, 2005).

Partindo desse pressuposto, um dos pilares de um sistema de saúde que visa atingir esses objetivos é o da vigilância em saúde que tem por finalidade a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2010).

O campo da vigilância em saúde se constitui de componentes, dentre os quais estão: a vigilância epidemiológica, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2010).

Dentre esses componentes, está a vigilância sanitária que é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 2010).

O controle da prestação de serviços de interesse da saúde abarca tanto serviços que tem relação direta ou indireta com a saúde. Em relação aos serviços que tem relação direta com a saúde, estão as instituições que prestam assistência à saúde. Essa assistência pode ser prestada em estabelecimentos que compreendem desde instituições altamente equipadas tecnologicamente até unidades de atenção primária unicamente com serviços básicos (WHO, 2002). Mas, independente da complexidade das instituições e serviço prestados, de maneira geral, um serviço de saúde deve ter por objetivo, prestar assistência à indivíduos da população seja na prevenção, no tratamento, recuperação e/ou na reabilitação de um agravo em saúde (BRASIL, 2011).

Entretanto, embora a assistência à saúde tenha por objetivo a prevenção, tratamento, recuperação e/ou reabilitação de um agravo em saúde, a mesma pode apresentar riscos relacionados à assistência prestada ocasionando, por exemplo, efeitos iatrogênicos<sup>1</sup>. Nessa perspectiva, um importante evento adverso relacionado à assistência à saúde presente na sociedade desde os primórdios da institucionalização do cuidado humano, é o referente à infecção hospitalar (IH), denominada atualmente como infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS)<sup>2</sup>.

A infecção hospitalar consiste num processo infeccioso ocasionado por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro, iniciado após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, incluindo as infecções ocupacionais adquiridas pelos profissionais da instituição (BRASIL, 1998; WHO, 2002; ZANON, 2009).

A problemática da infecção hospitalar é considerada de alta relevância para o cenário da saúde pública mundial, pois, o risco de adquirir infecção hospitalar é universal e permeia todas as instalações de cuidados de saúde e sistemas de todo o mundo, sendo que, embora sua carga global exata seja desconhecida, com base em estimativas considera-se que cerca de 1,4 milhão de infecções ocorrem por ano, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sendo que em média, de 5% a 15% de todos os pacientes internados desenvolvem infecção hospitalar (WHO, 2002; 2009a).

Além de sua alta carga para os sistemas de saúde pública, a infecção hospitalar representa um grave problema, pois, o seu acometimento não só eleva as taxas de morbidade e mortalidade, sendo considerada uma das principais causas de mortalidade relacionadas à assistência à saúde, como, também, ampliam o tempo

---

<sup>1</sup>Efeitos iatrogênicos se referem a iatrogenia que diz respeito a um fenômeno que consiste num resultado negativo em decorrência da prática médica-assistencial (TAVARES, 2007).

<sup>2</sup>A denominação tradicional “infecção hospitalar” ainda hoje utilizada, já não contempla a ampla gama de serviços assistenciais extra-hospitalares nos quais algum tipo de intervenção invasiva é praticado. Além disso, ignora o fato de que mesmo processos terapêuticos aparentemente não invasivos e largamente praticados ambulatorialmente, como a administração oral de antibióticos, são capazes de romper o equilíbrio biológico existente entre o ser humano e sua microbiota, gerando, eventualmente, consequências danosas àquele. Assim, a terminologia – infecção relacionada à assistência à saúde – busca expressar de modo conceitualmente mais adequado o fenômeno que denomina (GALVANESE, 2010). Mesmo assim, pela origem histórica do termo e pelo seu uso ainda constante nos dias atuais pelas produções científicas, nesse estudo será usado o termo “infecção hospitalar”. Mas fica, desde já, consignada a ressalva.

de permanência dos pacientes nos hospitais, com o conseqüente aumento do custo do tratamento e redução na rotatividade do uso de leitos hospitalares (ANDRADE; ANGERAMI, 1999; FERNANDES, 2000; OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009; WHO, 2002).

Portanto, frente aos impactos causados pela infecção hospitalar, essa se mostra como uma problemática intrínseca aos sistemas de saúde, e que, portanto, torna-se imprescindível a instituição de ações de prevenção e controle para o enfretamento dessa problemática, a fim de desenvolver meios adequados, para a máxima redução possível de sua incidência e gravidade, para que, como Bispo Júnior e Messias (2005) ressaltam, os sistemas de saúde possam garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde das suas populações.

Nessa lógica, o surgimento das primeiras práticas de prevenção e controle dessas infecções se deu com a reorganização do hospital, quando deixou de ser um local de assistência aos pobres, para um local de cura e de medicalização, a partir do século XVIII, na emergência do capitalismo e desenvolvimento do modelo clínico de assistência, e desde então essas práticas vêm sofrendo várias mudanças no decorrer do tempo conforme o modelo de saúde-doença vigente em cada período da história (LACERDA; EGRY, 1997).

Dentre os principais precursores das práticas de prevenção e controle de infecção hospitalar estão: Oliver Holmes que identificou a transmissão de infecções cruzadas pelas mãos dos profissionais de saúde; Ignaz Semelweis que instituiu o ato da lavagem das mãos; Florence Nightingale que desvendou a importância da limpeza ambiental e da epidemiologia para o controle e prevenção das doenças; Louis Pasteur que mostrou ser possível controlar a ação dos micro-organismos por meio de técnicas de desinfecção e esterilização; Joseph Lister que ressaltou a importância da anti-sepsia, revolucionando a prática cirúrgica; William Halstedt que preconizou o uso de luvas cirúrgicas, dentre vários outros (COUTO; CARDOSO; PEDROSA, 2009; FERNANDES, 2000).

Mas, foi somente na era dos antibióticos que veio se dar a real importância do estabelecimento de ações de prevenção e controle das infecções hospitalares. O surgimento dos antimicrobianos teve grande impacto para o cenário da infecção hospitalar, pois, a introdução dessas drogas no seu combate gerou grande expectativa para a resolução definitiva dessa problemática. Entretanto, com o crescente uso irracional dos antimicrobianos, logo foi constatado o surgimento da

resistência microbiana, acarretando falhas dessa estratégia profilática e um aumento crescente na mortalidade dos pacientes infectados, fazendo com que infecção hospitalar passasse a ser reconhecida com um problema de saúde pública mundial (COUTO; CARDOSO; PEDROSA, 2009; FERNANDES, 2000).

Dessa forma, segundo Santos (2006), paradoxalmente, foi somente diante da resistência microbiana aos antibióticos que os profissionais de saúde, administradores hospitalares e autoridades governamentais passaram a reconhecer a importância da necessidade de medidas de prevenção e controle das infecções adquiridas durante a hospitalização, reconhecimento esse que influenciou profundamente a estruturação de controle de infecções e a forma com que cada país se organizou para responder ao problema da infecção hospitalar.

Portanto, tornou-se cada vez mais evidente a necessidade de uma mobilização mundial na prevenção e controle de infecção hospitalar, que começou a ser fomentada no início dos anos 50 e desde então, vem ocorrendo uma sucessão de avanços pelo mundo que contribuíram e contribuem para as práticas de prevenção e controle de infecção hospitalar (FERNANDES, 2000).

Além de que, nos últimos anos, devido a infecção hospitalar representar um dos principais eventos adversos a assistência à saúde, a questão da sua prevenção e controle vem se tornando uma das principais questões e prioridades na discussão do movimento internacional da segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde, sendo preconizada uma série de iniciativas e medidas para o fomento da prevenção e controle desse agravo, na busca contínua de melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente (KAWAGOE; GONÇALVES, 2013; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Porém, apesar de todos os avanços na prevenção e controle de infecção hospitalar no mundo até o momento, o que se observa na prática é que existem grandes dificuldades e desafios na prevenção e controle dessas infecções, principalmente por parte das instituições de saúde (AZAMBUJA; PIRES; VAZ, 2004; GIUNTA; LACERDA, 2006; OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Sendo assim, a partir do exposto no panorama sobre infecção hospitalar e suas implicações, tornou-se evidente de que, mesmo a infecção hospitalar existir desde os primórdios da institucionalização do cuidado humano e ter ocorrido uma série de avanços necessários nas suas práticas de prevenção e controle, ainda

existem grandes desafios nesse processo, e que, portanto, frente a isso, levantou-se o questionamento de o porquê se constata que ainda há desafios nesse processo.

Embora o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar compõe parcela em todas as esferas na gestão de sistema de saúde (municipal, estadual e federal), as principais atividades e ações de prevenção e controle de infecção hospitalar devem ser concentradas no âmbito institucional, ou seja, no contexto das instituições que prestam assistência à saúde, pois, é no contexto dessas instituições que se dá a prestação da assistência à saúde diretamente, e que, portanto, é nesse âmbito que os riscos de ser acometido por infecção hospitalar se agravam (ANVISA, 2000; AZAMBUJA; PIRES; VAZ, 2004; WHO, 2002).

Portanto, frente ao questionamento levantado, esse estudo buscou discutir sobre os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar a âmbito institucional, a partir da análise do cenário de uma instituição de saúde brasileira pública localizada na unidade federativa do Distrito Federal, sendo que, optou-se por uma instituição brasileira, pois no contexto brasileiro, a questão dos desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar, também permeia pelo cenário brasileiro, uma vez que, a maioria dos hospitais brasileiros e mesmo os gestores públicos de saúde enfrentam dificuldades na prevenção e controle de infecção hospitalar (SANTOS, 2006).

Além de que, se discutir essa questão no contexto brasileiro, se torna de grande relevância, pois, como bem ressaltado por Santos (2006), o conhecimento sobre o cenário da prevenção e controle de infecção hospitalar no Brasil, analisando às diferentes realidades regionais e o contexto da saúde como um todo, é fundamental para a racionalização e o direcionamento de recursos e esforços para a efetiva redução em sua frequência e gravidade.

## **2.0 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Discutir sobre os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar a âmbito institucional, a partir da análise do cenário atual de uma instituição de saúde brasileira pública localizada na unidade federativa do Distrito Federal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar um diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde a partir da legislação vigente no Brasil.
- Descrever os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar enfrentados pela instituição de saúde.

### 3.0 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A CAUSALIDADE DA INFECÇÃO HOSPITALAR: COMPREENDENDO A SUA ETIOPATOGÊNESE

A compreensão da dinâmica de acometimento de infecção hospitalar vem evoluindo desde a sua origem na Idade Média com a institucionalização do cuidado humano, mostrando uma sucessão de mudanças em sua causalidade conforme a evolução das concepções dominantes sobre o processo saúde-doença na sociedade ocidental e as formas de inserção e de intervenção nos serviços de saúde (LACERDA; EGRY, 1997).

Todo ser humano possui mecanismos de defesa para permanecer saudável. No entanto, ainda assim se apresenta suscetível a patógenos (micro-organismos que causam doenças). Existe um equilíbrio delicado entre os sistemas de defesa do ser humano e os mecanismos patogênicos dos micro-organismos. Quando esses sistemas de defesa resistem a esta capacidade patogênica, o ser humano se mantém saudável. Contudo, quando as capacidades patogênicas dominam as defesas, o resultado é o surgimento de uma doença (TORTORA; FUNKE; CASE, 2012).

Ou seja, quando o organismo do paciente está em homeostase, os micro-organismos dificilmente ocasionam um processo infeccioso, entretanto, quando há um desequilíbrio dessa relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro, esses micro-organismos frente a esse desequilíbrio se mostram com alto potencial de desenvolver um processo infeccioso (ZANON, 2009).

Nessa perspectiva, embora a visão sobre sua causalidade tenha sofrido mudanças no decorrer do tempo, desde o seu surgimento, a infecção hospitalar consiste num processo infeccioso ocasionado por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro, iniciado após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, sendo diferenciada de uma infecção comunitária<sup>3</sup>, justamente devido ser constatada evidência clínica ou laboratorial de infecção só

---

<sup>3</sup>A infecção comunitária é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital (ZANON, 2009).

após a admissão do paciente e não no ato da admissão como a comunitária (ZANON, 2009).

O acometimento da infecção hospitalar possui duas origens, a endógena (causadas por micro-organismos da flora do paciente, em consequência da própria doença ou pela agressão diagnóstica e terapêutica a que o paciente foi submetido), e a exógena (causadas por agentes procedentes de fontes externas ao paciente ambiente através do ar, da água, dos alimentos, das mãos, dos artigos hospitalares ou medicamentos). É consenso, de que atualmente as infecções de origem endógena representam cerca 70% a 80% do total de infecções hospitalares adquiridas (FERNANDES, 2000), além disso, as infecções hospitalares podem se apresentar de forma endêmica ou epidêmica, sendo as infecções endêmicas as de maior prevalência (WHO, 2002).

Em relação aos seus agentes causadores, a infecção hospitalar pode ser causada por bactérias, vírus, fungos e protozoários, entretanto, os principais micro-organismos envolvidos no seu acometimento são as bactérias, em geral gram-negativas e resistentes a antimicrobianos, além de que, as infecções ocasionadas por vírus e fungos atualmente possuem alta prevalência no cenário de acometimento da infecção hospitalar (FERNANDES 2000; WHO, 2002; ZANON, 2009).

Dentre os principais tipos de infecção hospitalar, estão às relacionadas ao trato urinário, ao trato respiratório, as de sítio cirúrgico e as relacionadas à corrente sanguínea, geralmente relacionadas a algum dispositivo invasivo, como cateteres e sondas, por exemplo, e procedimentos cirúrgicos (WHO, 2002).

Como visto, a infecção hospitalar se dá por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Esse desequilíbrio pode ser ocasionado por uma série de fatores predisponentes, denominados de fatores de risco. Sendo assim, em relação a infecção hospitalar existem fatores de risco intrínsecos (aquele risco que possui características relacionadas, especificamente, ao paciente/hospedeiro, ou seja, tipo e gravidade da doença de base, condição nutricional, idade, uso de drogas imunossupressoras, dentre outras) e extrínsecos (aquele risco relacionado ao meio ambiente inanimado (superfícies, artigos médico-hospitalares ou equipamentos), agressões ao hospedeiro (procedimentos invasivos), e a qualidade do cuidado dispensado ao paciente pela equipe) (ANDRADE; ANGERAMI, 1999).

Além dessa classificação em intrínseco e extrínseco, uma classificação que vem sendo bastante utilizada, considera que os fatores de risco relacionados com a infecção hospitalar podem ser (ANVISA, 2000; KAWAGOE; GONÇALVES, 2013):

- Inerentes ao próprio paciente: fatores de risco relacionados a alterações de aspectos estruturais e funcionais do organismo que diminuem a resistência ou aumentam a susceptibilidade a infecções e que decorrem da patologia básica do paciente, da causa de internação, e da própria hospitalização, tais como idade, estado nutricional, neoplasias, alterações bioquímicas e metabólicas, cardiopatias congênitas, queimaduras, doenças hematopóéticas, diabetes, insuficiência renal, hepatopatias, entre outros;
- Inerentes à agressão diagnóstica e terapêutica: fatores de risco relacionados ao emprego de procedimentos invasivos de diagnóstico e terapêutica favorecendo a transmissão e/ou diminuindo a resistência; a realização de cirurgias de grande porte e/ou longa duração e falhas técnicas, relacionadas com quebra de resistência e/ou aumento de susceptibilidade e a administração de corticosteróides, citostáticos e imunodepressores bem como o uso de radiação;
- Inerentes ao ambiente hospitalar: fatores de risco relacionados a alteração na ecologia microbiana hospitalar com seleção de micro-organismos multirresistentes, que são transmitidos aos doentes através das mãos, dos medicamentos, germicidas, alimentos, equipamentos hospitalares, também pelo grande número de pessoas manipulando o paciente, falhas na esterilização, desinfecção, procedimentos técnicos incorretos, planta física e sistema de ventilação inadequados.

Como a infecção hospitalar decorre principalmente da susceptibilidade do paciente, considera-se que existem pacientes com maior risco de ser acometido, devido terem sua imunidade debilitada, chamados de pacientes críticos, dentre os quais estão: recém-nascidos, pacientes com neoplasias malignas, aidéticos, diabéticos, acidentados com traumas, receptores de órgãos, idosos, entre outros, e que portanto, os setores de risco de uma instituição de saúde, como por exemplo, berçários e UTIs, onde prestam assistência a esses pacientes de maior risco, são os lugares mais propícios de um paciente ser acometido por infecção hospitalar (ZANON, 2009).

Apesar de todos esses fatores de risco serem potenciais contribuintes, Turrini e Santo (2002) destacam os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, e o aparecimento de micro-organismos multirresistentes aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar como os principais responsáveis pela infecção hospitalar permanecer entre os mais prevalentes eventos adversos que acometem pacientes durante o cuidado assistencial-hospitalar até os dias atuais.

Além de que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), além desses fatores, a idade avançada dos pacientes internados em ambientes de cuidados a saúde e a maior prevalência de doenças crônicas na sociedade, em um futuro próximo, constituirão risco constante de acometimento da infecção hospitalar (WHO, 2002).

Logo, conclui-se que os riscos de acometimento de uma infecção hospitalar permeiam a prestação da assistência à saúde, riscos esses intensificados pelo tipo de paciente e a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, principalmente aqueles mais invasivos e que mobilizam tecidos mais colonizados de acometimento (WHO, 2002).

Dessa forma, devido os seus fatores de causalidade, o acometimento da infecção hospitalar não poder ser eliminado, mas, se por um lado esse risco não pode ser eliminado, a sua prevenção e controle é possível (GALVANESE, 2010), pois, considera-se, que algumas infecções hospitalares são preveníveis, por meio do estabelecimento de medidas reconhecidamente eficazes que atuam no processo de acometimento desse agravo (PEREIRA et al., 2005) sendo que, segundo Smeltzer e Bare (2002) estima-se que aproximadamente um terço de todas as infecções podem ser evitadas com medidas de prevenção e controle.

Portanto, frente a infecção hospitalar como uma problemática intrínseca aos serviços de saúde, embora não seja possível eliminar seus riscos de acometimento, torna-se imprescindível a instituição de ações de prevenção e controle para o seu enfrentamento, a fim de desenvolver meios adequados, que consigam a máxima redução possível de sua incidência e gravidade, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde da população assistida nos serviços de saúde.

### **3.2 OS MARCOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DO BRASIL: DOS ANTECEDENTES AOS DIAS ATUAIS**

No cenário histórico do Brasil, as primeiras referências ao controle da “contaminação hospitalar”, termo utilizado na época referente a infecção hospitalar, surgiram na década de 50, com questionamentos quanto a medidas ambientais, práticas relacionadas aos procedimentos invasivos como as técnicas assépticas, processos de esterilização de material hospitalar e o aparecimento de micro-organismos resistentes pelo uso indiscriminado de antibióticos (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Só a partir de 1968, e principalmente durante os anos 70, que surgiram as primeiras comissões de controle de infecção hospitalar do país, que eram vinculadas a instituições de ensino inicialmente, e posteriormente por volta de 1976, a criação de comissões de infecção hospitalar se estenderam aos hospitais da rede previdenciária a partir da determinação do governo de caráter obrigatório da criação dessas comissões nesses hospitais, mas, a medida não causou grande impacto pela falta de fiscalização (FERNANDES, 2000; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Esse cenário é confirmado por Lacerda (2002), que ao fazer uma análise sobre a produção científica no Brasil relacionada a infecção hospitalar, constatou que nas décadas de 50 e 60 a produção se mostrou pífia, sendo que na década 70 ela cresce consideravelmente, entretanto, só atinge seu ápice na década de 80, onde a infecção hospitalar se torna uma preocupação emergente no país ganhando grande repercussão na mídia em tons catastróficos evidenciando uma constatação generalizada da gravidade do problema, com acusações dos vários setores da sociedade: usuários, profissionais da saúde, donos de hospitais, etc.

Dessa forma, frente a essa grande repercussão, a década de 80 se apresenta como o estopim no movimento da prevenção e controle de infecção hospitalar no Brasil, onde houve uma maior conscientização por parte dos gestores e profissionais de saúde a respeito do tema, e começaram a ser criadas várias comissões de controle de infecção hospitalar nos hospitais (FERNANDES, 2000; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Sendo assim, é nessa década, que devido a pressão midiática, o Estado Brasileiro reconhece a importância da problemática e toma a frente da questão, publicando por meio do Ministério da Saúde (MS) a Portaria nº 196 de 24 de junho

de 1983, que recomendava a implantação de uma comissão de prevenção e controle de infecção hospitalar (CCIH) em todos os hospitais do país, independentemente da natureza da entidade mantenedora (COUTO; CARDOSO; PEDROSA, 2009), que segundo Santos (2006), representa o começo da oficialização do modelo brasileiro para a prevenção e controle das infecções relacionadas à atenção à saúde no Brasil.

Entretanto, apesar desse marco, a prevenção e controle de infecção hospitalar só ganhou proporção nacional com a morte do recém-eleito Presidente da República, Tancredo Neves, em 1985, por septicemia devido a uma infecção pós-cirúrgica, que causou grande repercussão nacional, contribuindo para desenvolvimento de ações e projetos que mudassem o panorama e os rumos do controle de infecção no país (OLIVEIRA; MARUYAMA 2008).

Dessa forma, em 1987, foi constituída, em nível nacional, uma comissão de controle de infecção hospitalar, com representações de vários estados e, em 6 de abril de 1988, a Portaria nº 232 criou o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, que em 1990, transformou-se em Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, por meio da Portaria nº 666, de 17 de maio de 1990 (ANVISA, 2004; COUTO; CARDOSO; PEDROSA, 2009).

Sendo assim, esse programa desenvolveu diversas ações como o levantamento das instituições brasileiras que já tinham CCIH operacionalizadas, capacitação de multiplicadores, intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais de saúde, elaboração de manuais e normas técnicas, entre outros (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

De início esse programa teve êxito, entretanto, a década de 90 foi marcada por um progressivo desgaste nesse programa, desgaste esse, favorecido pela política de descentralização das ações de saúde, preconizada pela nova ótica do sistema de saúde brasileiro recém-instituído, provocando a fragmentação e dispersão das bases de apoio em controle de infecção hospitalar do Ministério da Saúde (FERNANDES, 2000; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Como medida para contornar essa fragmentação, em 27 de agosto de 1992, a Portaria nº 196 foi substituída pela Portaria nº 930, do Ministério da Saúde, que determinava que todos os hospitais deveriam manter um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), definido como o conjunto de ações sistemáticas que

visam à redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções hospitalares (COUTO; CARDOSO; PEDROSA, 2009).

Dentre os principais avanços, a portaria definiu a estrutura de funcionamento e áreas de competência, além de detalhar, em seus anexos, os conceitos e critérios para o diagnóstico de infecção hospitalar, a classificação das cirurgias quanto ao potencial de contaminação, a vigilância epidemiológica, preconizando a busca ativa dos casos, além de normas para limpeza, desinfecção, esterilização e anti-sepsia (ANVISA, 2004). Entretanto, mesmo com a publicação dessa portaria e dos avanços trazidos com ela para a prevenção e controle de infecção hospitalar, segundo Fernandes (2000), o enfraquecimento do movimento nacional permaneceu.

Ainda na década de 90, tramitava em votação um projeto de lei que tornava obrigatório o controle de infecção hospitalar, confirmando as principais recomendações da Portaria nº 930, e após quase uma década da publicação da portaria nº 930, em 1997 foi aprovada a Lei Federal nº 9.431, que está em vigor até os dias atuais, que determina a obrigatoriedade de manutenção de Programas de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país, entretanto, para surpresa de muitos, os principais artigos da lei, principalmente o que instituiu o serviço de controle de infecção e a busca ativa de casos, foram vetados pela Presidência da República, mantendo apenas a obrigatoriedade da CCIH e do PCIH (ANVISA, 2004; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Com o objetivo de adequar a antiga regulamentação ministerial às novas determinações da Lei Federal, o Ministério da Saúde, em 1998 publicou a Portaria MS nº 2.616, substituindo a portaria nº 930, trazendo uma série de mudanças importantes para o fomento da prevenção e controle de infecção hospitalar (FERNANDES, 2000; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

A portaria trata da organização e competências da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH); estabelece os conceitos e critérios diagnósticos das Infecções Hospitalares; dá orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores; faz recomendações sobre a higiene das mãos assim como uma série de recomendações relativas ao uso de germicidas, microbiologia, lavanderia e farmácia, Outro aspecto importante dessa medida é a atribuição das competências para a Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde e

para as Coordenações de Controle de Infecção Hospitalar Estaduais, Distritais e Municipais (ANVISA, 2004; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Outro fato importante da década de 90 foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999. Até então, a questão da prevenção e controle de infecção hospitalar no país estava sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e por meio da Portaria nº 1.241, transferiu essa responsabilidade para a Anvisa por entender a importância da associação dessa questão com as ações de vigilância sanitária de serviços de saúde. Portanto, a articulação governamental nacional do Brasil em relação a questão da prevenção e controle de infecção hospitalar, atualmente é de responsabilidade da Anvisa, que desde então, vem desenvolvendo uma série de medidas visando a prevenção e controle de infecção hospitalar, tais como cursos, estudos, publicações, manuais, protocolos, entre outras (ANVISA 2013; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

### **3.3 AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS NA ARTICULAÇÃO E GESTÃO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR A ÂMBITO INSTITUCIONAL**

Como visto, algumas infecções hospitalares são consideradas preveníveis através da adoção de ações e medidas reconhecidamente eficazes como, por exemplo, a correta higienização das mãos, o processamento dos artigos e superfícies, a utilização dos equipamentos de proteção individual, a observação das medidas de assepsia, o isolamento de pacientes, o uso racional de antimicrobianos, entre várias outras (FERNANDES, 2000; PEREIRA et al., 2005).

Dessa forma, na perspectiva da infecção hospitalar, considera-se que sua prevenção e controle não se referem ao simples monitoramento ou acompanhamento clínico dos casos individuais de infecção, mas sim ao conjunto de medidas, voltadas não apenas a proteção individual do paciente, mas que almeje a redução máxima possível da incidência e da gravidade de tal evento (ANVISA, 2000).

Para isso, uma estratégia reconhecida mundialmente e necessária para articular as ações relativas à prevenção e controle de infecção hospitalar é a instituição de um programa de controle de infecção hospitalar (PCIH), seja a âmbito nacional, regional ou institucional (WHO, 2002; 2010).

Dessa forma, é imprescindível, que tanto as autoridades governamentais quanto as instituições de saúde, instituíam um PCIH, que tenha a responsabilidade de estabelecer as políticas, objetivos, ações e bases legais e científicas para a articulação da prevenção e controle das infecções hospitalares (OPAS, 2010).

De maneira geral, a OMS, preconiza que os componentes essenciais de um PCIH são os mesmos entre os de âmbito nacional e institucional, dentre os quais estão: organização; guias técnicos; recursos humanos capacitados; vigilância das infecções hospitalares; avaliação da adesão às recomendações internacionais; o apoio de laboratórios de microbiologia; o meio ambiente; avaliação dos programas; e o trabalho conjunto com a saúde pública e outros serviços (OPAS, 2010; WHO, 2010). Mas, como esse estudo trata em específico da prevenção e controle de infecção hospitalar em âmbito institucional, o enfoque da exposição a seguir se dará nessa perspectiva.

Portanto, diante da importância da instituição de PCIH como estratégia de articulação das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar, vários países pelo mundo tem promovido o incentivo a instituição desses programas, assim como no Brasil, que como visto no tópico anterior sobre os marcos na prevenção e controle de infecção hospitalar, desde 1997, com a instituição da Lei Federal nº 9.431, todos os hospitais do Brasil são obrigados a manter um programa de controle de infecção hospitalar (FERNANDES, 2000) programa esse considerado como “o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (BRASIL, 1997).

Um PCIH, com base no preconizado pela portaria MS nº 2.616 (BRASIL, 1998), deve contemplar, no mínimo, ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente relativas à:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

Pode-se concluir, portanto, que um PCIH, deve se fundamentar na articulação de ações referentes a esses quatro pilares descritos, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Sendo assim, como auxílio na gestão da prevenção e controle de infecção hospitalar, para a adequada execução do PCIH, é necessário a instituição de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), comissão essa, preconizada desde o início dos esforços na prevenção e controle de infecção hospitalar no mundo (COUTO; CARDOSO; PEDROSA, 2009; FERNANDES, 2000).

A administração das instituições de saúde recebe apoio de várias comissões em assuntos específicos de ordem ética, técnica, ou mesmo administrativa (FERNANDES, 2000). Dessa forma, a CCIH representa um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar como bem colocado pela legislação vigente no Brasil (BRASIL, 1997; 1998).

Segundo a portaria MS nº 2.616 (BRASIL, 1998) os membros da CCIH se dividem em consultores e executores. Os membros consultores podem ser representantes, dos seguintes serviços: serviço médico; serviço de enfermagem; serviço de farmácia; laboratório de microbiologia e administração. Em relação, aos membros executores, esses devem ser os encarregados de executarem todas as ações previstas no PCIH, e contemplam profissionais de nível superior da área de saúde, onde um deles deve ser preferencialmente um enfermeiro, sendo que o número de membros deve corresponder ao número de leitos da instituição.

Considera-se que os membros de uma CCIH, são os principais atores na gestão da prevenção e controle de infecção hospitalar em uma instituição de saúde, sendo, portanto, imprescindível a instituição de uma CCIH, pois além de ser responsável por elaborar, implementar, manter e avaliar um PCIH, possui uma série de competências essenciais para realizar a gestão da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição. Dentre as quais estão (BRASIL, 1998):

- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Sendo assim, frente a importância da instituição de um PCIH coordenado por uma CCIH, essas, representam estratégias primordiais para fazer uma gestão efetiva da prevenção e controle de infecção hospitalar nas instituições de saúde, além de que, segundo Pedrosa et al. (2009) diversos estudos têm demonstrado que é bastante favorável o custo/benefício de ter um PCIH assim como uma CCIH, entretanto, verifica-se que muitas instituições mantêm um PCIH e CCIH apenas por mera obrigação de exigências legais, não os implementando de forma efetiva de fato.

Portanto, não basta a simples instituição dessas estratégias, mas, que essas estratégias sejam implementadas e desenvolvidas de forma que trabalhem como um gerenciador de qualidade dos processos envolvidos na assistência médico-hospitalar, e não somente como um mero cumpridor de exigências legais.

### **3.4 A PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA ÓTICA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UMA QUESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Nos últimos anos, tem se apresentado um interesse crescente pela qualidade em todos os setores, sendo algo bastante notável na área da saúde, fazendo com que a questão da qualidade na assistência à saúde venha ganhando grande espaço na agenda mundial de saúde pública (GAMA; SATURNO, 2013).

Montserrat-capella, Cho e Lima (2013), ressaltam que todo indivíduo, ao recorrer um serviço de saúde, tem o direito de receber uma assistência à saúde de qualidade, onde os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura, que seja capaz de garantir a satisfação do paciente em todo o processo. Entretanto, verifica-se que existem situações na prestação da assistência à saúde onde ocorrem erros ou falhas, evidenciando lacunas na qualidade da assistência à saúde (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

Logo, considera-se que essas situações na assistência em saúde vão de encontro aos princípios de um serviço de saúde de melhorar, curar, tratar os indivíduos que o recorrem, pois, podem resultar em efeitos contrários ao desejado, piorando a condição de saúde dos indivíduos que carecem de cuidado, contribuindo negativamente com o funcionamento e o equilíbrio da qualidade da assistência à saúde (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

A qualidade na assistência à saúde é considerada como o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e se constitui de uma série de atributos tais como: segurança, efetividade, eficiência, equidade, entre outras (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

Dentre esses atributos, o da segurança, é considerado como a ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde. Dessa forma, a segurança do paciente é vista como um conjunto de estratégias/intervenções capazes de prevenir/reduzir o risco de dano ao paciente decorrente do cuidado de saúde a fim de evitar essas situações na assistência à saúde (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Logo, a segurança se apresenta como um princípio fundamental da assistência ao paciente e um componente crítico da gestão da qualidade, e sua melhoria exige um sistema complexo de amplo esforço, envolvendo uma ampla gama de ações na melhoria de desempenho, requerendo uma abordagem abrangente e multifacetada para identificar e gerenciar riscos reais e potenciais ao paciente a fim de garantir a segurança em serviços individuais e encontrar soluções gerais de longo prazo para o sistema como um todo (WHO, 2004).

Vários estudos vêm evidenciando o aumento crescente dessas situações na prestação da assistência à saúde, fazendo com que nos últimos anos, o atributo da segurança do paciente venha sendo considerado como prioritário pelos sistemas de saúde de todo o mundo no cenário da qualidade da assistência à saúde (GAMA; SATURNO, 2013).

Os erros ou falhas na prestação da assistência à saúde são denominados incidentes, que podem ou não causar dano ao paciente, sendo que, o incidente que resulta num dano ou lesão ao paciente é denominado de evento adverso<sup>4</sup>, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

São vários os tipos de complexidades de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, entretanto, independente do tipo ou complexidade, de maneira

---

<sup>4</sup>Segundo Amaya (2009), para existir um evento adverso é necessário três elementos: existir um dano ao paciente, não ter a intencionalidade por parte da equipe de saúde e/ou instituição de saúde de provocar o dano ao paciente e o dano deve ser causado pela assistência a saúde e não pela patologia de base. Dessa forma, de forma sintética, um evento adverso é uma lesão ou dano não intencional causado ao paciente pela intervenção assistencial e não pela patologia de base.

geral, esses eventos representam uma importante fonte de morbidade e mortalidade no cenário mundial, afetando países de todos os níveis de desenvolvimento, e embora as estimativas do tamanho do problema sejam imprecisas, é provável que milhões de pessoas sofram lesões ou até mesmo morte diretamente atribuíveis às falhas decorrentes da assistência à saúde (WHO, 2008; 2009b).

Entretanto, embora, a importância para a saúde pública desses eventos vem sendo descrita e estudada há bem mais de um século, o seu reconhecimento só se deu com a publicação pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos em 1999 do relatório intitulado “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, que apontou a gravidade dos problemas de segurança envolvidos nos cuidados de saúde e colocou este tema na pauta da OMS e das políticas de saúde de diversos países, e desde então, vem sendo fomentado um movimento internacional pela implementação de várias medidas voltadas para a segurança do paciente com foco nos eventos adversos relacionados à assistência à saúde, tendo como marco principal a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004 pela OMS, com o objetivo de liderar no âmbito internacional as iniciativas e programas de segurança do paciente (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

Os eventos relacionados à assistência à saúde de maior importância são os relacionados à: identificação do paciente; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; medicamentos; procedimentos cirúrgicos; quedas de pacientes; a úlceras por pressão; infecções em serviços de saúde e uso de dispositivos para a saúde (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

Dentre esses, encontram-se os eventos relacionados às infecções em serviços de saúde, as chamadas infecções hospitalares, que apesar de existirem desde os primórdios da institucionalização do cuidado humano, devido ao movimento internacional da segurança do paciente, a problemática da infecção hospitalar atualmente tem sido considerada como uma das principais preocupações em relação à segurança do paciente (KAWAGOE; GONÇALVES, 2013).

Frente a esse cenário, ao longo dos anos, vêm sendo desenvolvidas inúmeras medidas e iniciativas mundialmente que visem a prevenção e controle das infecções hospitalares na perspectiva da segurança do paciente, dentre as quais se destaca a iniciativa pela Aliança Mundial de Segurança do Paciente, que em 2005, frente a importância da problemática da infecção hospitalar no mundo, instituiu o

primeiro desafio global<sup>5</sup> para a segurança do paciente, intitulado “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, que tinha como objetivo a prevenção das infecções hospitalares, promovendo o desenvolvimento de soluções para melhorar a segurança e reduzir o risco, concentrando-se nas áreas de ação, em particular de mãos limpas; práticas limpas; produtos de limpeza; ambiente limpo e equipamentos limpos, tendo como foco principal a promoção das melhores práticas de higiene das mãos em todos os níveis de cuidados de saúde, a partir da disseminação de um protocolo de higiene das mãos (WHO, 2004).

Além disso, a OMS em parceria com a Comissão Conjunta Internacional (*Joint Commission International*) instituiu Metas Internacionais de Segurança do Paciente, como uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde, sendo a questão da prevenção e redução dos riscos associados às infecções hospitalares uma das metas preconizadas (KAWAGOE; GONÇALVES, 2013).

No contexto do Brasil, assim como o movimento internacional, o país vem estimulando ações com foco na segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, com o intuito de aumentar a adesão às boas práticas a fim de reduzir os riscos decorrentes da assistência à saúde. Dessa forma, desde 2007, o Brasil por meio da Anvisa vem reforçando ações relacionadas à segurança do paciente nos serviços de saúde, tanto como país signatário à Organização Mundial de Saúde, quanto no âmbito do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), em especial após o compromisso assinado pelo Ministro da Saúde do Brasil, no referido ano, levando à participação do país na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (BELLO et al., 2013).

Em relação a prevenção e controle de infecção hospitalar em específico, em 2007, o Brasil, na XXII Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, em conjunto com os países desse bloco, assumiram o compromisso internacional de desenvolver e aplicar os respectivos Planos Nacionais de Segurança do Paciente para atender, não somente a redução do risco a que o paciente está exposto, mas também a questões amplas do direito à saúde. Nessa reunião, os ministros dos Estados-

---

<sup>5</sup>Um dos elementos centrais da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente é a instituição dos desafios globais para a segurança do paciente. Esses desafios têm como objetivo identificar um tópico específico da segurança do paciente para um programa de dois anos de ação, que aborda uma área significativa de risco para a segurança do paciente relevante para todos os países (WHO, 2004).

Membros assinaram a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em apoio ao primeiro desafio global da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que visava a questão da prevenção das infecções hospitalares, e desde então, o Brasil vem articulando a questão da prevenção e controle das infecções hospitalares na perspectiva da segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde (ANVISA, 2011; MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013).

Dessa forma, frente ao exposto, fica evidente a inter-relação entre a ocorrência da infecção hospitalar, a segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde, ampliando a importância de uma problemática, que a muito tempo ficou restrita ao processo de trabalho das comissões de controle de infecção hospitalar. Portanto, o fortalecimento na prevenção e controle da infecção hospitalar se torna imprescindível, onde esforços devem ocorrer para o desenvolvimento de novas estratégias e iniciativas, na busca contínua de melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente (KAWAGOE; GONÇALVES, 2013; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

## **4.0 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DO ESTUDO**

Foi realizado um estudo descritivo de caráter quanti-qualitativo, a fim de analisar o cenário da prevenção e controle de infecção hospitalar de uma instituição de saúde brasileira.

O estudo foi realizado em três etapas, onde as etapas 1 e 2 correspondem a realização do diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde estudada por meio de uma análise documental, e a etapa 3 a apreensão dos desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar enfrentados pela instituição, por meio de uma análise de conteúdo.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado em um Hospital Geral público localizado na unidade federativa do Distrito Federal, de esfera administrativa e gestão estadual, e sua natureza da organização é por administração direta (MS, SES, SMS), sendo vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CNES, 2014).

A instituição presta atendimento ambulatorial, de internação e emergência. Em relação ao atendimento ambulatorial, a instituição oferta as seguintes clínicas básicas: clínica médica, ginecologia e pediatria. Já em relação as clínicas especializadas oferta: Alergologia (alergia/imunologia e alergia pediátrica); Cardiologia (cardiologia); Dermatologia; Endocrinologia; Medicina Física; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Psiquiatria; Acupuntura Geriatria; Homeopatia; Homeopatia Pediátrica e Odontologia (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014).

Em relação à emergência, a instituição oferta os serviços de Clínica Médica e Pediatria. Além disso, atualmente a instituição conta com um Centro de Emergências no Pronto Socorro (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014).

Quanto à internação, a instituição possui leitos apenas na clínica médica e na pediatria, sendo 17 leitos na clínica médica e 17 na pediatria, totalizando 34 leitos

disponíveis para internação, tratando-se, portanto, de um hospital de pequeno porte<sup>6</sup> (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014).

### 4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados do estudo foi realizada no primeiro semestre de 2014 e consistiu em três etapas. As etapas 1 e 2 correspondem à realização do diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde estudada, e a etapa 3 a apreensão dos desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar enfrentados pela instituição.

A Etapa 1 consistiu em identificar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde. Para isso, foi construído um checklist adaptado do roteiro de inspeção de controle de infecção hospitalar desenvolvido pela Anvisa, regulamentado pela RDC nº 48, de 2 de junho de 2000 (BRASIL, 2000) que verifica as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas nas instituições de saúde.

O checklist (APÊNDICE A) é constituído de uma série de itens, onde cada item corresponde a uma ação. Os itens são divididos em três seções, onde cada seção corresponde a uma classificação de tipo de ação de acordo com o grau de risco potencial para a qualidade e segurança do atendimento hospitalar. Sendo assim, as seções são:

- Seção 1 - Ações imprescindíveis de prevenção e controle de infecção hospitalar: essa seção refere-se àquelas ações que podem influir em grau crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.
- Seção 2 – Ações necessárias de prevenção e controle de infecção hospitalar: essa seção refere-se àquelas ações que podem influir em grau menos crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.
- Seção 3 - Ações recomendáveis de prevenção e controle de infecção hospitalar: essa seção refere-se àquelas ações que podem influir em grau não crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.

Para cada item do checklist, deveria ser assinalado “sim” ou “não”, conforme a verificação se a ação é desenvolvida ou não pela instituição.

---

<sup>6</sup> Hospital de pequeno porte é o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos (BRASIL, 2004).

Portanto, para o preenchimento do checklist foi feito uma análise documental (atas, planilhas, relatórios, entre outros) disponibilizada pelo Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH) da instituição referente ao ano de 2013, que apresentassem informações que comprovassem a realização das ações dispostas no checklist. Para isso, foi solicitado ao servidor responsável do NCIH que apontasse em quais documentos e arquivos poderiam ser encontradas as informações desejadas, para otimizar a análise documental.

A análise documental foi realizada no próprio NCIH, em datas e horários previamente acordados com o servidor responsável pelo setor.

A etapa 2, consistiu em construir um modelo lógico em representação gráfica. O modelo lógico contém estrutura, os processos e resultados (DONABEDIAN, 1980) pertinentes a prevenção e controle de infecção hospitalar realizados na instituição, a fim de ilustrar como a instituição de saúde estudada se organiza para enfrentar a problemática da infecção hospitalar.

A construção desse modelo-lógico teve como fundamentação teórica a legislação vigente sobre prevenção e controle de infecção hospitalar no Brasil abrangendo a Lei Federal nº 9.431 (BRASIL, 1997), a portaria do Ministério da Saúde nº 2.616 (BRASIL, 1998) e a RDC nº 48 da Anvisa (BRASIL, 2000).

Após construído, o modelo lógico foi apresentado ao servidor responsável pelo núcleo de controle de infecção hospitalar da instituição para a validação do mesmo. Na validação, foram sugeridas algumas alterações para melhor se adequar a realidade da instituição. Sendo assim, foram feitas as devidas alterações e reapresentado ao servidor responsável que fez a validação final.

A etapa 3 consistiu em descrever os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar enfrentados pela instituição de saúde. Para isso, buscou-se analisar a percepção dos principais atores envolvidos na gestão da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde, que para fins desse estudo, consistiu nos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição, representando um total de 10 sujeitos.

Os critérios de inclusão consistiram em: ser membro da CCIH da instituição de saúde e aceitar a participar do estudo assinando o TCLE e os critérios de exclusão: não querer participar do estudo ou não estar presente no período de coleta dos pelos seguintes motivos: férias, atestado médico ou licença maternidade. Sendo assim, diante dos critérios de inclusão e exclusão a amostra total desse

estudo consistiu em 9 sujeitos, uma vez que 1 sujeito foi excluído da amostra, pois estava de férias no período da coleta de dados.

Como instrumento de coleta para análise da percepção desses sujeitos, foi utilizado o método de entrevista não estruturada. A dinâmica das entrevistas consistiu em cada entrevistado(a) discorrer livremente sobre a questão norteadora “Os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar enfrentados pela instituição de saúde”, e no decorrer de cada entrevista, conforme visto a necessidade de se obter maiores informações e/ou esclarecimentos sobre algum ponto relatado, foram formuladas perguntas e feitas intervenções durante a fala do entrevistado(a).

Todas as entrevistas foram realizadas na própria instituição, em datas e horários previamente acordados com os entrevistados, e gravadas em áudio para posterior análise.

#### **4.4 ANÁLISE DOS DADOS**

Para apresentar as ações desenvolvidas e não desenvolvidas, verificadas pelo checklist aplicado, pela instituição de saúde estudada, foram construídos 3 quadros representativos. Cada quadro é correspondente a uma seção do checklist, onde dispõem das ações desenvolvidas pela instituição de acordo com sua classificação do grau de risco potencial para a qualidade e segurança do atendimento hospitalar.

Para apresentar o modelo lógico construído, foi elaborada uma representação gráfica e para análise dos dados coletados pelas entrevistas realizadas com os membros da CCIH, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade de análise temática (BARDIN, 2009), onde cada entrevista foi transcrita, e a partir da transcrição e análise do conteúdo de todas as entrevistas, foram extraídos trechos das falas dos entrevistados, que foram agrupados por temas e ideias semelhantes em categorias de análise.

Sendo assim, ao final da análise do conteúdo das entrevistas foram formuladas quatro categorias de análise, onde cada categoria dispõe de uma série de desafios apreendidos correspondentes a sua temática, sendo elas:

- Os entraves da estrutura institucional para a prevenção e controle de infecção hospitalar

- A responsabilidade não compartilhada da prevenção e controle de infecção hospitalar: todos são controladores de infecção hospitalar
- As lacunas da rede interinstitucional de saúde para a prevenção e controle de infecção hospitalar
- As limitações do arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar

#### **4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

Para antever algum tipo de exposição negativa da instituição de saúde estudada, optou-se por não ser identificada por seu nome no estudo, sendo referenciada apenas como instituição de saúde, uma vez que a nomeação da instituição não é relevante para o alcance dos objetivos do estudo.

Além disso, tendo em vista que o estudo lidou com entrevistas envolvendo informantes-chaves vinculados a Secretaria de Estado do Distrito Federal, esse estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FEPECS antes de seu início com o propósito de seguir os preceitos éticos e legais relativos a pesquisas que envolvem seres humanos, obedecendo a Resolução nº 466 de dezembro de 2012 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisas) (BRASIL, 2012). Dessa forma, após apreciação pelo CEP submetido, o estudo foi aprovado e liberado para sua realização conforme o parecer de número 670.364.

O presente estudo apresentou risco mínimo aos participantes, fato este que foi evidenciado no ato do convite aos sujeitos de pesquisa e exposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido para os participantes e obtido a assinatura dos sujeitos de pesquisa que, após convite, tiveram o interesse de participar. Foi assegurado que os sujeitos da pesquisa teriam participação voluntária e que os mesmos poderiam retirar sua autorização, (TCLE), à participação na pesquisa a qualquer momento do estudo, sem que sofressem quaisquer prejuízos ou ato discriminatório.

O risco oferecido pelo estudo é o de exposição de informações e pensamentos pessoais, mas foi assegurado e mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitissem identificar os entrevistados na publicação dos resultados. Sendo assim, os mecanismos para reduzir os riscos de exposição dos sujeitos da pesquisa e manutenção da

confidencialidade dos sujeitos foram: a identificação dos entrevistados nos resultados da pesquisa se deu pela utilização da vogal “E”, representativa de entrevistado(a), precedida de um número que variou de um (01) ao número ordinal máximo obtido nas entrevistas. O número que precede a vogal, foi distribuída de forma aleatória em relação a ordem de entrevista a fim de se evitar a identificação pela ordem em qual o sujeito foi entrevistado. Além disso, só tiveram acesso aos áudios gravados nas entrevistas os responsáveis pela pesquisa e as entrevistas foram degravadas em textos, a fim de se evitar uma possível identificação por voz, e também não foram publicadas nos resultados as falas degravadas dos entrevistados que pudessem de alguma maneira identifica-lós, como as que pudessem fazer referência de seus cargos/funções, por exemplo.

## 5.0 RESULTADOS

### 5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

O diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar consiste na descrição das ações desenvolvidas pela instituição de saúde estudada, referentes à prevenção e controle de infecção hospitalar e na apresentação de um modelo lógico da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde estudada, que serão expostos a seguir.

#### 5.1.1 AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DESENVOLVIDAS NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Aqui serão apresentados os quadros representativos de cada seção de categoria presente no checklist aplicado, contendo cada quadro, as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde de acordo com suas respectivas categorias, sendo elas: ações imprescindíveis, ações necessárias e ações recomendáveis.

##### 5.1.1.1 Ações imprescindíveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde

O quadro 1 apresenta quais ações de prevenção e controle de infecção hospitalar classificadas como imprescindíveis são desenvolvidas e quais não são pela instituição de saúde estudada, concluindo que a instituição desenvolve 92,20% (n=12) das ações previstas.

**Quadro 1.** Ações imprescindíveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde

Ação	Sim	Não
Existe CCIH na instituição de saúde	X	
A CCIH está formalmente nomeada	X	
Existe PCIH na instituição de saúde	X	
A CCIH elabora regularmente relatórios contendo dados informativos e indicadores do Controle de Infecção Hospitalar	X	

**Fonte:** elaboração própria.

**Quadro 1.** Ações imprescindíveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde **(continuação)**

<b>Ação</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Existem normas e rotinas, visando limitar disseminação de microorganismos de doenças infecto-contagiosas em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento	X	
Todos os setores da instituição de saúde dispõem de lavatórios com água corrente, sabão e ou anti-séptico e papel toalha, para a lavagem das mãos dos profissionais	X	
Na ausência de núcleo epidemiológico, a CCIH notifica aos órgãos de gestão do SUS casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória		X
A CCIH conta com membros executores	X	
Os membros executores estão formalmente nomeados	X	
Existe Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares	X	
É utilizado coletor de urina fechado com válvula anti-refluxo	X	
Existe EPI (Equipamento de Proteção Individual) para realização de procedimentos críticos	X	
A instituição de saúde conta com laboratório de microbiologia	X	

**Fonte:** elaboração própria.

Em relação as ações não desenvolvidas, verificou-se que a instituição de saúde não desenvolve apenas uma dessas ações, que é a CCIH, na ausência de um núcleo epidemiológico, notificar aos órgãos de gestão do SUS casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória.

Entretanto, cabe ressaltar que a CCIH não realiza essa ação, pois, essa ação deve ser desenvolvida pela CCIH somente em caso de ausência de um núcleo epidemiológico, e como a instituição conta um núcleo epidemiológico, não é necessário que a CCIH realize essa ação. Dessa forma, considera-se que essa ação não se aplica a instituição estudada, mostrando que a instituição desenvolve 100% das ações imprescindíveis previstas, aplicáveis a sua realidade.

#### **5.1.1.2 Ações necessárias de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde**

O quadro 2 dispõe de quais das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar classificadas como necessárias são desenvolvidas e quais não são, pela instituição de saúde estudada, constatando-se que do total das ações, a instituição desenvolve 75% (n=33).

**Quadro 2.** Ações necessárias de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde

Ação	Sim	Não
Existe Regimento Interno da CCIH	X	
Existem manuais ou rotinas técnico-operacionais visando a prevenção e controle da Infecção Hospitalar	X	
Existe treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de Infecção Hospitalar	X	
As reuniões da CCIH ocorrem regularmente e são registradas em atas	X	
Os registros das atas indicam com clareza a existência de um programa de ação para o CIH no hospital	X	
A CCIH realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos		X
Existe formulário para a prescrição de antimicrobianos	X	
Existem procedimentos escritos relativos ao uso racional de Germicidas que garanta a qualidade da diluição final	X	
A CCIH estabelece as diretrizes básicas para a elaboração dos procedimentos escritos do serviço de limpeza	X	
Existem procedimentos escritos e padronizados do serviço de limpeza	X	
A CCIH supervisiona a aplicação dos procedimentos escritos e padronizados do serviço de limpeza	X	
A CCIH estabelece programa de treinamento para o serviço de limpeza	X	
A CCIH divulga os relatórios contendo os dados informativos do controle de infecção hospitalar entre o Corpo Clínico do Hospital	X	
A CCIH comunica periodicamente à Direção e à Comissão Estadual/Distrital a situação do controle de infecção hospitalar	X	
O hospital dispõe de mecanismo para detecção de casos de Infecção hospitalar pós alta		X
Existe política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica		X
Existe interação entre a CCIH e as coordenações de controle de infecção hospitalar municipais e estaduais/distrital	X	
Existem procedimentos escritos orientando Lavagem das mãos	X	
Existem procedimentos escritos orientando Biossegurança (exposição a material biológico e acidentes com perfuro cortantes)	X	
Existem procedimentos escritos orientando cuidados com cateteres intravasculares e urinários	X	
Existem procedimentos escritos orientando Curativos	X	
Existem procedimentos escritos orientando Limpeza e Desinfecção de artigos	X	
Existem procedimentos escritos orientando Esterilização	X	
Existem procedimentos escritos orientando Limpeza de ambientes	X	
Existe treinamento dos funcionários para a aplicação dos procedimentos escritos, realizados em parceria com outras equipes	X	
Existem registros desse treinamento dos funcionários para a aplicação dos procedimentos escritos, realizados em parceria com outras equipes	X	
Existe rotina de controle bacteriológico da água que abastece o hospital	X	
Existe rotina de limpeza de cada caixa d'água que abastece o hospital	X	
Existem programas de imunização ativa em profissionais de saúde em atividade de risco	X	
Existe coleta de dados sobre Infecção Hospitalar	X	
São levantados os indicadores de Infecção Hospitalar		X
O indicador "Taxa de Infecção Hospitalar" é levantado		X
O indicador "Taxa de paciente com Infecção Hospitalar é levantado		X

**Fonte:** elaboração própria.

**Quadro 2.** Ações necessárias de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde (**continuação**)

Ação	Sim	Não
O indicador “Taxa de infecção hospitalar por topografia” é levantado		X
O indicador “Taxa de infecção hospitalar por procedimento” é levantado		X
O indicador “Taxa de infecção hospitalar em cirurgia limpa” é levantado		X
O indicador “Taxa de letalidade por infecção hospitalar” é levantado		X
Existe avaliação e priorização dos problemas com base nos dados levantados	X	
Os membros executores da CCIH realizam análise do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que permite a identificação de surto em tempo hábil para medidas de controle	X	
A CCIH tem atuação/apoio ao funcionário acidentado por pérfuro-cortantes	X	
O uso do EPI é supervisionado pela CCIH	X	
Existem recipientes diferenciados para desprezar os diversos tipos de resíduos hospitalares	X	
A lavanderia hospitalar possui sistema de barreiras	X	
São emitidos relatórios de sensibilidade/resistência bacteriana para o corpo clínico e CCIH		X

**Fonte:** elaboração própria.

Como verificado, dentre as ações não desenvolvidas, estão as referentes ao levantamento de indicadores de infecção hospitalar. Em relação a esse ponto, cabe ressaltar que pela análise documental, verificou-se que a CCIH levanta dados relacionados a esses indicadores como, por exemplo, o número de infecção hospitalar, o número de infecção hospitalar específico por infecção do trato urinário, pneumonia e infecção primária de corrente sanguínea.

Segundo a responsável pelo núcleo de controle de infecção hospitalar que auxiliou na identificação das ações desenvolvidas, eles trabalham apenas com os dados brutos e não com indicadores, pois, para eles, a análise e avaliação por dados brutos representa melhor a realidade da instituição do que a análise pelo cálculo de taxas que são os indicadores propostos, trazendo maior facilidade para o processo de vigilância epidemiológica desenvolvido.

Dessa forma, apesar de serem levantados dados relativos aos indicadores recomendados, para esse estudo considerou-se que a CCIH não levanta esses indicadores, já que não são construídos como preconizado pela legislação vigente.

### 5.1.1.3 Ações recomendáveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde

As ações de prevenção e controle de infecção hospitalar classificadas como recomendáveis que são desenvolvidas e as que não são, pela instituição de saúde estudada, estão descritas no quadro 3, verificando-se que das ações previstas, a instituição realiza 60% (n=6) do total.

**Quadro 3.** Ações recomendáveis de prevenção e controle de infecção hospitalar desenvolvidas na instituição de saúde

Ação	Sim	Não
A CCIH participa de comissão técnica para especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos		X
A CCIH promove debates com a comunidade hospitalar sobre o CIH	X	
Existe consórcio com outras instituições de saúde para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos na implantação do PCIH		X
O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de Infecção Hospitalar	X	
O indicador “Coeficiente de sensibilidade/resistência dos micro-organismos aos antimicrobianos” é levantado		X
Existem registros de acidentes por perfuro-cortantes em funcionários	X	
Existe orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIH na prescrição de antimicrobianos		X
A CCIH estabelece medidas de educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos	X	
São realizadas auditorias internas para avaliar o cumprimento do PCIH	X	
Existem registros das auditorias internas realizadas	X	

**Fonte:** elaboração própria.

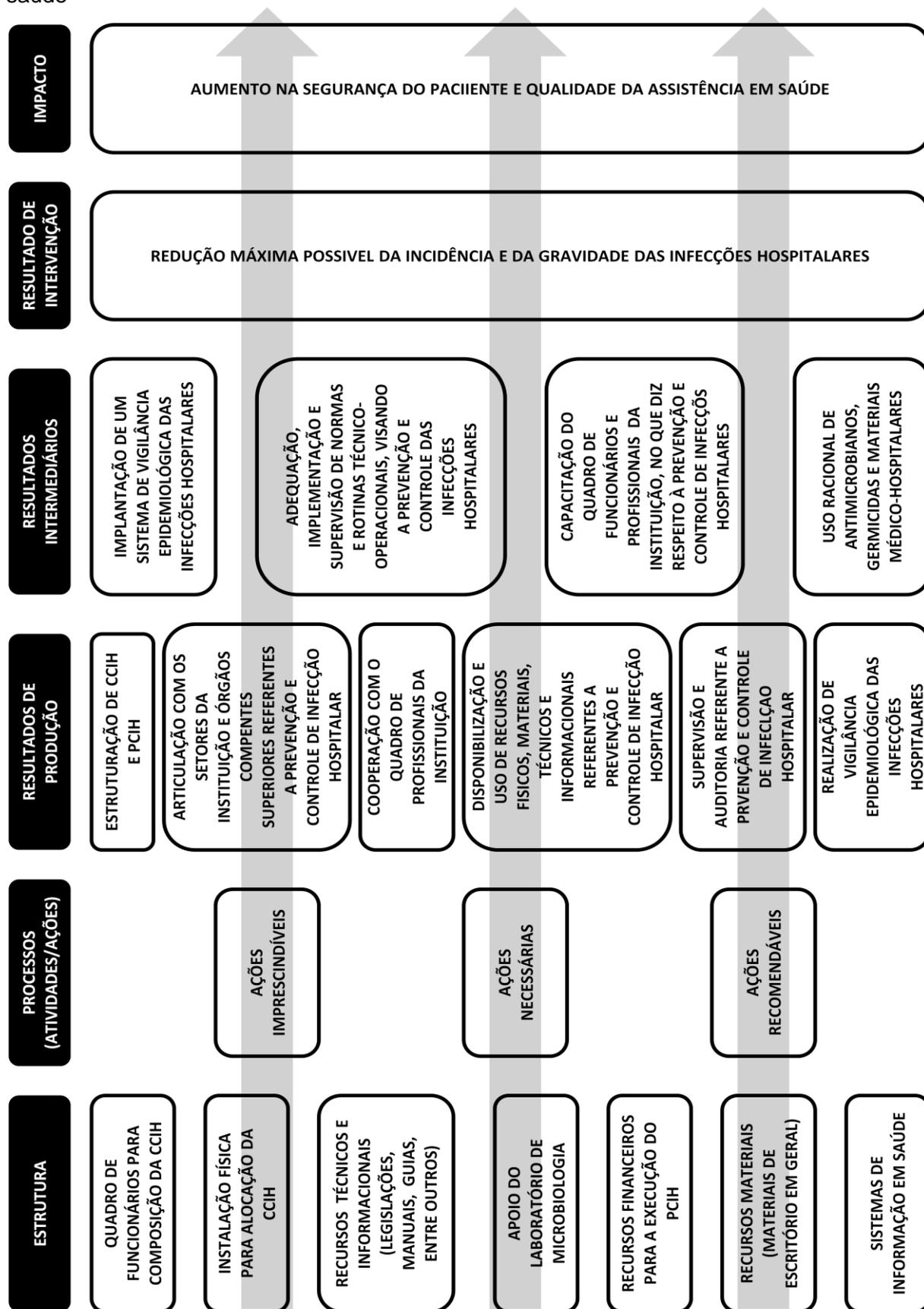
Assim como exposto no tópico anterior referente a instituição de saúde não desenvolver as ações referentes ao levantamento dos indicadores sobre infecção hospitalar, a ação recomendável de levantar o indicador “coeficiente de sensibilidade/resistência dos micro-organismos aos antimicrobianos”, também está incluída na situação exposta. Dessa forma, verificou-se que são levantados dados relacionados com o indicador em questão, mas para fins desse estudo foi considerado que o indicador não é levantado, devido o mesmo não ser construído conforme recomendado pela legislação vigente.

### **5.1.2 MODELO LÓGICO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE**

A partir da identificação das ações desenvolvidas pela instituição, foi possível construir o modelo lógico da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde estudada, a fim de apresentar uma representação gráfica dos os vínculos entre os componentes relativos à prevenção e controle de infecção hospitalar na instituição de saúde estudada, previstos para serem realizados, ou seja, não quer dizer que os componentes descritos sejam de fato implementados.

Portanto, o modelo lógico apresentado a seguir (figura 1), contém estrutura; processos (atividades/ações); resultados de produção; resultados intermediários; resultado de intervenção e impacto.

**Figura 1.** Modelo lógico da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde



## **5.2 OS DESAFIOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ENFRENTADOS PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE**

Foi possível apreender uma série de desafios dos quais a instituição lida e que interferem no processo de prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde estudada.

Dos 9 membros da CCIH entrevistados, 77,77% (n=7) são do sexo feminino, e dentre as áreas profissionais de atuação na instituição, estão: enfermagem, medicina, laboratório de microbiologia, farmácia e administração.

Analisando as características dos desafios surgiram quatro categorias de análise, onde cada categoria diz respeito a uma temática, sendo elas:

- Os entraves da estrutura institucional para a prevenção e controle de infecção hospitalar
- A responsabilidade não compartilhada da prevenção e controle de infecção hospitalar: todos são controladores de infecção hospitalar
- As lacunas da rede interinstitucional de saúde para a prevenção e controle de infecção hospitalar
- As limitações do arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar

Dessa forma, os desafios apreendidos serão apresentados a seguir de acordo com suas respectivas categorias de análise.

### **5.2.1 Os entraves da estrutura institucional para a prevenção e controle de infecção hospitalar**

A primeira categoria de análise diz respeito a alguns entraves da estrutura da instituição de saúde que na percepção dos entrevistados representam desafios para a prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição.

#### *5.2.1.1 A inadequação da estrutura física para a prevenção e controle de infecção hospitalar*

Dentre os entraves da estrutura institucional foi identificado que a estrutura física da instituição se mostra inadequada para executar algumas ações de

prevenção e controle de infecção hospitalar, como por exemplo, fazer o correto isolamento de pacientes, como afirmado por alguns entrevistados:

*“[...] falta espaço físico que muitas vezes dificulta esse processo [prevenção e controle de infecção hospitalar].” (E. 5)*

*“[...] a estrutura física da gente não nos dá um conforto em termos da gente ter áreas de isolamento adequadas, uma separação adequada de um paciente para o outro, e isso dificulta na questão da diminuição da passagem de contaminação de um paciente para o outro. Então quer dizer, a CCIH aqui trabalha muito intensamente em relação a isso, conseguindo manter níveis adequados de infecção, mas, se a gente tivesse uma área física mais bem projetada para isso, a gente com certeza teria resultados melhores.” (E. 6)*

*“Na minha opinião, a instituição é um lugar desapropriado em relação a estrutura física, o que dificulta muito o controle de infecção, como por exemplo, na questão da distância entre os pacientes, na distância de uma maca para outra, ou seja, não tem espaço físico adequado para todos os pacientes que a gente recebe, é um hospital pequeno. Então, a gente tem essa dificuldade às vezes de isolar paciente, porque a gente não tem um isolamento, a gente cria um isolamento, a gente cria barreiras para isolar. Então, a gente trabalha sempre dentro do que a gente consegue, no improvisado, no menos ruim pro paciente, no menos ruim para a equipe. [...] Então, eu acho que essa questão da estrutura física atrapalha muito, a gente consegue controlar pela eficácia do gerenciamento da equipe, mas que melhoraria muito, em questão de 70%, 80% se tivesse um local mais adequado para atender os paciente. (E. 7)*

*“Um desafio é a questão da nossa instalação física. Então, você tem uma instalação física que não te ajuda no fluxo das coisas, como no isolamento adequado de paciente. [...] Então, a nossa estrutura física hoje é pequena, o hospital cresceu muito na demanda, mas, não tem como crescer o espaço físico, a estrutura é muito antiga.” (E. 8)*

*“[...] a falta de estrutura física adequada dificulta muito.” (E. 9)*

### 5.2.1.2 A descontinuidade do abastecimento de insumos e recursos materiais

Na percepção de alguns entrevistados, outro desafio com que a instituição se depara é a descontinuidade do desabastecimento de insumos, como por exemplo, medicamentos, e recursos materiais de uma forma geral:

*“[...] esbarra também na falta de material, porque a secretaria [secretaria de saúde] assim, tem época que tu tem todas as placas, todos os EPIs, e tem época que não tem nada. [...] teve uns três meses aqui que só tinha 2 tipos de antibiótico, então, você não tinha opção. Penicilina hoje não tem na secretaria que é o antibiótico de escolha para uma pneumonia comunitária. [...] Então, está se usando hoje antibióticos mais potentes pela falta de antibióticos adequados para determinada doença. Então assim, é como se você desse um tiro de canhão no mosquito, porque eu não tenho a medicação correta e isso tudo só vai piorando a situação, pois, você vai selecionando as bactérias por falta de implemento. [...] muitas vezes não tem como o profissional fazer aquela rotina porque ele não tem insumo, não*

*tem medicação, tanto que assim, cada um que interna, interna com o que tiver.” (E. 2)*

*“Infelizmente a descontinuidade do abastecimento. O que seria essa descontinuidade? O paciente está fazendo uso de ceftriaxona, para fazer 10 dias, o nosso estoque dá para 7 dias, então, o órgão abastecedor às vezes não tem estoque para oferecer aquele tratamento. Então, antes de iniciar o tratamento a gente já interrompe o tratamento. Quando o paciente inicia sem o uso do antimicrobiano, o que acontece muito nos setores, e a gente não tem acesso a isso, porque não foi comunicado formalmente o tratamento, o paciente tem que mudar abruptamente o tratamento e isso causa prejuízo, provoca resistência cruzada, provoca resistência bacteriana, provoca insuficiência de terapia, porque vai ter que mudar para uma outra linha de medicamento que não é o que seria correto. [...] Então, existe a dificuldade de abastecimento muito grande, que impacta diretamente no tratamento do paciente.” (E. 9)*

*“Em relação ao abastecimento também, no decorrer do ano nem sempre a gente tem meio de cultura ou meio de identificação, às vezes existe a falta. Então, o trabalho da CCIH fica inoperante naquele período que falta.” (E. 5)*

*“[...] dificuldades também com a empresa de limpeza que não dá material adequado, a gente não tem dispenser a cada leito, em todos os leitos de todas as clínicas, pediatria, clínica médica, pronto socorro, nós não temos a quantidade necessária de lixo infectante com lixo comum separado, entre outros.” (E. 7)*

### 5.2.1.3 O déficit de recursos humanos e a sobrecarga dos profissionais de saúde

Além de lidar com a descontinuidade do desabastecimento de insumos e recursos materiais, verificou-se que a instituição também se depara com um déficit de recursos humanos como também uma sobrecarga dos profissionais de saúde, como observado a partir dos seguintes relatos:

*“[...] o diretor do hospital vê que a gente passa essa dificuldade, a gente quer um treinamento, a gente quer chamar um convidado, um infecto, para ajudar esses profissionais a tirar suas dúvidas, a entender o que é um protocolo de antimicrobiano, o que é o uso racional de antibiótico, aí como é que faz isso? Ele mesmo está atado de tirar aquele profissional pra um treinamento, que é pro resto da vida, é pro resto do dia-a-dia desse profissional que está com dificuldade lá e aí ele vai parar o atendimento? Então, a gente fica atado em situações desse tipo, não é que ele não queira ajudar, mas, ele coloca a situação, ‘eu vou interromper o atendimento? Eu só tenho um médico lá na ponta’, aí a gente fica atado [...] a secretaria de saúde não admite que um médico largue lá a ponta do atendimento pra um treinamento, aí nós temos essa dificuldade sim, que a gente poderia colocar nessa situação como um déficit de servidores. [...] por exemplo, nós já solicitamos um infecto, mas a secretaria de saúde prioriza os hospitais que tem UTI.” (E. 3)*

*“[...] a gente tem uma equipe pequena no núcleo de infecção, que é um item que dificulta né? Porque, em algumas situações nós ficamos sobrecarregados e não conseguimos executar todas as ações necessárias, como por exemplo, se tivesse mais profissionais na educação continuada, a gente conseguiria realizar mais continuamente essa educação e ter êxito*

*com os profissionais, mas, às vezes não conseguimos por essa falta de profissional.” (E. 7)*

*“Hoje se lida muito com a sobrecarga dos profissionais, de todos os profissionais envolvidos com o tratamento do paciente. [...] Então, às vezes, chega um paciente e só tem um médico para atender, aí o profissional pode até ter o conhecimento da rotina e do protocolo, mas, acaba não fazendo da forma correta pela sobrecarga. [...] então, o déficit no quadro de profissional acaba dificultando muito o nosso processo de trabalho.” (E. 9)*

#### *5.2.1.4 A falta de um financiamento específico para a prevenção e controle de infecção hospitalar*

Um dos entrevistados chamou a atenção para a falta de um financiamento específico para a prevenção e controle de infecção hospitalar como outros programas assistenciais possuem:

*“[...] a gente não tem o apoio financeiro. Vários programas como programa da imunização, programa da tuberculose, da AIDS, todos esses programas eles têm projetos econômicos, projetos financeiros, que dão apoio financeiro as equipes que trabalham com esses eventos. O controle de infecção é se quiser citado no Ministério da Saúde como alguma coisa que precisa de apoio financeiro, ou seja, tudo o que a gente produz em termos de educação de orientação para o usuário, para o paciente, por exemplo, tudo isso, às vezes é um financiamento que não existe, não existe uma cota para esse tipo de ação. Então, a gente tem que ficar aliado a algum programa, por exemplo, aqui a gente tem muito apoio da vigilância epidemiológica, que eles recebem cadeiras, aí eles dão uma cadeira para gente, recebe armário e cede para o controle de infecção. Então, a gente acaba que assim, eu falo que são os nossos primos ricos, a gente vai se agregando aos primos ricos e a gente vai conseguindo alguma coisa, mas, esse financiamento do programa, programa esse que é inclusive exigido por legislação federal e tudo mais, não existe. A verba para o funcionamento desse programa a gente não tem a nível nacional, porque, essa verba deveria estar no Ministério da Saúde, e passar de alguma forma para os estados e municípios [...]” (E. 1)*

#### *5.2.1.5 A inadequação da estrutura organizacional da assistência farmacêutica para o controle sistemático do uso de antimicrobianos*

Ainda dentro da perspectiva da estrutura institucional, um desafio apreendido é que a estrutura organizacional da assistência farmacêutica se mostra inadequada para fazer a correta dispensação de medicamentos, principalmente de antimicrobianos, fazendo com que não se consiga fazer o controle sistemático do uso de antimicrobianos, como relatado por alguns entrevistados:

*“Hoje a gente bate muito em cima da questão dos antimicrobianos, no maior controle da dispensação dos antimicrobianos, pois, não se aplica a dose*

*individualizada, para que a gente pudesse restringir [...] então, como nós não temos a dose individualizada a gente tenta trabalhar dentro dos meios que nos possibilita. [...] aqui, a farmácia, ela não funciona 24 horas, é uma farmácia diferente em relação aos outros locais, é uma farmácia que funciona em horário comercial mesmo, então, até a dispensação desse medicamento é feito de uma forma diferente, a gente tenta controlar com as ferramentas que a gente tem hoje em dia. Então, em alguns lugares ainda se tenta fazer uma dose individualizada, mas, não consegue. Então, é a onde você pode acabar se perdendo, você acaba não conseguindo ter um controle total. Talvez, se tivesse a dose individualizada melhoraria o fluxo desses antibióticos, dos medicamentos de uma forma geral, pois, já é provado que onde não se tem a dose individualizada a gente tem uma certa dificuldade em estar controlando.” (E. 5)*

*“[...] precisaria que a farmácia do hospital funcionasse a exemplo de outras farmácias, final de semana e plantão 24 horas e que tivesse a presença de um profissional farmacêutico para acompanhar e controlar a dispensação e utilização de antibióticos aqui dentro do hospital, para evitar que o paciente inicie o tratamento sem obedecer o protocolo pré-estabelecido da CCIH, sem obedecer os protocolos da secretaria, e é o que acontece muito, principalmente final de semana, feriado, período noturno em que têm profissionais que não conhecem a rotina tão bem como deveriam conhecer, esse é um outro problema.” (E. 9)*

### **5.2.2 A responsabilidade não compartilhada da prevenção e controle de infecção hospitalar: todos são controladores de infecção hospitalar**

A segunda categoria de análise surgiu a partir da percepção de alguns entrevistados de que a responsabilidade do processo de prevenção e controle de infecção hospitalar deve ser compartilhada por todos que estão envolvidos na assistência a saúde, pois, todos tem seu papel nessa prevenção e controle, como constatado por essas falas:

*“[...] a gente têm que conquistar um público muito além do aquém, porque são todos, nós somos todos envolvidos como controladores.” (E. 3)*

*“É importante que todos que prestam assistência tenham essa visão de equipe mesmo, que o problema pode ser evitado por nós todos, e nós todos temos que compartilhar dessa responsabilidade, não é só o NCIH que tem responsabilidade com isso, o NCIH está aí para nortear, para esclarecer, para acompanhar. [...] Então, eu penso que a gente só consegue o êxito quando todo mundo tiver essa compreensão de que o problema é de todos e a resolução permeia por todos também.” (E. 8)*

Portanto, foi a partir dessa percepção de que a responsabilidade do processo de prevenção e controle de infecção hospitalar deve ser compartilhada por todos, que surgiram alguns desdobramentos em relação a essa questão e que representam desafios para a prevenção e controle de infecção hospitalar, como será visto a seguir.

### 5.2.2.1 A falta de conscientização e comprometimento do profissional de saúde como controlador de infecção hospitalar

Embora de acordo com as falas apresentadas de que todos possuem um papel na prevenção e controle de infecção hospitalar, segundo alguns entrevistados, existe uma falta de conscientização e comprometimento por parte de alguns profissionais de saúde em relação a esse papel, fato este evidenciado nesses trechos das entrevistas:

*“Eu acho que existe é a falta de interesse mesmo das pessoas, porque, a CCIH o ano inteiro ela cria metas para que os profissionais se interessem pelo controle, e a gente vê que o comprometimento é mínimo.” (E. 4)*

*“[...] a questão de consciência mesmo do papel que o profissional tem em relação a ser o foco de contaminação. Porque a gente sempre se vê como a parte curadora da coisa, a gente nunca se vê como a parte contaminadora, entende? Então, a gente percebe que tem vários funcionários que ainda não se conscientizaram do papel que possuem.” (E. 6)*

*“[...] um dos desafios é a falta de percepção do servidor da importância que ele tem para o controle da infecção, na questão de adotar as medidas de controle, de estar se reciclando, estar aprendendo o novo, estar se atualizando...” (E. 8)*

Sendo assim, considerando o papel do profissional de saúde na prevenção e controle de infecção hospitalar, surgiram outros desafios, que envolvem o profissional de saúde, como será visto a seguir.

### 5.2.2.2 A desvalorização do papel do serviço de prevenção e controle de infecção hospitalar

Outro desafio apreendido relacionado ao profissional de saúde é que existe por parte de alguns profissionais uma desvalorização do papel do serviço de prevenção e controle de infecção hospitalar como relatado por um dos entrevistados:

*“[...] nós, profissionais que trabalhamos no serviço de controle de infecção, às vezes somos vistos de certa forma, quase que como policiais e na realidade a gente está vendo uma coisa que não está em conformidade e temos que intervir. Então, em situações como essa, a gente percebe que existe uma certa desvalorização e até deturpação do nosso trabalho e acaba que muitas vezes, a gente só é lembrado e valorizado numa situação de surto de alguma doença, por exemplo.” (E. 3)*

### 5.2.2.3 A falta de padronização da conduta dos profissionais de saúde frente às medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar

Outro desafio levantado é o fato de que existe uma dificuldade na padronização da conduta dos profissionais de saúde em relação à adoção das medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar estabelecidas, conforme percebido por essas afirmações:

*“[...] um dos desafios no qual nos deparamos, é a gente conseguir padronizar a conduta de todos os profissionais frente às orientações e protocolos estabelecidos.” (E.1)*

*“A gente encontra um problema sério, por exemplo, entre a conduta do médico que está lá embaixo com o protocolo que a gente tenta implantar e não consegue, em relação a antimicrobiano, por exemplo, e isso vai gerando uma bola de neve né? Então, eu acho que nosso maior desafio é tentar implantar um POP, ter uma rotina, ter um protocolo, onde todos sigam.” (E. 2)*

*“[...] chega um caso suspeito de meningite, todo mundo tem conhecimento desse protocolo, sabe o tipo de precaução, aí mesmo assim esses profissionais não utilizam o EPI corretamente, pelo menos a grande maioria.” (E. 3)*

*“Uma coisa que eu percebo muito aqui, que é uma discussão grande que eu percebo sempre nas reuniões, é o protocolo mesmo de como se inicia. Então, desde lá o início, chegou o paciente, qual o protocolo médico que deve ser realizado [...] então, hoje tem um médico que atende naquele protocolo, amanhã tem outro que vai atender de uma outra maneira.” (E. 5)*

*“[...] não é todo mundo que usa os EPIs, não é todo mundo que faz o uso do álcool em gel da rotina que tem que ser, às vezes lava mão com água e sabão onde era pra usar o álcool em gel, porque acha que só a água e o sabão vão dar jeito e não usam o álcool em gel. Então, com a equipe a gente tem essa dificuldade.” (E. 7)*

### 5.2.2.4 A adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar pautada pelo risco

No tópico relacionado a desvalorização do papel do serviço de prevenção e controle de infecção hospitalar, o entrevistado que relatou esse fato, afirma que muitas vezes o serviço de prevenção e controle de infecção hospitalar só é lembrado e valorizado numa situação de surto de alguma doença, e a partir de outros relatos dos entrevistados, também pôde ser verificado que esse fato se estende para a questão da adesão das medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar, onde os profissionais tendem a adotar e seguir corretamente essas medidas quando

existe algum risco iminente, como em um caso de precaução de isolamento ou até mesmo de uma pandemia, como exposto nessas afirmativas:

*“[...] é como se fosse uma onda, você tem uma época em que tem algum surto aí é um “boom”, todo mundo se apavora aí começa a aderir as medidas de prevenção e controle e fazer tudo certinho, só que aí depois de um tempo, vai esquecendo, esquecendo e cai no esquecimento.” (E. 2)*

*“[...] agora mesmo um assunto atual que a gente está vivenciando lá na África, a questão do ebola, então, agora as pessoas estão sabendo o que é a precaução de contato, pois, por ser uma situação de um vírus mortal as pessoas têm medo [...] a gente pode reportar lá trás a questão do H1N1 que foi uma pandemia, então aí todo mundo lembrou do ato de higienizar as mãos, a etiqueta respiratória, e por aí a fora vai.” (E. 3)*

*“[...] você pode ver que os profissionais eles se paramentam quando veem a plaquinha de isolamento de contato. [...] Então, quer dizer, se tem lá alerta, está acontecendo alguma coisa, aí você vê uma pessoa toda paramentada, que não era para acontecer assim, era para acontecer no dia-a-dia, no cuidado com o paciente, porque é dessa forma que tinha que acontecer, mas não. Se você alertar, aí a pessoa se paramenta; Mas, no dia-a-dia são poucos os profissionais que se paramentam.” (E. 7)*

*“[...] a gente agora tem a questão do ebola, por exemplo, que está tendo mais adesão por conta da letalidade, por conta da gravidade, por conta do que a mídia está colocando...” (E. 8)*

#### *5.2.2.5 O despreparo e desconhecimento do profissional de saúde frente à prevenção e controle de infecção hospitalar em decorrência da má formação e capacitação profissional*

Ainda em relação ao profissional de saúde, alguns entrevistados chamaram a atenção para o fato de que alguns profissionais se mostram despreparados e sem conhecimento frente à prevenção e controle de infecção hospitalar, muitas vezes em decorrência de uma má formação e falta de capacitação desse profissional antes dele ingressar na assistência, fato este explicado nos seguintes trechos das entrevistas:

*“[...] a falta da questão do conhecimento, do que é infecção, do que é um vetor de infecção, do que são bactérias multirresistentes. Então, nos deparamos com uma falta de conhecimento em geral, que muitas vezes vem da própria formação do profissional.” (E. 1)*

*“Começa assim, são varias escolas diferentes, então, você tem profissionais com formações diferentes. Quando eu entrei na secretaria [secretaria de saúde], a gente tinha um curso de formação que tinha a parte da infecção hospitalar. Hoje eu acho que nem tem mais isso. [...] Então, quando tem profissionais formados por várias vias, de muitos lugares não se tem uma conduta única, então se torna uma coisa muito difícil.” (E. 2)*

*“[...] a gente percebe que há muito desconhecimento, despreparo de profissionais de todas as áreas [...] quando chega numa situação de profissional propriamente dito, numa hora de prescrever um antibiótico, por exemplo, é extremamente dificultado. Agora mesmo nós temos médicos novatos aqui, e assim, a gente está tendo uma dificuldade, exatamente por isso, não vem lá de trás com essa carga de conhecimento da formação que possa embasá-lo e dar suporte agora como profissional.” (E. 3)*

*“[...] quando o novo servidor da secretaria de saúde, por exemplo, um médico, é contratado, ele tem que passar por um período de capacitação inicial, e isso não é feito em nenhuma categoria. Infelizmente nenhum servidor passa pelo o acolhimento, ele não passa por um período de treinamento, de capacitação, de conhecimento das normas internas, ele infelizmente quando é nomeado ele é encaminhado para um regional e a partir dali ele começa a trabalhar. Se essas normas não forem passadas no primeiro dia quando ele chega, ele não vai ter acesso a ela, então, não quer dizer que ele está descumprindo, ele tem desconhecimento. Então, existe uma rotatividade de prescritor muito grande, porque infelizmente os médicos da secretaria tem uma rotatividade grande, muda com muita frequência [...] então, toda vez que mudar deveria ser feita uma capacitação, uma palestra da comissão de infecção hospitalar, para informar os critérios de como passar os antibióticos, por exemplo. Então, existe a falha da secretaria em não passar a capacitação profissional.” (E. 9)*

#### 5.2.2.6 A baixa adesão à educação continuada em saúde voltada para a prevenção e controle de infecção hospitalar

Outro desafio apreendido é que existe uma baixa adesão por parte dos profissionais as atividades de educação continuada em saúde promovidas pelo núcleo de controle de infecção hospitalar, como relatado por alguns entrevistados:

*“[...] nós fizemos um curso, um treinamento, de 40 horas e que ninguém conseguiu ter o diploma de 40 horas porque não conseguiu fazer o curso completo.” (E. 1)*

*“[...] se você marca uma palestra sobre lavagem das mãos no auditório e você convida 100 pessoas, se irem 20 é muito.” (E. 7)*

*“[...] a adesão nas campanhas que você faz, a adesão é pequena, tem adesão, mas, é pequena, era para ter uma adesão quase de 98%, 100%, porque, é importante você saber usar o EPI, é importante você saber como se dá uma doença, por exemplo.” (E. 8)*

Observado esse desafio em relação a educação continuada em saúde, ao dar continuidade na análise das entrevistas, surgiram mais dois desafios relacionados a educação continuada em saúde, conforme exposto a seguir.

### 5.2.2.7 A ausência de parte da carga horária dos profissionais de saúde destinada para a educação continuada em saúde

Pôde-se identificar que existe uma dificuldade em o profissional de saúde estar disponível para participar das atividades de educação continuada em saúde, pois, não existe dentro da carga horária desse profissional, parte dessa carga horária destinada exclusivamente ao aperfeiçoamento e capacitação profissional, como visto nessas afirmativas:

*“[...] a gente vem pro trabalho, a gente só trabalha, trabalha, você é como se fosse um robô o dia inteiro trabalhando, você não para, você não tem um momento especial de aprendizado, de novas chances de melhorar o seu conhecimento. Então, a gente só trabalha, trabalha e não tem esse foco, e esse foco tem que está dentro da empresa [...] a gente está procurando o profissional e tentando discutir, mas, é sempre assim, “eu não tenho tempo”, “agora eu não posso”, “nesse momento eu estou muito ocupado” e não tem aquele tempo disponível para os técnicos do controle de infecção realizarem as atividades propostas.” (E. 1)*

*“[...] a gente ainda não criou um mecanismo de ter parte dessa carga horária pro servidor fazer a sua educação continuada. [...] Então, uma forma de ter mais adesão é que nessa carga horária ele tenha 2, 3, 4 horas para fazer o seu aperfeiçoamento, para fazer o acompanhamento da parte científica, que é importante, principalmente na questão de antibiótico, principalmente na questão dos mecanismos para acabar ou interromper as barreiras de infecção, discutir protocolos novos de antibiótico, do próprio atendimento. [...] então, eu acho que um grande desafio é dentro da carga horária daquele profissional ele ter liberação para fazer esse aperfeiçoamento.” (E. 8)*

### 5.2.2.8 A falta de efetividade das estratégias de educação continuada em saúde

Outro desafio relacionado a educação continuada em saúde é que as estratégias usualmente adotadas, não tem tido efetividade fazendo que com os responsáveis pela educação continuada busquem novas estratégias como explicado por alguns entrevistados:

*“[...] é muito complicado você fazer a educação dos profissionais, porque, todo mundo imagina que a educação é feita dentro de uma sala de aula, com um monte de parafernalias e professor explicando e falando. Sendo assim, o controle de infecção ele necessita de outras alternativas, na parte da educação. [...] a gente viu que é necessário uma nova estratégia de abordagem porque se for aquela abordagem de sala de aula, a gente já viu que não da certo, aqui no hospital não da certo. Então, esse ano a abordagem foi feita assim, corpo a corpo, às vezes chama os médicos, os enfermeiros, senta ali com eles rapidamente, por grupo ou por equipe para tentar otimizar essa questão da educação.” (E. 1)*

*“A gente está tendo que mudar a nossa conduta e a nossa questão de abordagem com o profissional, principalmente na educação continuada, que*

*é um outro tipo de aprendizado para nós e a gente vai ter que rever isso com certeza, é um outro desafio também.” (E. 2)*

*“[...] eu sempre pedi que fosse mais in loco [a educação continuada], porque aí você pega o profissional naquele momento, você vê como está a paramentação, você vê como está a lavagem das mãos, como está o uso do álcool naquele momento, que eu acho que dá um retorno melhor. Então, a gente poderia estar melhorando um pouco a estratégia nesse sentido, para melhorar a adesão né?” (E. 7)*

#### *5.2.2.9 O desconhecimento e a falta de conscientização do usuário dos serviços de saúde sobre seu papel na prevenção e controle de infecção hospitalar*

Como exposto até aqui, são vários os desafios apreendidos relacionados ao profissional de saúde, entretanto, alguns entrevistados também chamaram a atenção para o papel do próprio usuário dos serviços de saúde na prevenção e controle de infecção hospitalar, pois, existe uma dificuldade em educar e conscientizar esse usuário, seja na figura do paciente, seja do acompanhante, seja do visitante, de que ele também tem seu papel nesse processo, como evidenciado por essas falas:

*“[...] você também não consegue junto com o usuário que ele entenda isso [infecção hospitalar], pois não acreditam no que não veem, não acham que ali tem uma bactéria, aí só começam a acreditar quando tem uma criança com diarreia e todas as outras começam a ter, por exemplo.” (E. 2)*

*“Eu acho que se existe muita pouca preocupação com questão da propaganda voltada pro paciente, pro acompanhante, pro público que usa o hospital, porque ainda hoje no século XXI, a gente ainda tem pessoas que visitam que sentam na cama, que põem a bolsa em cima, que não lavam as mãos, que fumam e vão lá tocar no paciente. Então assim, a gente fala, a gente repete, mas, acho assim, que se devia gastar mais nessa questão de propagação para as pessoas, de promoção para dizer sobre a infecção, para dizer que eles também são causadores e carreadores, então acho também que falta essa questão.” (E. 7)*

*“A comunidade também é muito importante, porque ela também quebra barreira de transmissão [...] então, a gente tem que falar para o cuidador dele [paciente] que ele não pode estar de leito em leito, a gente tem que orientar o visitante, a gente tem que controlar o número de pessoas dentro da enfermaria, a gente tem que falar para a visita religiosa que ela não pode sair tocando todos os pacientes. [...] Na comunidade também tem a questão da infecção comunitária, temos vários pacientes internados em domicílio, então, quem está morando, quem está cuidando, quem está visitando, tem também que saber como é que tem que se portar frente a esse paciente. As próprias questões de saúde pública, como essas questões do ebola, do H1N1, do KPC, também isso tudo passa pela comunidade. A comunidade tem momentos que ela tem que lavar a mão com água e sabão, tem que saber como espirrar, ela tem que saber onde ela tem que ir, onde ela tem que evitar no caso do número de casos, então, eu acho que não diz respeito só a comunidade que presta atenção no hospital, mas, também a sociedade, eu acho que a sociedade também tem que ter essa informação.”*

*Quem dera se nos meios de comunicação tivesse espaço para essa informação, para falar das campanhas, em horário onde a massa populacional toda pudesse estar assistindo, ou seja, permearia também por essa questão da educação da sociedade.” (E. 8)*

### **5.2.3 As lacunas da rede interinstitucional de saúde para a prevenção e controle de infecção hospitalar**

A terceira categoria de análise diz respeito a algumas lacunas da rede interinstitucional de saúde que dificultam o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar das instituições de saúde.

#### *5.2.3.1 A falta de articulação e comunicação entre as instituições de saúde*

Dentre essas lacunas, foi possível identificar que existe uma falta de articulação e comunicação entre as instituições de saúde, como por exemplo, no compartilhamento de informações no processo de transferência de pacientes de uma instituição para a outra, representando um desafio para a prevenção e controle de infecção hospitalar, como verificado pelos seguintes trechos das entrevistas:

*“[...] o paciente muitas vezes chega aqui com um grau de uma microbiota totalmente diferente da microbiota daqui, que não tem um relatório dizendo que ele é portador desse tipo de micro-organismo. Então, isso aí são coisas básicas de você transportar um paciente de uma instituição para outra. O mínimo seria que esse paciente viesse com um relatório microbiológico, o relatório do controle de infecção. [...] Então, quer dizer, a gente recebe o paciente, mas, muitas vezes você não sabe como que você está recebendo esse paciente. Então, essa falta de comunicação, articulação entre as instituições, dificulta muito na questão de saber quais as medidas de prevenção e controle de infecção que devem ser adotadas para receber esse paciente de forma adequada.” (E.1)*

*“Falta a questão do conceito de rede, a secretaria de saúde não trabalha em rede, ela é uma rede, mas, não trabalha em rede, as unidades trabalham sozinhas. Então, quando você transfere um paciente, por exemplo, você transfere um problema, não se transfere um paciente. Então, quem acompanhou o paciente não acompanha mais, ele já tem outros pacientes para acompanhar. Então, essa questão de abandono do paciente, a falta de consciência de rede do trabalho, isso atrapalha muito, tem que se criar isso na secretaria, tem que existir essa cultura de trabalho em rede, trabalho em equipe, os hospitais estarem interligados, os profissionais estarem interligados, você assistiu um paciente antes, e eu estou assistindo agora, o que você tem para me falar desse paciente? Essa comunicação infelizmente não existe, eles encaminham o prontuário e acabou.” (E.9)*

### 5.2.3.2 A má gestão da informação sobre a situação da prevenção e controle de infecção hospitalar das instituições de saúde

Outra lacuna que representa um desafio, é que existe uma má gestão da informação dos dados por parte dos órgãos superiores, sobre a situação de prevenção e controle de infecção hospitalar, gerados pelas instituições de saúde, onde verifica-se que as instituições de saúde tem um desconhecimento sobre a situação de prevenção e controle de infecção hospitalar da nível local, como explicado por um dos entrevistados:

*“[...] existe uma má gestão das informações geradas pelas instituições de saúde por parte dos órgãos superiores, onde a gestão das informações geradas pelos dados das outras instituições já podiam estar dando respostas para várias coisas e para que a gente tivesse maior conhecimento sobre a situação de controle de infecção não só a nível de instituição mas a nível local também, pois, não é o suficiente só ter o dado, mas, que esses dados possam gerar informações, para que assim, a gente pudesse melhorar o nosso trabalho, pois não é só saber, por exemplo, a taxa de infecção hospitalar por corrente sanguínea, e sim saber o que esses dados tem representado dentro da secretaria de saúde. [...] aqui a gente não tem UTI, não tem centro obstétrico, não tem queimados, não tem pacientes graves, mas o fato de não ter esse paciente, não quer dizer que a gente esteja alheio ao que está acontecendo nas outras instituições, porque os pacientes de outras instituições eles vem parar aqui, tanto da rede privada quanto da rede pública. Então, de uma certa forma, o que esta acontecendo nessas instituições também diz respeito a nós, por conta disso.” (E. 1)*

### 5.2.4 As limitações do arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar

A quarta e última categoria de análise dos desafios apreendidos compreende dois desafios que representam limitações do arcabouço político-legal que rege a prevenção e controle de infecção hospitalar.

#### 5.2.4.1 A inadequação da legislação vigente no Brasil sobre prevenção e controle de infecção hospitalar

O primeiro desafio apreendido e considerado como limitação desse arcabouço é que a legislação vigente no Brasil que rege a prevenção e controle de infecção hospitalar se mostra inadequada para as reais necessidades das instituições, se mostrando ser uma legislação antiga e de difícil interpretação, como expressado por um dos entrevistados:

*“[...] apesar de a gente ter uma lei federal que exige que todo hospital mantenha um programa de prevenção e controle de infecção hospitalar, o que a gente vê é que essa legislação foi feita num momento em que nem existia a Anvisa, ou seja, ela foi feita pelo Ministério da Saúde e não pela Anvisa que é onde hoje se encontra o controle de infecção. Então assim, a mais de 5 anos que a Anvisa trabalha numa possibilidade de mudança dessa legislação, mas, não sai do lugar. Então, o que acontece, até hoje a gente ainda não tem uma legislação mais recente, algo mais recente, para que a gente possa resolver essas questões, pois, e a legislação existente ela é muito falha, ela não é ampla, ela é muitas vezes confusa; [...] Então, eu acho que já passou da hora da gente ter uma nova legislação, uma nova legislação que consiga realmente colocar algumas estratégias do trabalho, do dia-a-dia do controle de infecção mais facilmente entendíveis, porque a gente tem que entender que se a gente for ver o Brasil de norte a sul, temos n situações de saúde, de situações de controle de infecção. Cada um faz da melhor forma possível que consegue, mas assim, a gente vê que não é uma conduta única, não tem esse apoio único para o Brasil inteiro. Então assim, a legislação ela viria até para ajudar a vigilância sanitária a cobrar melhor, a mudar a situação do controle no Brasil e exigir o cumprimento dos critérios e de tudo que já existe da Anvisa, do que a Anvisa já conseguiu colocar de novidades e de estratégias novas dentro do controle de infecção. Portanto, eu acho que já passou da hora de ter uma mudança na nossa legislação.”*  
(E.1)

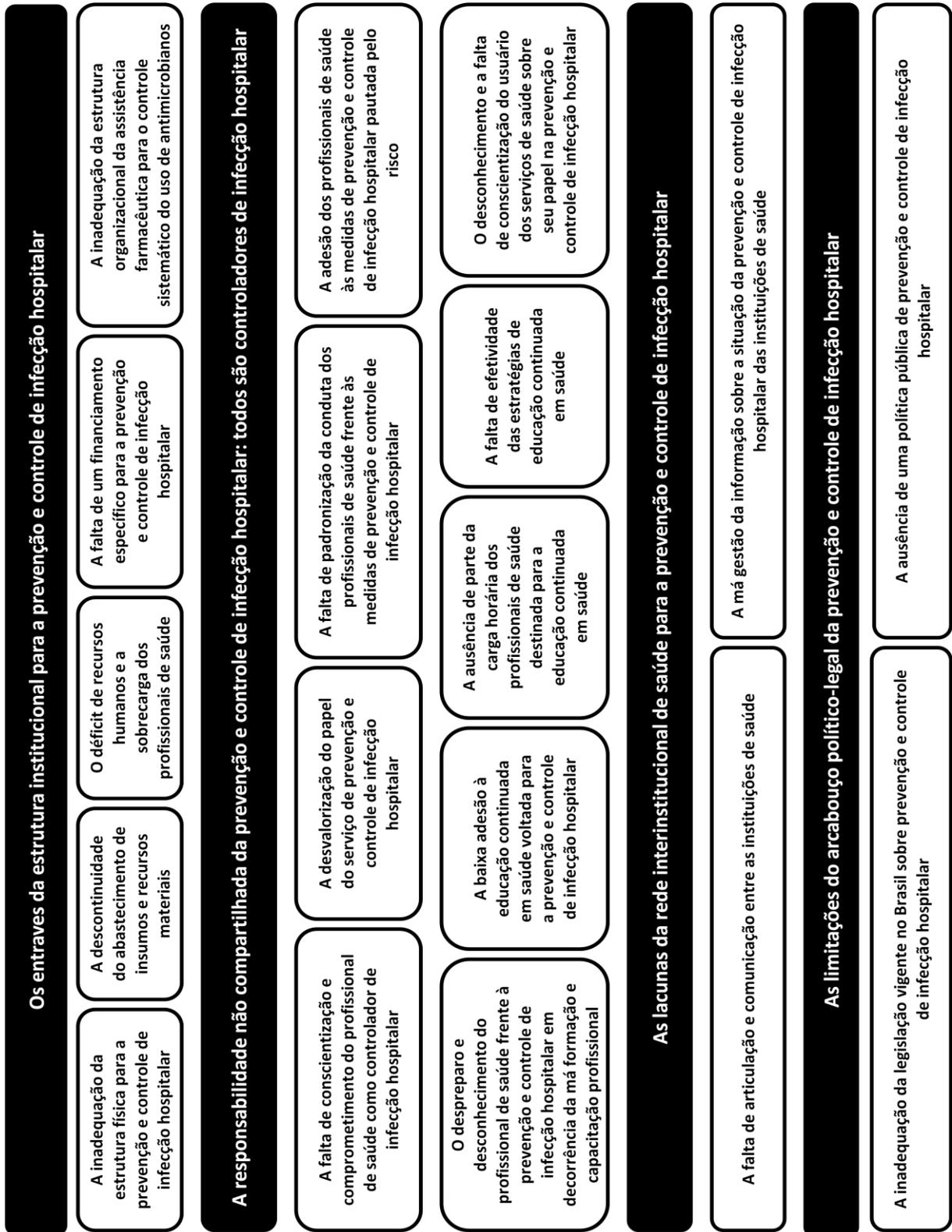
#### *5.2.4.2 A ausência de uma política pública de prevenção e controle de infecção hospitalar*

Como último desafio apreendido, esse mesmo entrevistado que relatou a questão da inadequação da legislação vigente, ainda chama a atenção para a ausência de uma política pública de prevenção e controle de infecção hospitalar que na percepção desse entrevistado, esse representa o maior desafio deles atualmente, conforme seu relato:

*“Para mim o maior desafio do controle de infecção é a gente não ter dentro da secretaria de saúde uma política pública de controle de infecção, que dentro dessa política viriam os outros pontos, os outros certames relacionados com tudo isso [prevenção e controle de infecção hospitalar] [...] então, nós precisamos de políticas ágeis, políticas eficazes, para que a gente consiga manter esse controle das infecções.”* (E.1)

Encerrada a exposição dos desafios apreendidos, a seguir, segue um quadro-resumo (figura 2) com todos os desafios apreendidos de acordo com suas respectivas categorias de análise.

**Figura 2.** Quadro-resumo dos desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar enfrentados pela instituição de saúde



## 6.0 DISCUSSÃO

Frente ao diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde estudada, algumas questões identificadas devem ser melhor discutidas para compreender o cenário da instituição de saúde estudada.

Como visto, em relação às ações imprescindíveis de prevenção e controle de infecção hospitalar, a instituição desenvolve todas as ações aplicáveis a sua realidade, mostrando dessa forma, que a instituição desenvolve todas as ações que podem influir em grau crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar.

Já em relação às ações necessárias e recomendáveis verificou-se que a instituição não realiza algumas ações, segundo o que é preconizado pela legislação vigente, Lei Federal nº 9.431 (BRASIL, 1997) portaria MS nº 2.616 (BRASIL, 1998), sendo a categoria de ação que mais teve um percentual de ações não desenvolvidas, a de ações recomendáveis.

Entretanto, isso não se mostra ser um agravante, pois, essas ações dizem respeito a uma categoria de ação que pode influir em grau não crítico na qualidade e segurança do atendimento hospitalar, sendo considerado, portanto, que a não realização de alguma ação considerada como recomendável não irá trazer um alto risco para o paciente.

Analisando as ações necessárias e recomendáveis não desenvolvidas, basicamente percebe-se que grande parte dessas, se refere a ações relacionadas ao uso racional de antimicrobianos e ao sistema de vigilância epidemiológica, que são dois dos quatro pilares de ações que devem ser desenvolvidas pelo PCIH de uma instituição de saúde segundo a portaria MS nº 2.616 (BRASIL, 1998).

Em relação ao uso de antimicrobianos, foi possível verificar que, na instituição estudada, existiu um protocolo para a prescrição de antimicrobianos e a CCIH estabelece medidas de educação continuada da equipe médica em relação à essa prescrição.

Entretanto, por outro lado, não são desenvolvidas as ações como orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIH na prescrição de antimicrobianos; a emissão de relatórios de sensibilidade/resistência bacteriana para o corpo clínico e CCIH; a existência de uma política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e principalmente a ação de a CCIH realizar o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos.

Wannmacher (2004) aponta que, apesar do surgimento, ao longo do tempo, de medidas eficazes de combate aos micro-organismos, esses continuam causando uma série de agravos à saúde, principalmente em países em desenvolvimento, sendo que dentre as principais causas para essa ocorrência, está o surgimento e disseminação da resistência microbiana, que tende a ser agravada pelo uso irracional de antimicrobianos, pois, induz a uma seleção dos micro-organismos resistentes aos antimicrobianos.

Como visto, os fatores de riscos do acometimento da infecção hospitalar podem ser inerentes ao ambiente hospitalar como a questão da alteração na ecologia microbiana hospitalar com seleção de micro-organismos multirresistentes, que podem ser transmitidos aos pacientes, aumentando dessa forma a susceptibilidade dos pacientes de adquirirem uma infecção hospitalar, além de que, como ressaltado por Turrini e Santo (2002), a presença de micro-organismos multirresistentes, é um dos principais fatores que fazem com que a infecção hospitalar continue representando um grave problema de saúde.

Dessa forma, segundo Couto et al. (2013), o uso racional de antimicrobianos por meio de um controle sistemático, é um pilar essencial para o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, assim como preconizado no contexto brasileiro, pela portaria MS 2.616 (1998), como uma dos pilares de ações a serem desenvolvidas por um programa de controle de infecção hospitalar (PCIH). Portanto, o fato de a instituição de saúde estudada não desenvolver algumas ações pertinentes a esse controle sistemático, aparece como um agravante para o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição.

Algumas questões referentes ao sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares da instituição de saúde estudada, também chamaram a atenção e devem ser destacadas.

Para Cardoso, Pedrosa e Amaral (2013) a vigilância epidemiológica pode ser considerada como a coleta, análise, interpretação sistemática de dados de saúde para o planejamento, implementação e avaliação de práticas, devendo estar integrada com a disseminação das informações para todos que dela precisam.

Na perspectiva da infecção hospitalar, sua vigilância consiste na observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle,

onde a CCIH de cada instituição de saúde deve escolher o método de vigilância epidemiológica mais adequado às características da instituição, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo (BRASIL, 1998).

O processo de vigilância epidemiológica não deve ficar restrito a cada instituição de saúde, pois, se considera necessário, as instituições de saúde compartilharão os dados sobre infecção hospitalar com outras instituições, construindo uma rede, a fim de se ter um panorama sobre a situação de infecção hospitalar, identificando suas tendências, podendo ser criadas redes locais, regionais, nacionais ou até mesmo, internacionais (WHO, 2002).

Frente a esse pressuposto, observou-se que a instituição desenvolve ações que contribuem para a construção dessas redes, tais como a CCIH comunicar periodicamente à Direção e à Comissão Estadual/Distrital a situação do controle de infecção hospitalar e existir interação entre a CCIH e as coordenações de controle de infecção hospitalar municipais e estaduais/distrital.

Para se construir essas redes, é necessário promover uma padronização dos dados compartilhados que permita uma uniformização, para que com isso, possa ser possível a realização de comparações das diferentes realidades (CARDOSO; PEDROSA; AMARAL, 2013), assim como, preconizado no Brasil por legislação, os indicadores de infecção hospitalar a serem adotados pelas instituições de saúde em seus sistemas de vigilância epidemiológica por meio da portaria MS nº 2.616 (1998).

Entretanto, apesar de se buscar a construção dessas redes de compartilhamento de informação, verifica-se que, embora o risco de adquirir infecção hospitalar seja universal e permeia por todas as instalações de cuidados de saúde e sistema de todo o mundo, a carga global é desconhecida devido à dificuldade de coleta de diagnóstico confiável dos dados, como em decorrência da falta de padronização e uniformização dos dados coletados (WHO, 2009a).

Exemplo disto, é o caso da região das Américas, onde se verifica que alguns países têm boa vigilância nos serviços de saúde, mas não há dados nacionais; outros não têm dados tanto dos serviços de saúde quanto nacional; e outros não têm uma vigilância estruturada nem nos serviços de saúde nem a nível nacional, fazendo com que essa diversidade de realidades não propicie uma avaliação do impacto das ações desenvolvidas na região (OPAS, 2010).

Esse fato pôde ter sido observado no cenário da instituição estudada, pois como exposto nos resultados, embora na instituição sejam levantados dados referentes a infecção hospitalar, os indicadores não são levantados como preconizado pela legislação vigente no país, conforme definido pela portaria MS nº 2.616 (BRASIL,1998), mostrando-se como um limitador para a padronização dos dados levantados com as demais instituições de saúde.

Sendo assim, um sistema de vigilância epidemiológica de uma instituição de saúde, apesar de ter que ser implementado de forma condizente com suas características próprias, é de extrema importância que busque usar dados e indicadores uniformizados para facilitar a verificação da real situação da infecção hospitalar nos seus diferentes contextos.

Portanto, partindo desse pressuposto, analisando o cenário da instituição estudada, embora a instituição busque desenvolver ações que contribuam para a construção de redes de compartilhamento de informação, mostra-se necessário o levantamento dos dados e indicadores como preconizado pela legislação vigente, a fim de poder ser padronizado os dados levantados com as demais instituições de saúde, contribuindo para uma melhor análise das diferentes situações de infecção hospitalar, seja na esfera local, regional, nacional ou internacional.

Outra questão ainda relacionada ao sistema de vigilância epidemiológica da instituição estudada que deve ser dada atenção, é o fato da mesma não possuir mecanismos de detecção de infecção hospitalar pós-alta. Essa questão se mostra importante ressaltar, pois, segundo Azevedo (2008), existe uma forte possibilidade de sub-notificações dos dados de infecção hospitalar em instituições que não dispõem de mecanismos para a detecção de casos pós-alta, podendo dessa forma, os dados coletados não representarem a real situação da infecção hospitalar, assim como de sua prevenção e controle, nessas instituições.

Observando o modelo lógico construído (figura 1), tanto o uso racional de antimicrobianos e quanto a implementação de um sistema de vigilância epidemiológica, fazem parte dos resultados intermediários esperados, para que seja possível a máxima redução possível da incidência e gravidade das infecções hospitalares na instituição. Portanto, frente a não realização das ações citadas a pouco, pode-se concluir que o alcance dos resultados esperados na prevenção e controle de infecção hospitalar na instituição, fique fragilizado.

Entretanto, apesar da instituição estudada apresentar essas objeções apontadas em relação ao seu diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar, comparando seu cenário com outras instituições, a instituição estudada apresenta progresso. O estudo de Santos (2006), considerado um dos principais estudos de referência na questão da prevenção e controle de infecção hospitalar no Brasil, buscou analisar a organização das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares nos hospitais e municípios brasileiros.

Neste estudo supracitado, foi possível verificar que ações previstas desde a publicação da primeira norma, em 1983, que determina a obrigatoriedade de CCIHs em todos os hospitais do país, ainda não são realizadas por grande parte dessas instituições.

Dessa forma, considerando as características assistenciais da instituição estudada, tratando-se de uma instituição de baixa complexidade (sem leitos de terapia intensiva) e pequeno porte (menos de 50 leitos), o seu diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar comparado a outras instituições, se mostra positivo, mesmo com a identificação de algumas ações não serem desenvolvidas.

Feita a análise de como a instituição de saúde estudada se organiza na prevenção e controle de infecção hospitalar, pode-se entrar na análise dos desafios enfrentados pela instituição, que é o questionamento de fato desse estudo.

A partir dos desafios apreendidos, foi possível observar diferentes complexidades dos quais a instituição se depara, mostrando que o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar pode apresentar uma complexidade maior do que pode se pensar, abarcando uma série de questões de diferentes âmbitos, corroborando com a percepção de Silva e Souza et al. (2002), que apontam que a prevenção e controle de infecção hospitalar engloba vários aspectos, como: políticas de saúde e administrativas, recursos econômicos, estrutura física, capacidade e engajamento profissional, conhecimento científico, e que portanto, as infecções hospitalares, além de uma preocupação na saúde, tomam dimensões políticas, sociais, culturais, tecnológicas, econômicas entre outras (CARDOSO; SILVA, 2004).

Os desafios referentes a primeira categoria de análise, se referem a alguns entraves da estrutura da instituição que na percepção dos entrevistados representam desafios. Grande parte desses entraves permeia por todo o cenário da

instituição e que, portanto, não se limitam ao processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, mas são entraves que para os atores envolvidos no processo da gestão da prevenção e controle de infecção hospitalar, têm forte interferência nesse processo.

Outros estudos na área vêm mostrando essa percepção também, como identificado por Cardoso e Silva (2004), que analisando a percepção de enfermeiros sobre os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar, apreenderam desafios relacionados às políticas existentes nas instituições de saúde e suas estruturas administrativas, destacando a falta de apoio da direção, baixa autonomia para as comissões, política financeira da instituição, sucateamento das condições de trabalho, baixa remuneração, inadequação das estruturas físicas, assim como pouca mão-de-obra qualificada para executar o serviço.

Mas, embora todos os desafios apontados pelos entrevistados tenham relevância, alguns para esta categoria podem ser destacados. O primeiro é em relação à inadequação da instalação física da instituição de saúde. Isso se mostra ser um fator preocupante para a prevenção e controle de infecção hospitalar, pois, considerando os fatores de risco de acometimento da infecção hospitalar, a questão do ambiente hospitalar incluindo os fatores relacionados a instalação física contribui para esse acometimento.

Segundo Fernandes (2000), uma das atividades centrais da prevenção e controle de infecção hospitalar é a implantação de medidas de proteção anti-infecciosa, dentre as quais está o isolamento de pacientes e a instituição de precauções padrão. A instituição desenvolve ações relativas a essas medidas, entretanto, como exposto pelos entrevistados, a questão da instalação física da instituição de saúde não permite o desenvolvimento dessas medidas de forma efetiva.

A questão da projeção da instalação física de uma instituição de saúde visando os riscos causados aos pacientes se torna fundamental, e por isso, como Lara (2013) expõe, é de extrema importância a avaliação dos riscos da instalação física para a prevenção e controle de infecção hospitalar. Isto inclui a concepção de uma construção de uma instituição de saúde, onde uma CCIH deve ser designada, no planejamento de construções e reformas, a avaliar o projeto gerencial, desde a sua concepção até a conclusão, mantendo uma abordagem sistemática do mesmo.

Portanto, mesmo que a instituição realize as ações, a mesma se mostra limitada a desenvolvê-las frente a uma instalação física inadequada, fazendo com que os riscos de acometimento de infecção hospitalar não sejam reduzidos ao máximo possível como deveria. Por isso, uma vez que a instituição não detém de uma estrutura física que garanta a segurança do paciente, se questiona se essa instituição deveria continuar prestando um serviço assistencial de internação em decorrência dos riscos que a inadequação de sua estrutura podem ocasionar aos seus pacientes.

Outro ponto a se destacar, é a questão da ausência de um financiamento específico para a prevenção e controle de infecção hospitalar, onde embora, observando o modelo lógico construído (figura 1) exista a previsão de recursos financeiros destinados a execução do PCIH, não existe um financiamento específico, onde os profissionais executores da CCIH, tenham uma previsão e planejamento dos recursos que podem ser usados. Diante da complexidade desse processo de prevenção e controle, esforços devem ser direcionados para uma execução mais efetiva desse processo, incluindo esforços financeiros, pois, como apresentado, a falta de um financiamento específico, por vezes, acaba limitando o processo de trabalho da CCIH, como no desenvolvimento de ações de conscientização e capacitação.

Fato este exposto por Delage (2011), que em seu estudo sobre o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar em instituições de saúde do município de Juiz de Fora - MG, identificou uma sensibilidade da administração no sentido de corrigir as inconformidades, entretanto, muitas vezes o que ocorre é falta de apoio da direção do hospital, com infra-estrutura sucateada, apoio financeiro e pouca mão de obra para desenvolver as ações.

Outra questão que chamou a atenção foi a identificação da inadequação da estrutura organizacional da assistência farmacêutica para o controle sistemático do uso de antimicrobianos. Como já discutido, o uso racional de antimicrobianos por meio de um controle sistemático, é um pilar essencial para o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar (BRASIL,1998).

Nessa perspectiva, algumas estratégias para o uso racional de medicamentos, dos quais estão incluídos os antimicrobianos, são acessíveis e passíveis de serem utilizadas: seleção de medicamentos, formulário terapêutico ,gerenciamento adequado dos serviços farmacêuticos, dispensação e uso

apropriado de medicamentos, farmacovigilância, educação dos usuários quanto aos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita (BRASIL, 2007).

Um dos elementos vitais para o uso racional de medicamentos é a dispensação de medicamentos que consiste na entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto. Cabendo ao dispensador a responsabilidade pelo entendimento do usuário acerca do modo correto de uso do medicamento (BRASIL, 2007), e é justamente em relação a dispensação dos medicamentos que os entrevistados relataram ter maior dificuldade para a questão do controle sistemático do uso de antimicrobianos, pois, a estrutura organizacional da assistência farmacêutica (recursos humanos e modo de funcionamento) não permite fazer uma dispensação da forma mais efetiva, onde os entrevistados acreditam que deveria ser a dispensação por dose individualizada.

Portanto, a questão do uso racional de antimicrobianos no cenário da instituição de saúde estudada, se mostra como preocupante, pois, o não desenvolvimento de algumas ações relacionadas e esse uso racional aliado a inadequação da estrutura organizacional da assistência farmacêutica para o controle sistemático do uso de antimicrobianos, representa um potencial limitante para o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar na instituição.

De maneira geral, esses desafios apontados em relação a estrutura da instituição de saúde estudada para o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, são desafios contemplados no âmbito de gestão da instituição, e que embora, não possa se afirmar que esses desafios são em decorrência de uma má gestão da instituição, analisando outros estudos, em alguns casos, desafios dessa natureza podem ser em decorrência de uma falta de apoio da gestão.

Nessa perspectiva, Silva e Souza et al. (2002) ressaltam que, as políticas institucionais não têm colaborado para a efetivação das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar. Considerando que, boa parte das instituições de saúde adotam um sistema administrativo departamentalizado, onde cada unidade funciona como uma atividade fim, importando que ela esteja funcionando mas não como está funcionando, se com qualidade e atingindo sua finalidade maior que é a qualidade no atendimento ao usuário.

Entretanto, embora existam situações onde de fato não se tenha um apoio efetivo da gestão da instituição de saúde, considerando que a instituição estudada se trata de uma instituição de âmbito público integrando uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo o sistema público de saúde, a gestão dessa instituição está subordinada a instâncias superiores.

Dessa forma, muitas vezes, a resolução dessas questões levantadas possa fugir da governabilidade da gestão institucional, sendo que, por outro lado, a gestão de uma instituição de saúde privada, detém de completa governabilidade sobre o gerenciamento dos problemas intrínsecos ao sua realidade.

Portanto, surgiu um questionamento de como a ambiguidade entre a gestão de instituições privadas e públicas, pode influenciar no processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, mostrando ser necessário o desenvolvimento de estudos que busquem compreender isto, uma vez que pode representar um importante ponto de discussão relacionada ao fomento da prevenção e controle de infecção hospitalar.

No processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, considera-se que a sua responsabilidade permeia por todas as pessoas e todos os prestadores de serviços de saúde, onde todos devem trabalhar em parceria para reduzir os riscos de acometimento da infecção hospitalar (WHO, 2002).

Nessa perspectiva, a segunda categoria de análise de desafios apreendidos, traz à tona a questão da responsabilidade não compartilhada da prevenção e controle de infecção hospitalar. Essa categoria é a que traz mais desafios apreendidos, sendo que de maneira geral, boa parte desses desafios faz referência ao papel do profissional de saúde na prevenção e controle de infecção hospitalar.

Na assistência à saúde, independente de ser prevenção, proteção ou tratamento e reabilitação, o indivíduo deve ser visto como um ser integral, que não se fragmenta para receber atendimento em partes. As infecções hospitalares são multifatoriais, e toda a problemática de como reduzir as infecções, intervir em situações de surtos e manter sob controle as infecções dentro de uma instituição, deve ser resultado de um trabalho de equipe (PEREIRA et al. 2005).

Entretanto, o que se observa na prática, é que medidas importantes como a higienização das mãos, seguir os protocolos estabelecidos, realizar o correto isolamento de pacientes e medidas de precaução padrão, mesmo sendo conhecidas

e reconhecidas por grande parte dos profissionais de saúde, não são executadas por boa parte desses profissionais (FERNANDES, 2008).

Fato este que também pôde ser identificado nesse estudo, onde dentre os desafios apreendidos nessa categoria, estão: a falta de conscientização e comprometimento do profissional de saúde como controlador de infecção hospitalar; a falta de padronização da conduta dos profissionais de saúde frente às medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar e a adesão dos profissionais de saúde as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar pauta pelo risco.

Sendo que, apesar de cada um desses possuir características próprias, todos esses desafios se referem a questão de alguns profissionais de saúde não desenvolverem as ações necessárias para a prevenção e controle de infecção hospitalar.

Fernandes (2008) em seu estudo sobre o porque de os profissionais de saúde não adotarem as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar, chegou a conclusão de que os profissionais adquiriram na sua prática conhecimentos sobre a infecção hospitalar e sua prevenção e controle, mas sentem dificuldades para incorporar essas medidas no atendimento ao paciente.

Portanto, cabe ressaltar que, embora verifica-se que a questão da não execução das ações por parte de alguns profissionais, possa estar relacionada à falta de conscientização do profissional, muitas vezes o profissional pode ter consciência e saber os procedimentos corretos a serem seguidos, porém, alguns fatores como falta de insumos, recursos materiais e a falta de recursos humanos, propiciando sobrecarga do profissional, podem aparecer como limitantes para o profissional de saúde desenvolver de fato as medidas e ações preconizadas.

Porém, Fernandes (2008), por outro lado, constatou que os profissionais de saúde tendem a atribuir a ocorrência da infecção hospitalar ao acaso, condições inadequadas de trabalho ou buscam um culpado, ou seja, não atribuem a ocorrência da infecção hospitalar a prática assistencial exercida pelo próprio profissional de saúde.

Além disso, habitualmente, observa-se, a concepção dos profissionais de que o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar é de responsabilidade apenas da CCIH, dessa forma se excluem da sua responsabilidade pessoal. Por outro lado, esta visão confere aos integrantes da comissão uma condição de superioridade, uma vez que é conhecida muito mais como fiscalizadores das

medidas instituídas para o controle, do que parceiros que devem caminhar juntos nesta construção de uma nova práxis nesse processo, que necessariamente deve ser coletivo (PEREIRA et al., 2005), justificando outro desafio apreendido, relacionado a desvalorização do papel do serviço de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Outro desafio apreendido e que possui estreita relação com a força de trabalho é o despreparo e desconhecimento do profissional de saúde frente à prevenção e controle de infecção hospitalar em decorrência da má formação e capacitação profissional. Segundo Azambuja, Pires e Vaz (2004), pouco se fala sobre infecção hospitalar na academia, sendo que existe um investimento no graduando, para que, durante sua formação, adquira competência para executar um procedimento esperado em seu exercício profissional, mas a ênfase à prática da prevenção e controle de infecção hospitalar se mostra bastante defasada. Logo, o processo de conscientização do profissional a cerca da questão da prevenção e controle de infecção hospitalar, deve ser iniciado desde o começo da sua formação, ainda no espaço de formação acadêmica.

Dessa forma, os princípios, normas, postulados e práticas relacionados à prevenção e controle da infecção hospitalar devem compor o currículo acadêmico dos profissionais da saúde de modo integrado, onde as disciplinas específicas para a formação profissional dos diferentes cursos possam carregar a filosofia e a prática da prevenção e controle de infecção hospitalar (AZAMBUJA; PIRES; VAZ, 2004; PEREIRA et al., 2005).

Portanto, o êxito do processo de prevenção e controle de infecção hospitalar está diretamente relacionado com o envolvimento de todos os profissionais que atuam na prestação da assistência à saúde e de que nada adianta, portanto, o conhecimento do fenômeno e das medidas preventivas, se quem presta assistência não as adota no seu fazer profissional. Dessa forma, considera-se que sem a assimilação e implementação dos procedimentos corretos por quem executa junto ao paciente, com a necessária integração com a equipe da CCIH, o problema da infecção hospitalar sempre será um entrave na prestação de serviços à saúde (PEREIRA et al., 2005).

Partindo desse pressuposto, é crucial que as medidas já existentes sejam reconhecidas pela comunidade hospitalar, a ponto de suscitar a adesão de todos os trabalhadores, por estes acreditarem em sua eficácia e não só pela existência de

uma exigência institucional. Sendo assim, a adesão dos trabalhadores às medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares, está na dependência de um processo de formação/educação constante, que seja considerado como um componente do processo de trabalho no qual está o trabalhador inserido (AZAMBUJA; PIRES; VAZ, 2004).

Nessa perspectiva, a fim de se promover essa educação constante, um dos pilares de um programa de controle de infecção hospitalar (PCIH) é a capacitação dos profissionais de saúde no que diz respeito à prevenção e controle de infecção hospitalar sendo de responsabilidade da CCIH da instituição realizar essas ações, assim como preconizado no Brasil pela portaria MS nº 2.616 (BRASIL, 1998).

Entretanto, no cenário da instituição de saúde estudada, embora a mesma desenvolva ações de capacitação e educação continuada para os profissionais de saúde, foi possível apreender que a instituição se depara com alguns desafios, como a baixa adesão à educação continuada em saúde voltada para a prevenção e controle de infecção hospitalar, a ausência de parte da carga horária dos profissionais de saúde destinada para a educação continuada em saúde e a falta de efetividade das estratégias de educação continuada em saúde.

O profissional de saúde pode não aderir às atividades de educação continuada desenvolvidas por falta de conscientização da importância dessas ações para a sua prática profissional e/ou até mesmo, por falta de interesse, mas, como o próprio estudo conseguiu apreender, a baixa adesão também pode estar relacionada com a falta de tempo do profissional para participar das atividades, já que não existe parte da carga horária dos profissionais de saúde destinadas para as atividades de educação continuada.

Azambuja, Pires e Vaz (2004) destacam que, o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, não acontece em um contexto dissociado da formação/educação do trabalhador em seu espaço/ambiente de trabalho. Dessa forma, torna-se necessário, o desenvolvimento de novas estratégias que busquem atrair o interesse do profissional assim como se adapte ao seu dia a dia do trabalho como apontado pelos entrevistados que relatam que devido ter uma falta de efetividade das estratégias de educação continuada em saúde, a instituição tem buscado outras que mudem a lógica de capacitação em sala de aula, que se mostra sem efetividade.

As ações voltadas para o chamado modelo escolar a muito tempo veem se mostrando sem efetividade para a transformação desejada na mudança de hábitos dos profissionais de saúde, trazendo a tona a vertente da educação permanente, que busca incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, ou seja, modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer, colocando as pessoas como atores reflexivos da prática (DAVINI, 2009).

Logo, a estruturação do processo de educação em saúde nas organizações de saúde deve ser pautada na lógica de trazer o profissional de saúde como ator nesse processo, onde a construção de conhecimento se faz de forma coletiva no contexto diário do trabalho (DAVINI, 2009) e que, portanto, considerando a prevenção e controle de infecção hospitalar, pode-se dizer que, esta nova lógica se torna como um potencial catalisador no processo de conscientização e mudança comportamental dos profissionais de saúde.

Embora o papel do profissional de saúde seja fundamental para o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, verifica-se que existe uma preocupação focalizada em volta apenas do profissional de saúde. Entretanto, como já visto, a responsabilidade desse processo permeia todos, sendo que, nessa perspectiva, esse “todos”, inclui o próprio usuário dos serviços de saúde representando a sociedade como um todo.

Dessa forma, as instituições de saúde além de se depararem com desafios relacionados ao papel do profissional de saúde como controlador de infecção hospitalar, podem se deparar com desafios relacionados ao usuário dos serviços de saúde, como apreendido nesse estudo, onde se identificou que existe um desconhecimento e a falta de conscientização do usuário dos serviços de saúde sobre seu papel na prevenção e controle de infecção hospitalar.

Delage (2011) aponta, esse fato, evidenciando a necessidade das instituições de saúde em conjunto com os profissionais de saúde em conscientizar a população sobre a importância do próprio usuário de saúde para a prevenção e controle de infecção hospitalar, mostrando que através de simples ações, a população pode ser grande contribuinte para esse processo.

Os desafios apreendidos na segunda categoria de análise se destacam, pois, no cenário geral da prevenção e controle de infecção hospitalar, são vistos como os

maiores desafios a serem enfrentados, que segundo Cardoso e Silva (2004) são os que se referem justamente a mudança de comportamento dos profissionais da saúde e mesmo dos usuários, para que a partir dessa mudança, possa ser possível de fato a responsabilidade desse processo ser compartilhada por todos.

Como já discutido, é importante que as instituições de saúde compartilhem os dados sobre infecção hospitalar com outras instituições, construindo uma rede, a fim de se ter um panorama sobre a situação de infecção hospitalar, identificando suas tendências, podendo ser criadas redes locais, regional, nacionais ou até mesmo, internacionais (WHO, 2002). Entretanto, no contexto da instituição de saúde estudada, isso não vem acontecendo dessa forma, pois, identificou-se que existem lacunas na rede interinstitucional de saúde para a prevenção e controle de infecção hospitalar, representando a terceira categoria de análise dos desafios apreendidos.

Essas lacunas se referem a falta de articulação e comunicação entre as instituições de saúde, onde as instituições de saúde não compartilham entre si as informações relacionadas a infecção hospitalar assim como de sua prevenção e controle, e a uma má gestão da informação sobre a situação da prevenção e controle de infecção hospitalar das instituições de saúde, onde os órgãos superiores não dão um retorno para as instituições de saúde da real situação da prevenção e controle de infecção hospitalar a nível local.

Segundo a portaria MS nº 2.616 (1998), no Brasil, dentre as competências das coordenações de controle de infecção hospitalar municipais, estaduais e distrital e nacional, devem promover a divulgação e disseminação das informações relativas a infecção hospitalar assim como de sua prevenção e controle. Portanto, a partir da análise do cenário da instituição estudada, observa-se que existem fragilidades nessa divulgação dos dados por parte dos órgãos superiores, devendo-se ser considerada essa questão para trazer melhorias para o processo de prevenção e controle de infecção hospitalar não só nas instituições de saúde, mas para o país como um todo.

Entretanto, como já visto, para que se possa fazer uma divulgação desses dados é necessário promover uma padronização dos dados compartilhados que permita uma uniformização, para que com isso, possa ser possível a realização de comparações das diferentes realidades (CARDOSO; PEDROSA; AMARAL, 2013), porém, como ressaltado, a instituição estudada, não levanta os indicadores de

infecção hospitalar como preconizado, dificultando a padronização com outras instituições de saúde.

Portanto, embora possam existir falhas quanto a gestão da informação sobre infecção hospitalar dos órgãos superiores, a falta de padronização dos dados levantados pelas instituições de saúde, dificulta essa gestão da informação. Logo, as instituições de saúde precisam promover uma padronização dos dados levantados, para que a partir disso, os órgãos superiores possam promover uma divulgação e disseminação dos dados de forma mais efetiva e condizente com a realidade encontrada.

A última categoria de análise dos desafios apreendidos traz à tona duas limitações do arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar. A primeira se refere a inadequação da legislação vigente no Brasil sobre prevenção e controle de infecção hospitalar, corroborando com estudos que apontam que a mesma se mostra antiga e desatualizada para a realidade das instituições de saúde (CREMESP, 2010).

A outra limitação apontada é a ausência de uma política pública de prevenção e controle de infecção hospitalar. Isto chama atenção, pois na percepção de um dos entrevistados, essa ausência de uma política direcionada a prevenção e controle de infecção hospitalar, representa o maior desafio no qual a instituição de saúde enfrenta, pois, a partir da formulação dessa política, as outras questões limitantes poderiam ser resolvidas, ou se não resolvidas, pelo menos atenuadas.

Nessa perspectiva, Silva e Souza et al. (2002), apontam que o país tem vivenciado uma evolução política com maior democratização do país, entretanto, todo esse processo de mudança não tem sido suficiente para alterar as políticas de saúde a ponto de fazer diferença em programas específicos como o da prevenção e controle das infecções hospitalares. Portanto, como Pereira et al. (2005) expõem, a infecção hospitalar se mostra como um evento histórico, social e não apenas biológico, requerendo investimentos científicos, tecnológicos, humanos, e principalmente políticos para o desenvolvimento do processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, evidenciando a necessidade de serem formuladas políticas públicas dirigidas para a questão da prevenção e controle de infecção hospitalar, para que de fato sejam desenvolvidas ações que atuem no enfrentamento da infecção hospitalar.

## 7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde estudada se mostra positivo, mesmo com a identificação de algumas ações importantes não serem desenvolvidas, principalmente as relativas ao uso racional de antimicrobianos e ao sistema de vigilância epidemiológica.

Em relação aos desafios apreendidos, embora esse estudo tenha buscado discutir sobre os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar a âmbito institucional, limitando-se a analisar o cenário de uma instituição de saúde em específico, as questões que puderam ser levantadas e discutidas a partir do cenário da instituição estudada, evidenciam que os desafios inerentes ao processo de prevenção e controle de infecção hospitalar podem perpassar por vários contextos, abarcando desde questões relacionadas à lacunas na estrutura institucional até limitações no arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar.

É indiscutível o atual fortalecimento na prevenção e controle da infecção hospitalar na busca contínua de melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente. Entretanto, apesar da importância da prevenção e controle de infecção hospitalar vir ganhando grande espaço na questão da segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde, deve-se ter a prudência de que a infecção hospitalar não se torne apenas um indicador de qualidade da assistência saúde, pois, a infecção hospitalar, além de uma preocupação na saúde, possui dimensões políticas, sociais, culturais, tecnológicas, econômicas entre outras, representado uma questão bem mais complexa do que uma questão apenas vinculada a segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde.

Dessa forma, conclui-se que, diante da complexidade das dimensões que abrangem a infecção hospitalar e da existência de importantes desafios no seu processo de prevenção e controle a serem enfrentados, torna-se imprescindível a constituição de esforços no desenvolvimento de ações que de fato atuem no enfrentamento desses desafios.

Dentre essas ações, aspira-se que visem principalmente: a cooperação de órgãos governamentais com as instituições de saúde quanto a estruturação frente à infecção hospitalar; o fomento da prática da prevenção e controle de infecção hospitalar inserida no contexto do processo de trabalho do profissional de saúde

desde a sua formação na academia; o desenvolvimento de campanhas educativas que visem a conscientização do usuário dos serviços de saúde sobre seu importante papel enquanto controlador de infecção hospitalar; o fortalecimento das redes de compartilhamento de informação tanto entre as instituições de saúde, quanto dessas com os órgãos superiores; a constante atualização do arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar se adequando às reais necessidades das instituições de saúde, assim como, a formulação de políticas públicas dirigidas para a questão da prevenção e controle de infecção hospitalar.

Logo, esse estudo almeja, a partir da discussão trazida, oferecer subsídios para a análise e reflexão na constituição de futuras práticas e modelos de prevenção e controle de infecção hospitalar, recomendando-se a realização de futuros estudos que busquem discutir também a questão dos desafios no processo de prevenção e controle de infecção hospitalar, não só a âmbito institucional, mas em todos os âmbitos inerentes a esse processo, para que a partir de uma discussão conjunta, seja possível a formulação e desenvolvimento de ações efetivas no enfrentamento da problemática da infecção hospitalar, na busca contínua da melhoria da qualidade da assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.3, p. 475-478, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20669.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. Brasília: GGTES/Anvisa, v.1 n. 1 Jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>> Acesso em: 12 set. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Curso básico de controle de infecção hospitalar**: caderno A: epidemiologia para o controle de infecção hospitalar. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoA.pdf>> Acesso em: 03 jun. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Programa Nacional de prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Serviços de Saúde (PNPCIRAS)**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/814e7d80423556f89181b96d490f120b/PNPCIRAS+12122013.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 17 jul. 2014.

AMAYA, S. L. Seguridad del Paciente: Conceptos e análisis de eventos adversos. **Centro de Gestión Hospitalaria/ViaSALUD**, n.48, p.6-21, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2014.

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milênio. **Medicina, Ribeirão Preto (Online)**, v. 32, n. 4, p.492-497, out./dez. 1999. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/reflexoes\\_acerca\\_infecoes\\_hospitalares.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/reflexoes_acerca_infecoes_hospitalares.pdf)> Acesso em: 07 jun. 2014.

AZAMBUJA, E. P.; PIRES, D. P.; VAZ, M. R. C. Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. esp, p. 79-86, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13nspe/v13nspea09.pdf>> Acesso em: 27 out. 2014.

AZEVEDO, V. M. C. **Avaliação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos Hospitais Públicos Municipais e Estaduais de Grande Porte na Cidade de Fortaleza-CE**. 2008. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: <[http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/veronica\\_mary\\_carvalho.pdf](http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/veronica_mary_carvalho.pdf)> Acesso em: 16 nov. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BELLO, A. C. et al. Ações da Anvisa/MS para a Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2013. p. 91-112.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MESSIAS, K. L. M. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev. Saúde. Com**, v.1, n.1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a10.pdf>> Acesso em: 21 set. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 63, de 25 de Novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25\\_11\\_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES)> Acesso em: 23 out. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar. RDC n. 48, de 2 de junho de 2000. **Diário Oficial**

**da União**. Brasília, 2000. Disponível em:

<<http://www.ccih.med.br/resolucaordc.html>> Acesso em: 05 jun. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência Farmacêutica no SUS**. 1 ed. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <

<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/livro-7-assistencia-farmacutica-no-sus.pdf>> Acesso em: 28 set. 2014.

BRASIL. Lei nº 9431, de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de programas de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do País. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1997. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8932bb0047458d9f9714d73fbc4c6735/LEI+N%C2%BA+9.431-1997.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 08 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_ms.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 13 de maio de 1998. Expede, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html)> Acesso em: 09 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume13.pdf)> Acesso em: 19 out. 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Secretaria de Atenção à Saúde. **Portal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos DE Saúde - CNESNet-DATASUS**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 22 set. 2014.

CARDOSO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; AMARAL, D. B. Epidemiologia Hospitalar. **In: Infecção hospitalar e Outras Complicações Não-infecciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 53-113.

CARDOSO, R. S.; SILVA, M. A.. A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas. **Texto & contexto enferm**, v. 13, n. esp, p. 50-57, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072004000500005&script=sci\\_arttex](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072004000500005&script=sci_arttex)> Acesso em: 28 set. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **O controle da infecção hospitalar no Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude\\_Publica/infeccao\\_hospitalar\\_2010.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica/infeccao_hospitalar_2010.pdf)> Acesso em: 26 out. 2014.

COUTO, R. C. et al. Uso Racional de Antibiótico Profilático e Terapêutico. In: COUTO, R. C. et al. **Infecção hospitalar e Outras Complicações Não-infecciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 648-703.

COUTO, R. C.; CARDOSO, E. R. P.; PEDROSA, T. M. G. Histórico do controle de infecção hospitalar. In: COUTO, R. C. et al. **Infecção hospitalar e Outras**

**Complicações Não-infecciosas da Doença:** epidemiologia, controle e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 3-7

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 39-63. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)> Acesso em: 02 nov. 2014.

DELAGE, D. G. A. **Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares:** um desafio em instituições públicas, privadas e filantrópicas do município de Juiz de Fora. 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2011/03/PREVEN%C3%87%C3%83O-E-CONTROLE-DAS-INFEC%C3%87%C3%95ES-HOSPITALARES.pdf>> Acesso em: 11 set. 2014.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. DONABEDIAN, A. 1 ed. Michigan: Health Administration Press, 1980, p 77-125.

FERNANDES, A. T. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. A. T. Fernandes (Editor-Chefe). Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

FERNANDES, A. T. **Percepções de profissionais de saúde relativas à infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção**. 2008. 234 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-29012009-135158/pt-br.php>> Acesso em: 23 set. 2014.

GALVANESE, F. A. C.; Possibilidades e limites: considerações sobre o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **O controle da infecção hospitalar no Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. p. 34-39. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude\\_Publica/infeccao\\_hospitalar\\_2010.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica/infeccao_hospitalar_2010.pdf)> Acesso em: 26 out. 2014.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2013. p. 29-40.

GIUNTA, A. P. N.; LACERDA, R. A. Inspeção dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos Ser Infecção Hospitalar dos Serviços de Saúde pela Saúde pela Vigilância Sanitária: diagnóstico de situação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 64-70, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a08v40n1.pdf>> Acesso em: 04 set. 2014.

KAWAGOE, J. Y.; GONÇALVES, P. Prevenção e controle de infecção para a Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2013.

LACERDA, R. A. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 55-63, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1630/1675>> Acesso em: 07 set. 2014.

LACERDA, R. A.; EGRY, E. Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 13-

23, out. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691997000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691997000400003&script=sci_arttext)> Acesso em: 16 set. 2014.

LARA, L. T. R. Construções, reformas hospitalares e controle de infecção. In: COUTO, R. C. et al. **Infecção hospitalar e Outras Complicações Não-infecciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 362-371.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. S. A Segurança do Paciente e a Qualidade em Serviços de Saúde no Contexto da América Latina e Caribe. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2013. p. 13-18.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2013. p. 65-78.

OLIVEIRA, A. C.; DAMASCENO, Q. S.; RIBEIRO, S. M. C. P. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 445-450, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/211>>. Acesso em: 20 set. 2014.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 1, p.216-220, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>> Acesso em: 14 out. 2014.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S. A. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Rev. eletrônica enferm**, v. 10, n. 3, p. 775-783, set. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm>> Acesso em: 03 set. 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.**

Washington: OPAS, 2010. Disponível em:

<[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21399&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21399&Itemid)> Acesso em: 25 set. 2014.

PEDROSA, T. M. G. et al. Eficácia dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar – Impacto nos Custos da Assistência Médica. In: COUTO, R.C. et al. **Infecção hospitalar e Outras Complicações Não-infecciosas da Doença:** epidemiologia, controle e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 31-41.

PEREIRA, M. S. et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p. 250-7, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf>> Acesso em: 12 out. 2014.

SANTOS, A. A. M. **O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares:** após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? 2006. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/dissertacao\\_adelia.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/dissertacao_adelia.pdf)> Acesso em: 23 set. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Portal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.** Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/index.php>> Acesso em: 10 set. 2014.

SILVA E SOUZA, A. C. S. et al. Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde: percepção dos enfermeiros. **Ciênc Enferm**, v. 8, n. 2, p. 19-30, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100004&script=sci_arttext)> Acesso em: 23 out. 2014.

SMELTZER, B. G.; BARE, S. C. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAVARES, F. M. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 180-185, maio./ago. 2007. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200010)> Acesso em: 01 nov. 2014.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2013. p. 19-28.

TURRINI, R. N. T.; SANTO, A. H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, p. 485-490, 2002. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n6/7806485.pdf>> Acesso em: 19 ago. 2014.

WANNMACHER, L. Uso indiscriminado de Antibióticos e Resistência Microbiana: Uma Guerra Perdida? **Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados**, Brasília, v. 1, n. 4, mar. 2004. Disponível em:  
<[http://www.extensao.cederj.edu.br/material\\_didatico/sau2203/pdfs/aula05\\_LC.pdf](http://www.extensao.cederj.edu.br/material_didatico/sau2203/pdfs/aula05_LC.pdf)> Acesso em: 23 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Core components for infection prevention and control programmes**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em:  
<[http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_HSE\\_EPR\\_2009.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HSE_EPR_2009.1_eng.pdf)> Acesso em: 19 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Priorities for Patient Safety Research**. Geneva: WHO, 2009b. Disponível em:

<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf)> Acesso em: 12 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide.** Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/20080523\\_Summary\\_of\\_the\\_evidence\\_on\\_patient\\_safety.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf)> Acesso em: 13 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.** Geneva: WHO, 2009a. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)> Acesso em: 05 ago. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005.** Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)> Acesso em: 13 out. 2014.

ZANON, U. Etiopatogenia das complicações infecções hospitalares. In: COUTO, R.C. et al. **Infecção hospitalar e Outras Complicações Não-infecciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 8-30.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A

**CHECKLIST DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

SEÇÃO I – AÇÕES IMPRESCINDÍVEIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

<b>Ação</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Existe CCIH na instituição de saúde		
A CCIH está formalmente nomeada		
Existe PCIH na instituição de saúde		
A CCIH elabora regularmente relatórios contendo dados informativos e indicadores do Controle de Infecção Hospitalar		
Existem normas e rotinas, visando limitar disseminação de microorganismos de doenças infecto-contagiosas em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento		
Todos os setores da instituição de saúde dispõem de lavatórios com água corrente, sabão e ou anti-séptico e papel toalha, para a lavagem das mãos dos profissionais		
Na ausência de núcleo epidemiológico, a CCIH notifica aos órgãos de gestão do SUS casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória		
A CCIH conta com membros executores		
Os membros executores estão formalmente nomeados		
Existe Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares		
É utilizado coletor de urina fechado com válvula anti-refluxo		
Existe EPI (Equipamento de Proteção Individual) para realização de procedimentos críticos		
A instituição de saúde conta com laboratório de microbiologia		

SEÇÃO II – AÇÕES NECESSÁRIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

<b>Ação</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Existe Regimento Interno da CCIH		
Existem manuais ou rotinas técnico-operacionais visando a prevenção e controle da Infecção Hospitalar		
Existe treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de Infecção Hospitalar		
As reuniões da CCIH ocorrem regularmente e são registradas em atas		
Os registros das atas indicam com clareza a existência de um programa de ação para o CIH no hospital		
A CCIH realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos		
Existe formulário para a prescrição de antimicrobianos		
Existem procedimentos escritos relativos ao uso racional de Germicidas que garanta a qualidade da diluição final		

A CCIH estabelece as diretrizes básicas para a elaboração dos procedimentos escritos do serviço de limpeza		
Existem procedimentos escritos e padronizados do serviço de limpeza		
A CCIH supervisiona a aplicação dos procedimentos escritos e padronizados do serviço de limpeza		
A CCIH estabelece programa de treinamento para o serviço de limpeza		
A CCIH divulga os relatórios contendo os dados informativos do controle de infecção hospitalar entre o Corpo Clínico do Hospital		
A CCIH comunica periodicamente à Direção e à Comissão Estadual/Distrital a situação do controle de infecção hospitalar		
O hospital dispõe de mecanismo para detecção de casos de Infecção hospitalar pós alta		
Existe política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica		
Existe interação entre a CCIH e as coordenações de controle de infecção hospitalar municipais e estaduais/distrital		
Existem procedimentos escritos orientando Lavagem das mãos		
Existem procedimentos escritos orientando Biossegurança (exposição a material biológico e acidentes com perfuro cortantes)		
Existem procedimentos escritos orientando cuidados com cateteres intravasculares e urinários		
Existem procedimentos escritos orientando Curativos		
Existem procedimentos escritos orientando Limpeza e Desinfecção de artigos		
Existem procedimentos escritos orientando Esterilização		
Existem procedimentos escritos orientando Limpeza de ambientes		
Existe treinamento dos funcionários para a aplicação dos procedimentos escritos, realizados em parceria com outras equipes		
Existem registros desse treinamento dos funcionários para a aplicação dos procedimentos escritos, realizados em parceria com outras equipes		
Existe rotina de controle bacteriológico da água que abastece o hospital		
Existe rotina de limpeza de cada caixa d'água que abastece o hospital		
Existem programas de imunização ativa em profissionais de saúde em atividade de risco		
Existe coleta de dados sobre Infecção Hospitalar		
São levantados os indicadores de Infecção Hospitalar		
O indicador "Taxa de Infecção Hospitalar" é levantado		
O indicador "Taxa de paciente com Infecção Hospitalar é levantado		
O indicador "Taxa de infecção hospitalar por topografia" é levantado		
O indicador "Taxa de infecção hospitalar por procedimento" é levantado		
O indicador "Taxa de infecção hospitalar em cirurgia limpa" é levantado		
O indicador "Taxa de letalidade por infecção hospitalar" é levantado		
Existe avaliação e priorização dos problemas com base nos dados levantados		
Os membros executores da CCIH realizam análise do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que permite a identificação de surto em tempo hábil para medidas de controle		
A CCIH tem atuação/apoio ao funcionário acidentado por pérfuro-cortantes		
O uso do EPI é supervisionado pela CCIH		
Existem recipientes diferenciados para desprezar os diversos tipos de resíduos hospitalares		
A lavanderia hospitalar possui sistema de barreiras		
São emitidos relatórios de sensibilidade/resistência bacteriana para o corpo clínico e CCIH		

SEÇÃO III – AÇÕES NECESSÁRIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

<b>Ação</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
A CCIH participa de comissão técnica para especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos		
A CCIH promove debates com a comunidade hospitalar sobre o CIH		
Existe consórcio com outras instituições de saúde para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos na implantação do PCIH		
O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de Infecção Hospitalar		
O indicador “Coeficiente de sensibilidade/resistência dos micro-organismos aos antimicrobianos” é levantado		
Existem registros de acidentes por perfuro-cortantes em funcionários		
Existe orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIH na prescrição de antimicrobianos		
A CCIH estabelece medidas de educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos		
São realizadas auditorias internas para avaliar o cumprimento do PCIH		
Existem registros das auditorias internas realizadas		