

CENTRO DE ESTUDOS
LTDA



SUPERIORES DE ITAITUBA –

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DEIZIANE DOS SANTOS PEREIRA

**O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO
HOSPITALAR: Uma Análise no Hospital Municipal de Itaituba- PA**

Itaituba – PA

2018

DEIZIANE DOS SANTOS PEREIRA

**O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO
HOSPITALAR: Uma Análise no Hospital Municipal de Itaituba- PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Rosangela de Aguiar
Rodrigues

Itaituba - PA

2018

PEREIRA, Deiziane dos Santos

O Enfermeiro Na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar: uma análise no Hospital Municipal de Itaituba-Pa

57 f.: il.

Orientador: Rosangela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Itaituba, 2017.

1. Infecção Hospitalar – Enfermeiro RODRIGUES, Rosangela de Aguiar. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2018.

O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR: Uma Análise no Hospital Municipal de Itaituba- PA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
bacharel no Curso de Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Esp. Rosangela de Aguiar
Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Enf Esp Rosangela de Aguiar Rodrigues.

Orientador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de _____ de 2018

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter me proporcionado esta oportunidade de estudo e a toda a minha família em especial aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu a vida e por ter me proporcionado a oportunidade para lutar a cada dia sem desistir.

Quero agradecer de maneira especial ao meu pai Antonio Wilson Gomes Pereira e a minha mãe Maria Valneide Nascimento dos Santos que mesmo não estando mais presentes aqui na terra, contribuíram com a minha educação, muito obrigado.

Agradeço a toda minha família em especial a minha tia Rosinete, aos meus primos, meu esposo David, a minha filha Isabelly, aos meus irmãos: Diego, Deizilene e David por terem me apoiado nos momentos mais difíceis que passei.

Grata a minha professora e orientadora Rosangela de Aguiar, por todo seu compromisso, dedicação e conhecimentos transmitidos, que foram de fundamental importância na minha formação e na elaboração desse trabalho.

Agradeço todos os professores do curso da faculdade, que sempre repassaram muitos conhecimentos importantes contribuindo para o meu processo de formação profissional.

Agradecimentos aos meus colegas de classe, com um destaque especial a minha amiga Adriele Marques de Andrade, Ádria Pereira e André de Sousa Castro que tiveram uma grande participação nessa trajetória, dividindo momentos de descontração, estudos, experiências e conquista.

Enfim, agradeço todas as pessoas que contribuíram de forma direta e indiretamente para a minha formação, o meu muito obrigado.

*“Deus é o nosso refúgio e fortaleza,
socorro bem presente na angústia”.*

(Salmos: 46. 1)

RESUMO

Toda infecção contraída no âmbito hospitalar é chamada de Nosocomial ou infecção hospitalar, porém, é preciso levar em consideração a existência de certos fatores analisados por ocasião da admissão do paciente antes de diagnosticá-la. No Brasil essas ações são determinadas e dirigidas pela Portaria MS nº 2.616/98 que prevê a composição da equipe multiprofissional que irá trabalhar tanto na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar como também no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. É importante que os enfermeiros saibam perceber a infecção hospitalar, relacionada com o contexto da assistência a saúde e o bem estar de todos que visitam o ambiente hospitalar, independentemente se forem trabalhadores, pacientes ou familiares já que uma infecção reflete na vida pessoal do indivíduo, tanto pela morbidade, mortalidade, como pelos custos com seu tratamento, entretanto na prática, fica evidente que muitas dessas medidas, como por exemplo, uma simples lavagem de mãos influenciam nessa questão. Nessa problemática, esse estudo buscará saber: qual o conhecimento dos enfermeiros do Hospital Municipal de Itaituba acerca da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar? Teve como objetivo geral. Sendo assim, essa pesquisa teve como objetivo geral identificar a participação do enfermeiro no controle da infecção hospitalar do Hospital Municipal de Itaituba. O estudo foi realizado através de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo mostra que não há em Itaituba uma CCIH atuante no Hospital Municipal de Itaituba, e os enfermeiros no desenvolvimento de sua assistência, apontam alguns fatores que dificultam o controle das Infecções Hospitalar, como: a ausência de protocolos, a superlotação, o despreparo dos profissionais nesse assunto, os recursos materiais insuficientes, a estrutura física inadequada que não atende mais a demanda da população de Itaituba, entre outros. Em suma, há uma necessidade de um olhar de gestão mais acurado para promover maiores investimentos para implantar a CCIH no referido hospital, para que ação referente à prevenção de infecção hospitalar possa ser conduzida através de protocolos e uma equipe atuante, que possa motivar a participação de todos.

Palavras chaves: CCIH – Infecção Hospitalar. Enfermeira. Infecção.

ABSTRACT

Any infection contracted in the hospital is called Nosocomial or hospital infection, however, it is necessary to take into account the existence of certain factors analyzed at the time of admission of the patient before diagnosing it. In this context, hospital infection is considered an important public health problem in the country, and in the world, therefore, its control is that of all those who perform care procedures. In Brazil, these actions are determined and directed by MS Ordinance No. 2,616 / 98 which provides for the composition of the multiprofessional team that will work both in the Hospital Infection Control Commission and also in the Hospital Infection Control Service. It is important for nurses to be aware of the hospital infection, related to the context of health care and the well being of all who visit the hospital environment, regardless of whether they are workers, patients or family members since an infection reflects on the personal life of the individual, both for morbidity and mortality, and for the costs of its treatment, however in practice, it is evident that many of these measures, such as a simple hand washing. In this problem, this study will seek to know: what is the knowledge of the nurses of the Municipal Hospital of Itaituba about the Hospital Infection Control Commission? Thus, this research had as general objective to identify the participation of the nurse in the control of the hospital infection of the Municipal Hospital of Itaituba, specifically sought to describe the functions of the hospital infection control commission. To describe the role of the nurse in the hospital infection control committee; to investigate how patients at risk of hospital infection are evaluated and to cite the factors that contribute to the risk of nosocomial infection. Therefore, it was necessary to identify the participation of nurses in the prevention and control of hospital infection at the Municipal Hospital of Itaituba, since, as already mentioned, hospital infection can be considered an important public health problem through a strong impact on morbidity and mortality due to the period of hospitalization and spending on diagnostic and therapeutic processes.

Key words: Hospital Infection. Control. Nurse

CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospital
HMI - Hospital Municipal de Itaituba
IH- Infecção Hospitalar
ISC- Infecção do Sítio Cirúrgico
MCR- Microbacterias de Crescimento Rápido
UTI- Unidade de Terapia Intensiva

Quadro 1 -	Relação de microorganismos com fontes de infecção.....	22
Quadro 2 -	Principais produtos utilizados na desinfecção de superfícies e equipamentos.....	25
Quadro 3 -	Identificação dos Profissionais do hospital Municipal de Itaituba.....	38

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1	Existência da Comissão de Controle de infecção hospitalar no Hospital municipal de Itaituba	39
Gráfico 2	Dificuldades para a realização do Controle da Infecção Hospitalar.....	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	15
2.1	INFEÇÃO HOSPITALAR.....	15
2.1.1	Conceito de infecção hospitalar.....	17
2.2	IDENTIFICAÇÕES DOS RISCOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	17
2.3	AMBIENTE HOSPITALAR E EQUIPAMENTOS.....	19
2.4	PRINCIPAIS MICROORGANISMOS RESPONSÁVEIS PELA INFECÇÃO HOSPITALAR.....	20
2.4.1	Principais sítios de infecção.....	22
2..5	DESCONTAMINAÇÃO DE SUPERFICIE HOSPITALAR.....	25
2.6	A ENFERMAGEM NA ATUAÇÃO CONTRA A INFECÇÃO HOSPITALAR.....	25
2.7	RESISTÊNCIA BACTERIANA.....	28
2.8	COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	29
2.9	MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA INFECÇÃO HOSPITALAR.....	32
3	METODOLOGIA.....	35
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
3.2	3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	35
3.3	3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
3.4	3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	36
3.5	3.5 ANÁLISES DE DADOS.....	36
3.6	3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5	CONCLUSÃO.....	47
	REFERENCIAS.....	48
	APÊNDICE.....	53
	ANEXO.....	57

1 INTRODUÇÃO

Toda infecção contraída no âmbito hospitalar é chamada de Nosocomial ou infecção hospitalar, porém, é preciso levar em consideração a existência de certos fatores analisados por ocasião da admissão do paciente antes de diagnosticá-la. A infecção hospitalar é confirmada quando os sintomas de infecção surgem entre 48 e 72 horas depois da internação (VERONESI; FOCACCIA, 2002).

Nesse contexto, a infecção hospitalar é considerada um importante problema de saúde pública no país e no mundo, portanto, o seu controle é de todos aqueles que realizam procedimentos assistenciais. No Brasil essas ações são determinadas e dirigidas pela Portaria MS nº 2.616/98 que prevê a composição da equipe multiprofissional que irá trabalhar tanto na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar como também no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, e entre os componentes está o enfermeiro como parte integrante e preferencial. Essa ênfase se dá pelas características de sua formação profissional (BRASIL, 2004).

Oliveira (2004) enfatiza essa abordagem, dizendo que é importante que os enfermeiros saibam perceber a infecção hospitalar, relacionada com o contexto da assistência a saúde e o bem estar de todos que visitam o ambiente hospitalar, independentemente se forem trabalhadores, pacientes ou familiares já que uma infecção reflete na vida pessoal do indivíduo, tanto pela morbidade e mortalidade, como pelos custos com seu tratamento.

O enfermeiro ao deparar-se com situações adversas no cuidado terá sempre que tomar decisões relacionadas a seus conhecimentos científicos e nos acontecidos das experiências no trabalho. Pensando sempre no bem estar do paciente, a enfermagem deve ajustar-se as necessidades de seus pacientes, viabilizando o planejamento dos cuidados de forma individualizada e segura. (TEIXEIRA, 2005),

Assim, as instituições de saúde, começaram cada vez mais buscar medidas que tendem colaborar para minimizar os riscos de transmissões das infecções. Entretanto na prática, fica evidente que muitas dessas medidas, como por exemplo, uma simples lavagem de mãos e equipamentos, não é feito regularmente, gerando falhas na manutenção da segurança.

Nesse viés, esse estudo buscará saber: qual o conhecimento dos enfermeiros do Hospital Municipal de Itaituba acerca da Comissão de Controle de Infecção Hospital?

Sendo assim, essa pesquisa teve como objetivo geral identificar a participação do enfermeiro na prevenção e no controle da infecção hospitalar do Hospital Municipal de Itaituba, especificamente buscou descrever as funções da comissão de controle de infecção hospitalar. Descrever a função do enfermeiro na comissão de controle de infecção hospitalar; investigar como são avaliados os pacientes com risco de infecção hospitalar e citar os fatores que colaboram para o risco de infecção hospitalar.

Nesse contexto essa pesquisa traz consigo uma temática bastante relevante, pois as infecções hospitalares são causas graves de morbidade e mortalidade relacionada as pessoas que necessitam de algum tipo de procedimento clínico-cirúrgico para restabelecimento de enfermidades.

Portanto, surgiu a necessidade de identificar a participação do enfermeiro na prevenção e no controle da infecção hospitalar do Hospital Municipal de Itaituba, como referida na Portaria MS nº 2616/1998, pois como já dito a infecção hospitalar pode ser considerada um importante problema de saúde pública através de um forte impacto na morbimortalidade, devido ao período de internação e gasto com processos diagnósticos e terapêuticos. Soma-se a isso as repercussões para o paciente, sua família e a comunidade, bem como o afastamento da vida e do trabalho por certo período durante seu tratamento, comprometendo assim seu meio social, psicológico e econômico (MASCARENHAS *et al.*, 2010).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 INFECÇÃO HOSPITALAR

A infecção hospitalar começou a existir na Idade Média, período em que se criaram abrigos para as pessoas doentes, pobres, inválidos e peregrinos. Perante essa vista de confinamento, integrada a reunião indiscriminada de doentes, ficava clara a propagação de doenças contagiosas, como as transmissíveis por vias aéreas, água e alimentos, ficando então, este tempo marcado pelo início da infecção hospitalar (SENNE, 2011).

Estes locais, também chamados de hospitais, não possuíam assistência médica, eram sombrios, úmidos, sem luz natural, com más condições de higiene e de saneamento básico (ANDRADE; ANGERAMI, 1999).

As atividades médicas eram realizadas individualmente e exercidas sob moldes liberais, sem vínculo com o hospital, estando a cargo da igreja a responsabilidade de cuidar dos desvalidados, pois o profissional de saúde atuava somente em domicílio, numa ação de expectativa predominante e não intervencionista (LACERDA; EGRY, 1997).

Para Brasil (2004), em proporções nacionais, a década de 80 foi marcada pelas ações de influência a infecção, sobretudo pela publicação feita pelo ministério da saúde através da Portaria 196/83, protocolada em 24 de junho de 1983, sendo então o ponto inicial para o controle das infecções hospitalares no Brasil.

Moura *et al.*, (2008), garantem que os episódios de infecções hospitalares datam desde o surgimento dos hospitais, no século XIX, porque precárias condições de limpeza e saneamento estavam presentes na realidade da população, cooperando assim, de forma predominante para a manifestação de doenças infecciosas.

O fator relevante nesse acontecimento foi à participação da sociedade no processo, quando as pessoas ficaram atentas para um problema que fizeram com que os interesses governamentais e os profissionais de saúde se abrangessem com a causa. No setor da assistência a saúde em uma determinada formação social concreta, é de suma importância compreender que o controle e prevenção das infecções hospitalares se ampliam para as elaborações de estratégias que visem o envolvimento de muitos, considerando-se a infecção hospitalar um fenômeno histórico-social (LACERDA, 2003).

Grandes personagens buscaram pesquisas que envolvessem as causas, consequências e prevenções das infecções, as quais tinham como objetivo o controle das mesmas, de forma a impedir completamente a contaminação microbiana (FONTANA, 2006).

Em 1847, Ignaz Semmelweis, evidenciou a grande importância da lavagem das mãos, entre todos os profissionais de saúde, antes de realizarem qualquer procedimento, sendo esta a principal medida adotada para prevenir a infecção hospitalar (ANDRADE; ARGEMANI, 1999). Já em 1859, Florence Nightingale, para o controle da infecção, apresentou uma abordagem epidemiológica das doenças infecciosas e hospitalares (LACERDA; EGRY, 1997).

Em 1860, para se evitar a contaminação por micro-organismos em cirurgias, Joseph Lister, passou a pulverizar o ar das salas cirúrgicas com ácido fênico, investindo também na higiene das mãos e na desinfecção dos instrumentos utilizados (ANDRADE; ARGEMANI, 1999).

Entretanto foram nas décadas de 70 e 80, através do químico francês Louis Pasteur e do médico e microbiologista Robert Kock, que foi estabelecido o conhecimento pela microbiologia, incentivando cientistas de várias partes do mundo a procura de novos métodos que determinassem o papel específico dos micro-organismos nos processos infecciosos e conseqüentemente suas vacinas (SENNE, 2011).

No início do século XX, após os grandes avanços da medicina, principalmente nas áreas de bacteriologia e parasitologia, é que se descobriu a Penicilina, antibiótico descoberto a partir do momento em que Alexander Fleming, em 1928, observou que o crescimento de certas bactérias era inibido pelo fungo *Penicillium notatum* (MACIEL; CÂNDIDO, 2010).

Em meados deste século, esses números de infecções hospitalares voltaram a assombrar a humanidade, aumentando rapidamente em decorrência do número cada vez maior de atuantes infecciosos de altíssima transmissibilidade e mortalidade, que infelizmente adquiriram resistência a uma série de antibióticos, causando efeitos colaterais, caracterizando essa fase, pela administração abusiva e inadequada dos mesmos (ANDRADE; ARGEMANI, 1999).

2.1.1 Conceito de Infecção Hospitalar

Toda infecção contraída no âmbito hospitalar é chamada de Nosocomial ou infecção hospitalar, porém, é preciso levar em consideração a existência de certos fatores analisados por ocasião da admissão do paciente antes de diagnosticá-la. A

infecção hospitalar é confirmada quando os sintomas de infecção surgem entre 48 e 72 horas depois da internação (VERONESI; FOCACCIA, 2002).

Segundo Andrade (2002), o termo infecção hospitalar tem sido substituído por Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (IRAS). No entanto essa mudança envolve não só a infecção adquirida no hospital, mas aquelas que estão relacionadas a procedimentos realizados em ambulatório, através de cuidados domiciliares e à infecção ocupacional que os profissionais de saúde podem vir adquirir através de uma bactéria ou até mesmo de algum tipo de fungos.

No que diz Silva (2007), a infecção é definida como uma colonização de micro-organismos que irão se multiplicar e crescer num estado patológico no organismo superior. O mesmo afirma que infecção hospitalar é a forma utilizada para apresentar a infecção adquirida depois de alguns dias de internação no hospital, ou seja, independentemente do tipo da enfermidade que havia provocado a sua internação.

A infecção hospitalar pode ser considerada um importante problema de saúde pública através de um forte impacto na morbimortalidade, devido ao período de internação e gastos com processos diagnósticos e terapêuticos. Soma-se a isso as repercussões para o paciente, sua família e a comunidade, bem como o afastamento da vida e do trabalho por certo período durante seu tratamento, comprometendo assim seu meio social, psicológico e econômico (MASCARENHAS *et al.*, 2010).

Rocha *et al.*, (2010), refere-se a infecção hospitalar como sendo uma das grandes preocupações localizadas dentro das unidades hospitalares, em particular na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde são encontradas as mais frequentes e importantes complicações em pacientes hospitalizados.

2.2 IDENTIFICAÇÕES DOS RISCOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A área de um hospital considerada crítica é aquela que apresenta um grau elevado de risco de transmissão de infecções, que equivalem às áreas onde são realizados inúmeros procedimentos invasíveis onde estão internados pacientes com sistema imunológico afetado, como nas unidades de tratamento intensivo e emergencial (Torres; Lisboa, 2008). No meio hospitalar o modo mais importante e frequente de transmissão são através de micro-organismos que se dá diretamente através de pacientes infectados ou pelo contato indireto por meio de materiais e superfícies contaminadas.

Segundo Ferreira (2004), risco significa perigo ou sinal de perigo, entretanto, no que diz respeito à infecção hospitalar pode-se falar que desde que o paciente entra em um ambiente hospitalar para submeter-se a tratamento de saúde, estará sujeito a esse risco. O objetivo principal é poder identificar, encontrar e buscar estratégias para prevenir e controlar as infecções que muitas vezes podem ser evitadas.

Para reduzir o máximo possível esses riscos são essenciais aplicações de boas práticas aos cuidados oferecidos. As reclamações relacionadas ao controle de infecção resultam da integração de todas as áreas e controle da mesma.

Conforme Couto (2003), a definição para os riscos de infecção hospitalar podem ser classificadas por meio de riscos intrínsecos e extrínsecos. O primeiro risco citado sucede da imunidade do próprio paciente, portanto, quanto menor a imunidade maior será o risco. Seguindo essa visão, os que apresentam maiores riscos são: os recém-nascidos, os acidentados (especialmente os grandes queimados e os politraumatizados), os pacientes com neoplasias malignas, os receptores de órgãos, os diabéticos, os idosos, os aidéticos e os obesos. Já os riscos extrínsecos classificam-se em: estrutura, agressões ao hospedeiro e qualidade do processo de cuidado dispensado ao cliente.

Estamos convivendo em um período exclusivo, no qual a dispersão das bactérias que opõe resistência a muitas drogas poderá nos induzir a ficarmos sem nenhuma opção de tratamento, uma dificuldade muito complicada para se solucionar, tanto para os portadores que as contraírem como para as instituições, que precisarão custear as elevadas despesas dos tratamentos (MOURA 2007).

Os autores Mascarenhas *et al.* (2010) asseguram que um fator de risco para infecção hospitalar é unicamente um indicador de risco, ou um fator que estará ligado à infecção hospitalar. Acreditando que esse indicador não necessita precisamente anteceder a infecção, ser motivo da infecção, e muito menos defini-la.

Ainda segundo os autores, mesmo que não se possa precisar o risco de cada procedimento ou caso, compreende-se que eles se alteram em graus. Salientando que por mais que os procedimentos sejam de menor complexidade podem virar de grande risco, quando feitos de maneira errada, como por exemplo desrespeitando as normas de antisepsia.

2.3 AMBIENTE HOSPITALAR E EQUIPAMENTOS

Brasil (2010), diz que a higienização e desinfecção do ambiente são medidas que trazem uma percepção de bem-estar, segurança e comodidade aos pacientes, profissionais e também familiares, contribui para o controle das infecções direcionadas ao auxílio à saúde, devido à diminuição de micro-organismos proporcionando assim um lugar com superfícies adequadas para a efetivação dos trabalhos desenvolvidos. O ambiente hospitalar também pode ser conhecido como um amplo depósito de micro-organismos nos serviços de saúde, especialmente nos multirresistentes, pois a presença de matéria orgânica beneficia sua propagação e a manifestação facilitando com isto o crescimento de insetos, roedores, entre outros.

Para se produzir um processo de infecção ou doença, são imprescindíveis muitos fatores, entre eles, a quantidade e virulência de organismos infecciosos, a presença de um meio de entrada, e a suscetibilidade do hospedeiro. Todos os instrumentos médicos, utensílios e equipamentos usados na assistência ao paciente contaminado com micro-organismos precisam ser devidamente esterilizados (TEIXEIRA, 2005).

Segundo Carraro (2004), Nightingale evidenciou a eficácia da higiene e controle do meio ambiente, sugeriu que os pacientes fossem isolados, separando os mais críticos, colocou a higiene e sanitização do ambiente como medidas profiláticas contra a infecção hospitalar. Outra ajuda essencial de Nightingale foi à área da pesquisa epidemiológica, uma vez que tinha o hábito de escrever suas observações detalhadamente, permitindo a análise da melhora dos pacientes e a identificação de fatores de risco.

Oliveira (2009) relata que quando o ambiente não atende as necessidades de quem precisa utilizar, ocorre uma desestruturação nas relações com os familiares e com os trabalhadores, o que não se enquadra na conduta humana, acarretando degradação e perda de identidade, atrapalhando ainda mais as relações desenvolvidas neste lugar.

De acordo com Lima (2007), os fatores principais que beneficiam a contaminação do lugar sucedem na presença de revestimento quando existe perda da integridade, a existência de matéria orgânica sem ligeira remoção e/ou aplicação incorreta ou ausente de germicida, uso inadequado de equipamento de proteção individual, mãos enluvadas na maçaneta, técnica de higiene inadequada, facilitando a dispersão de micro-organismos, uso inapropriado dos recursos como balde com água suja para enxague, o mesmo pano de limpeza utilizado em locais impróprios.

No que diz ainda o autor, é essencial a conscientização dos trabalhadores quanto à responsabilidade do seu trabalho e o agravamento dos problemas que podem acontecer pelo descaso e aplicação de práticas inadequadas no trabalho.

2.4 PRINCIPAIS MICROORGANISMOS RESPONSÁVEIS PELA INFECÇÃO HOSPITALAR

As bactérias estão entre as classes de micro-organismos mais frequentes em Infecções Hospitalares (IH), pois constituem a microbiota humana. Geralmente 17 não trazem risco a indivíduos saudáveis, mas podem causar infecções em pacientes com estado de saúde debilitada (BRASIL, 2004).

Essas bactérias são transmitidas ao indivíduo tanto por via endógena, ou seja, pela própria microbiota do paciente, que se desequilibra pelo estado de saúde, cujo mecanismo de defesa fica debilitado, quanto por via exógena, desencadeada por veículos como as mãos, secreção salivar, fluidos corpóreos, ar e materiais contaminados. A microbiota normal humana apresenta vários agentes causadores de possíveis infecções como *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Neisseria*, *Klebsiella*, *Lactobacillus* e *Escherichia coli*, enquanto que a via exógena inclui diferentes micro-organismos (MACIEL; CÂNDIDO, 2010).

As infecções hospitalares afetam principalmente pacientes imunodeprimidos devido à idade, doença de base ou tratamento. Outros pacientes vulneráveis são aqueles que apresentam implantes de corpos estranhos, como cateteres ou pessoas que recentemente se submeteram ao transplante de órgão (SANTOS, 2004).

Os micro-organismos considerados os principais causadores da infecção hospitalar são: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* sp., *Escherichia coli*, *Enterobacter* sp. e *Enterococcus* sp (LACERDA, 2003).

O gênero *Staphylococcus* frequentemente é considerado o grande responsável pelas infecções hospitalares. São cocos Gram e catalase-positivos, pode apresentar-se em diversas formas, que vão desde isolados, aos pares, em cadeias curtas, ou agrupados irregularmente (SANTOS et al. 2007).

Os *Staphylococcus* também fazem parte da microbiota normal da pele e mucosas, mas podem causar infecção em diferentes órgãos e tecidos. O *Staphylococcus aureus* foi observado na última década, como sendo um importante agente causador de infecção da corrente sanguínea (SENNE, 2011). Estas infecções

atacam pacientes em qualquer faixa etária, porém, com maior frequência em crianças e idosos sendo responsáveis por elevada morbidade e mortalidade (MOREIRA, 1998).

O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria suscetível à ação de várias drogas, no entanto, também é conhecida pela sua elevada capacidade de desenvolver resistência a diversas delas (SANTOS *et al.*, 2010). A *Pseudomonas aeruginosa* é uma bactéria Gram-negativa em forma de bastonete, sendo também um dos agentes comuns de infecção nosocomial, que estão relacionadas a infecções de corrente sanguínea, trato respiratório, trato urinário, pele e tecidos moles (MOURA *et al.*, 2008).

As Microbactérias que se Desenvolvem Rápido (MCR) relacionadas à IH, estão presentes no ambiente, são patogênicas sendo possível infectar artigos médicos causando infecções de ferida cirúrgica e doenças de pele. Essas microbactérias têm um alto teor de lipídios na parede celular, alterando a permeabilidade à água, soluções corantes e agentes desinfetantes. As que estão associadas a doenças de pele e tecido subcutâneo são: *M. marinum*, *M. ulcerans*, *M. fortuitum*, *M. chelonae* e *M. abscessus*. Estas são responsáveis pelo surgimento de abscessos nos locais de punção, lesões ou fraturas expostas (FONTANA, 2006).

As infecções de pele e subcutâneo causadas por Microbactérias que se Desenvolvem Rápido (MCR) apresentam manifestações clínicas como, dificuldade de cicatrização nos locais cirúrgicos, secreção, nódulos, hiperemia, fistulação, edema, hipertermia, vesiculação e febre. A evolução é crônica e progressiva, sem resposta ao tratamento antimicrobiano para agentes infecciosos habituais de sítios cirúrgicos (BRASIL, 2008).

Quadro 1- Relação de micro-organismos com fontes de infecção.

MICRO-ORGANISMOS	FONTES DE INFECÇÃO
<i>Enterobacter spp.</i>	Nutrição parenteral, fluidos de infusão intravenosa, frascos de heparina
<i>Serratia marcescens</i>	Balão intra-aórtico, transdutores, soluções intravenosas e anestésicas
<i>Klebsiella pneumoniae</i> produtora de beta-lactamase de espectro estendido e <i>klebsiella spp.</i>	Soluções contaminadas (heparina), transmissão cruzada em berçário, seleção pelo uso excessivo de cefalosporinas
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Contaminações de soluções antissépticas como PVPI e clorexidina, circuitos respiratórios, monitores de temperatura, colchões e demais equipamentos que mantenham contato direto com o paciente colonizado ou infectado
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a oxacilina ou resistente a glicopeptídeo	Os pacientes e profissionais colonizados, (principalmente nas narinas), transmissão ambiental pouco importante (mobiliários, água, aérea e etc.)
<i>Streptococcus</i> do grupo A	Profissionais de saúde com infecção ou colonização em pele ou orofaringe (muito importante em unidades de queimados)
<i>Enterococcus</i> resistente a glicopeptídeos	Paciente com colonização intestinal, contaminação ambiental importante na transmissão de equipamentos (termômetro e esfigmomanômetro, etc.)
<i>Legionella pneumophila</i>	Sistemas de ar condicionado quente e de aquecimento de água (aquisição por via inalatória)
<i>Clostridium difficile</i>	Paciente com infecção/colonização, contaminação de superfícies
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Profissionais de saúde com doença bacilífera e pacientes bacilíferos internados sem cuidados adequados de isolamento ou precauções com aerossóis
<i>Mycobacterium chelonae</i>	Contaminação de equipamentos e água utilizada em circulação extracorpórea para cirurgias cardíacas; soluções de violeta genciana

Fonte: Brasil, 2004.

2.4.1 Principais sítios de infecção

Normalmente os sítios de infecções hospitalares mais atingidos são o trato urinário, trato respiratório, infecção da corrente sanguínea e infecções de sítio cirúrgico (MIMS *et al.*, 1999).

Infecções Urinárias - As infecções urinárias são aquelas que ocorrem com maior frequência no meio hospitalar, devido à necessidade de instrumentação do trato urinário, tanto para análises quanto para drenagem de urina (MENEZES *et al.*, 2005).

A multiplicação dos micro-organismos deve-se às técnicas de assepsia incorreta, utilização indiscriminada e abusiva de cateteres, traumatismo durante e após o processo. O tempo da permanência do cateter no paciente, aliado ao fato de estar continuamente aberto, possibilita a migração bacteriana no seu interior, pelo fluxo contrário da urina (BRASIL, 2004).

A maior parte das bactérias que se alastram no sistema de drenagem urinária se origina da flora fecal ou através da manipulação deste sistema por mãos

contaminadas. Mesmo uma simples drenagem de alívio, realizada em condições assépticas, pode introduzir bactérias da uretra para a bexiga e produzir infecções (BRASIL, 2000a).

A *Escherichia coli* é o principal agente nas bacteriúrias hospitalares, seguido pelos: *Enterococcus* SP, *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella pneumoniae*. *Enterococcus* SP, estão crescendo em incidência, assim como, algumas bactérias multirresistentes, como *Acinetobacter* sp. e *Enterobacter* sp (MOURA *et al.*, 2007).

Infecções Respiratórias - A pneumonia hospitalar está associada com as maiores taxas de mortalidade quando comparada às outras infecções hospitalares. Quando ocorre até o quarto dia ela é considerada precoce, quando tem início a partir do quinto dia, é considerada tardia; essa classificação é muito importante para diferenciar o agente etiológico e para decidir a forma terapêutica a ser aplicada (CARDOSO *et al.*, 2004).

As principais causas estão relacionadas à pacientes submetidos à entubação traqueal e a ventilação mecânica. Uma das consequências da pneumonia hospitalar é o aumento do tempo de internação, tanto em UTI como em enfermarias (BRASIL, 2000a).

Os principais micro-organismos responsáveis pela pneumonia hospitalar são: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter* spp, *Klebsiella* spp e *Enterobacter* spp (BRASIL, 2000b).

Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) – É uma das principais infecções relacionadas à assistência da saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções (BRASIL, 2009).

As infecções do sítio cirúrgico (ISC) ocorrem no procedimento da incisão cirúrgica, devido ao rompimento da barreira epitelial, desencadeando várias reações sistêmicas e facilitando a ocorrência de infecções. No campo operatório, ocorre hipóxia, alteração do PH e deposição de fibrina, destacando o local da incisão cirúrgica em relação à ocorrência de hiperemia, calor, rubor, deiscência, presença de secreção purulenta no local da incisão (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

As infecções do sítio cirúrgico podem ser diagnosticadas até 30 dias após o procedimento e são classificadas de acordo com a localização:

- Incisional Superficial; quando acomete apenas pele ou tecido subcutâneo.
- Incisional Profunda; quando envolve estruturas profundas da incisão.

- Tecidos musculares e fáscia. Infecção de órgão / cavidade; envolve qualquer parte do corpo na incisão.
- Aberta ou manipulada durante o ato operatório (BRASIL, 2009).

Os micro-organismos mais frequentes de infecções do sítio cirúrgico são os comuns da pele do paciente: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* e outros *Staphylococcus* coagulase negativa. Em cirurgias abdominais, predominam as enterobactérias e *Enterococcus* SP. Em pacientes com queimadura, o *S. aureus* é o mais comum, seguido da *Pseudomonas aeruginosa*. A ocorrência de bactérias Gram-negativas e *Enterococcus* SP aumentam com o tempo de internação (SILVA, 2007). As principais fontes de transmissão de infecção do paciente no centro cirúrgico são: o próprio paciente, os funcionários do centro cirúrgico, o ambiente e os equipamentos (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Infecções da corrente Sanguínea: estão relacionadas principalmente à contaminação através do cateter venoso central. Quando o paciente está instalado em UTI, as infecções se tornam ainda mais graves, sua incidência também é mais elevada devido ao maior tempo de permanência, maior colonização com a flora hospitalar e maior manipulação, a maioria dos acessos venosos são feitos através de dispositivos periféricos, a contaminação pode ser originada a partir da flora cutânea durante a inserção, por migração ao longo do cateter e também das mãos da equipe ao contaminar o canhão (TARDIVO; FARHAT NETO; FARHAT JÚNIOR, 2008).

Os principais agentes isolados em culturas de cateteres são os cocos gram-positivos: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus* coagulase-negativo, *Enterococcus*, bacilos gram-negativos: *Enterobacter*, *Serratia* e *Acinetobacter* (GOMES; MARIANO; COSTA, 2006).

O gênero *Cândido* spp também é responsável por frequentes infecções fúngicas no ambiente hospitalar, em relevância as infecções de corrente sanguínea conhecidas como candidemia ou candidíase hematogênica (COLOMBO; GUIMARÃES, 2003).

2.5 DESCONTAMINAÇÃO DE SUPERFÍCIE HOSPITALAR

Descontaminação é um termo que descreve o processo ou tratamento que transforma um material hospitalar, instrumento ou superfície seguro para o manuseio e uso. Uma técnica de limpeza não significa necessariamente, que estes estão seguros para ser utilizados no paciente, até porque o procedimento de descontaminação vai de uma lavagem simples com água e sabão a um procedimento de esterilização ou desinfecção (SOUZA; PEREIRA; RODRIGUES, 1998).

O quadro a seguir, apresenta os principais produtos utilizados na desinfecção de superfícies e equipamentos.

Quadro 2 – Principais produtos utilizados na desinfecção de superfícies e equipamentos

PRODUTOS DE LIMPEZA / DESINFECÇÃO	INDICAÇÃO DE USO	MODO DE USAR
Água	Limpeza para remoção de sujeira	Técnica de varredura úmida ou retirada de pó
Água e sabão ou detergente		Friccionar o sabão ou detergente sobre a superfície
Água		Enxaguar e secar
Álcool 70%	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Fricções sobre a superfície a ser desinfetada
Compostos fenólicos	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Após limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar
Quaternário de amônia	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Após limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar
Compostos liberadores de cloro ativo	Desinfecção de superfícies não-metálicas e superfícies com matéria orgânica.	Após limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar
Oxidantes Ácido peracético (associado ou não a peróxido de hidrogênio)	Desinfecção de superfícies	Após limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar

Fonte: BRASIL, 2010a

2.6 A ENFERMAGEM NA ATUAÇÃO CONTRA A INFECÇÃO HOSPITALAR

Para se montar uma equipe de Controle de Infecção Hospitalar é de suma importância a presença do enfermeiro. De tal modo, estimulando essas instituições a contratarem esse profissional, exclusivamente ou não para desenvolver o serviço, definindo, por imediato, a atuação para a profissão de enfermagem numa área específica e complexa, tendo em vista sempre que realizar o controle de infecção não se trata de tarefa fácil, como lembra (FERNANDES, 2000).

A Organização Mundial de Saúde tem colocado como alta prioridade em sua agenda a preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde, pensando na agenda política dos Estados-Membros, desde

2000. É de inteira responsabilidade da equipe de saúde prestar uma assistência segura, garantindo assim proteção ao paciente durante a realização de seus serviços (BRASIL, 2011).

Para Oliveira *et al.*, (2004), é importante os enfermeiros entenderem a infecção hospitalar, pois ela está relacionada com o contexto da assistência a saúde e o bem estar de todos que visitam o ambiente hospitalar, independentemente se forem trabalhadores, pacientes ou familiares já que uma infecção reflete na vida pessoal do indivíduo, tanto pela morbidade, mortalidade, como pelos custos com seu tratamento.

Vale ressaltar que o enfermeiro na posição de gerente deve ter o cuidado em se adaptar as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para diminuir os casos, bem como certificar-se que toda a equipe de cuidado ao paciente esteja consciente e faça uso das normas no sentido de minimizar os riscos aos pacientes internados, propondo estratégias a fim de manter uma assistência de qualidade ao paciente.

O papel do enfermeiro é entendido como uma atuação diária, que coloca profissionais em relação com pacientes, em um determinado processo social e histórico, sendo considerado, também, como uma atividade genérico-social, quando é benéfico para os indivíduos, desenvolve uma função social e leva em conta a satisfação das necessidades igualitárias em tempo socialmente necessário para produzi-lo (ROCHA *et al.*, 2010).

Mediante a isto, a profissão de um enfermeiro proporciona um campo vasto de experiências, principalmente quanto à liderança, comunicação, pesquisa, organização, promoção e prevenção à saúde. Sobretudo o enfermeiro ocupa a liderança nas instituições organizando grupos a um interesse em comum. Este perfil de liderar envolve o gerenciamento de serviços e a razão de ser da profissão, pois o enfermeiro possui um aspecto gerencial que é delineado pela sua formação acadêmica (AARESTRUP; TAVARES, 2008).

O enfermeiro realiza anamnese, exame físico, desenvolve tratamentos, aconselha, ensina e orienta os pacientes em relação ao seu tratamento. É de sua competência ainda acompanhar o indivíduo nas diferentes situações de seu quadro clínico, de forma unificada e contínua com os demais profissionais da equipe de saúde. Para que isso ocorra o enfermeiro precisa pensar criticamente avaliando os problemas e também encontrando as soluções para os mesmos, garantindo sempre sua postura nos princípios éticos e bioéticos da profissão (VARGAS; BRAGA, 2006).

Para Teixeira (2005), o enfermeiro ao deparar-se com situações adversas no cuidado, terá sempre que tomar decisões, relacionadas a seus conhecimentos científicos e nos acontecidos das experiências no trabalho. Pensando sempre no bem estar do paciente, a enfermagem deve ajustar-se as necessidades de seus pacientes, viabilizando o planejamento dos cuidados de forma individualizada e segura.

É um grande desafio manter as infecções hospitalares sob controle, diante disso os profissionais tendem a lhe dar com uma ampla batalha, a qual na maioria das vezes está muito abaixo de suas possibilidades, tendo em vista a complicação que é a de ser controlador de infecção hospitalar (OLIVEIRA, 2005).

A adesão dos profissionais de saúde às práticas de controle de infecções hospitalares depende de alguns fatores decisivos. O apoio administrativo é um fator essencial na organização da instituição fomentando a implantação de práticas seguras, produzindo condições apropriadas para o funcionamento da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e apoiando a constituição de uma equipe técnica eficiente (CREMESP, 2010).

Os equipamentos de proteção individual (EPI) estabelecem barreiras físicas contra a transmissão de micro-organismos. Essas barreiras quando utilizadas de maneira correta protegem não só o paciente, mas também, as demais pessoas e o ambiente (CARNEIRO; CAVALCANTE, 2004).

Os principais equipamentos de proteção individual são: luvas, máscaras, aventais (capotes), óculos protetores, botas, protetores faciais entre outros, que são artigos ou roupas especialmente desenvolvidas para a proteção individual. Para que tenham eficácia e efetividade é necessário que seja utilizado com a técnica adequada, do contrário, esses EPIs perdem a sua finalidade de proteção individual e ou colocam em risco as demais pessoas. O critério de seleção dos equipamentos deve ser de acordo com o procedimento a ser realizado e o risco deste em provocar exposição ao sangue; outras substâncias corporais, mucosas e pele não integram (CARNEIRO; CAVALCANTE, 2004).

Os enfermeiros devem gerenciar o tempo e ensinar a sua equipe a fazê-lo, caso contrário não há como realizar uma multiplicidade de atividades por ela assumida, em cada plantão, nas diferentes funções, unidades e instituições. Não há necessidade de conferir o relógio, deve-se incorporar a habilidade de perceber o tempo (ANDRADE, 2002).

Novos modelos de gestão e de práticas precisam ser rapidamente introduzidos na formação e no exercício profissional dos enfermeiros nas diversas organizações de saúde. Por isso, a importância da formação do enfermeiro, ao aprender na faculdade a importância da atualização constante após sua entrada no mercado de trabalho (SILVA, 2007).

Ao refletir sobre as diferentes unidades em que atuam os enfermeiros e as especificidades de suas atribuições, percebe-se que, independentemente da área assistencial, administrativa, de ensino ou pesquisa, todas as funções assumidas hoje requerem competências associadas à habilidade que viabiliza a execução das atividades simultâneas (FERREIRA, 2004).

Para cada membro da equipe precisa aprender incorporar, praticar e ensinar novas competências imprescindíveis para o alcance das metas que se sobrepõem e evoluem incessantemente. Ao instigar sua equipe na busca constante de aperfeiçoamento todas as etapas do processo do cuidado tornam-se práticas que contribuem no cuidado ao paciente diário.

Com isso o enfermeiro deve atuar de forma que contemple todas as áreas do serviço e do cuidado, persuadido a exercer todas as suas atribuições em seu turno de trabalho e para desenvolver determinadas competências é preciso não só ser apresentado ao conhecimento teórico como ter a oportunidade de praticá-las (COUTO *et al.*, 2003).

2.7 RESISTÊNCIA BACTERIANA

Entre os fármacos com maior presença nas prescrições em hospitais estão os antibióticos, um percentual de 40% dos pacientes que são hospitalizados fazem uso desses medicamentos, tanto para medidas terapêuticas como profiláticas (RODRIGUES; BERTOLDI, 2010).

Segundo os autores Brunton; Lazo; Parker (2006), a atuação dos antibióticos ocorre por meio de estruturas que se juntam a um sítio alvo na bactéria, impedindo uma função bacteriana efetiva, esses mecanismos incidem na inibição da síntese da parede celular, na permeabilidade da membrana plasmática e na inibição da síntese proteica. O uso frequentemente de maneira errada de medicamentos devido à falta de identificação do micro-organismo responsável, tem contribuído para o crescimento

de infecções e também certa resistência aos fármacos, aumentando os riscos de reações adversas a medicamentos e também os custos financeiros nos hospitais.

No que diz Brasil (2000b), para que o antibiótico tenha uma ação de eficácia, precisará atingir uma concentração ideal no local de infecção, oferecer afinidade com seu sítio de ligação no meio interno da bactéria e continuar por um tempo suficiente para cumprir sua atividade inibitória. O mecanismo característico aos quais os antibióticos provocam a destruição celular pode ter variações conforme cada grupo de antibióticos.

Para Hoefler *et al.*, (2006), a resistência bacteriana são mecanismos pelos quais as bactérias se adaptam contra os resultados nocivos dos antibióticos, podendo ser capazes de se multiplicarem na presença de concentrações mais elevadas do que as doses terapêuticas habituais.

2.8 COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

O programa de controle de infecção na área de saúde precisa possuir, como objetivo fundamental, a identificação do comportamento das infecções que estão relacionadas com a assistência do trabalho na saúde, para sugerir ações que possam prevenir e controlar os riscos associados, colaborando para o melhoramento na qualidade do cuidado e para a diminuição dos índices de infecção hospitalar a níveis aceitáveis das despesas e ainda da mortalidade atribuída (FERNANDES, 2000).

De acordo com Santos (2010), as condições do serviço de controle de infecção hospitalar estão ligadas diretamente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sendo esta prática ligada ao serviço de auditoria hospitalar, onde os serviços de ambas as partes são os de serem responsáveis pelas atuações que o hospital precisa assegurar no intuito de proporcionar um serviço de dignidade para os pacientes, assegurando a qualidade no atendimento, visando prevenir e controlar a infecção.

Para Rossi *et al.*, (2005), os profissionais que ficam encarregados de controlarem a infecção precisam se responsabilizar pela locação de uma política institucional interna baseada em prevenir e controlar a infecção hospitalar, no entanto, para se obter o sucesso da Comissão será necessário o empenho de todos os profissionais envolvidos no cuidar hospitalar, sobressaindo-se o enfermeiro, pois o mesmo tem contato direto com o cuidado oferecido, sendo visto como integrante e participante efetivo da CCIH.

Já Alves; Évora (2002) relatam que os enfermeiros que trabalham na Comissão, precisariam assumir também compromisso, responsabilidade e competência com o trabalho efetivado, recusando atribuições contestáveis em uma mesma jornada de trabalho, o que acarretaria conseqüentemente numa redução da qualidade dos serviços proporcionados, afetando de maneira direta os pacientes.

Para Oliveira, Armond; Clemente (2004), a exposição das informações é de suma importância para a vigilância epidemiológica, pois ao associar estas informações, cresce a responsabilidade de adotar medidas de controle pelos profissionais que desenvolvem atividades de assistência. Ressaltam que a divulgação da análise dos dados precisa ser de usualidade para todos os profissionais que estão envolvidos na assistência assim como também para a administração da instituição. Alguns profissionais ao terem noção dos resultados e quando os índices são referentes ao seu serviço característico, passam a ter um novo pensamento sobre suas práticas e se envolvem mais com as medidas de prevenção e controle.

As ocorrências e as decisões da comissão de controle de infecção hospitalar devem ser registradas em atas, além disso, consistem numa preciosa ferramenta de diálogo. Através da ata averigua-se o desenvolvimento dos casos ocorridos na área de prevenção do Controle de Infecção Hospitalar, significando uma forma de proteção acerca dos métodos decisórios, demonstrando a força da equipe, por meio dela também se pode conhecer a história do Hospital (SILVA; SANTOS, 2001).

Tendo uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar efetivada e em funcionamento integral irá garantir a preparação de um programa mais objetivo, provavelmente viável, característico e apropriado a cada realidade institucional, permitindo que a mesma exerça seu papel de transversalidade, por ser um centro de ação prática presente em todos os âmbitos do hospital (MARTINS, 2001).

No que diz Brasil (2004), a análise da infecção hospitalar é de atribuição exclusiva da Comissão de Controle Infecção Hospitalar, sendo de responsabilidade dos componentes executores, em função da procura ativa de casos. Para diminuir a probabilidade de erros nesse processo, é muito importante que o modo de como realizar o diagnóstico continue sendo sempre o mesmo.

As primeiras medidas realizadas com o objetivo de reduzir as infecções hospitalares foram à criação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sob a indicação da American Hospital Association, em 1958, que visava apurar as causas das infecções nos hospitais americanos. A partir de 1968 surgiram as

primeiras CCIH, mas ainda era dispensável à obrigatoriedade da mesma nas instituições hospitalares. Após 1976 o governo determinou ser necessário à implementação desta comissão, porém esta medida não causou muito impacto devido à falta de fiscalização (FERREIRA, 2004).

No Brasil, as medidas de prevenção de infecções hospitalares passaram a ter maior evidência a partir da criação da Lei Federal 9.431, de 06/01/97, que obriga a todos os hospitais brasileiros a constituírem uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), assim como, a obrigatoriedade da instauração e manutenção de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que tem como objetivo reduzir ao máximo as infecções, através de ações desenvolvidas pelo próprio programa (CAVALLINI; BISSON, 2002).

A CCHI deve ser composta por profissionais da área da saúde de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores (BRASIL, 1998). 31 Esta Lei Federal regulamenta o controle da infecção hospitalar, não objetiva a exterminação dos casos de infecções, mas sim a redução ao máximo possível das ocorrências e da gravidade destas infecções (CREMESP, 2010).

Devem ser membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar prestadores de serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, laboratório de microbiologia e administração, também pode se considerar como sendo de grande importância os serviços de nutrição e dietética, lavanderia, higiene, diagnóstico e imagem, recursos humanos, entre outros (CARDOSO; SILVA, 2004).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar precisará: elaborar, programar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, correspondente às necessidades e características da instituição, contemplando, no mínimo, ações 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, uso racional de antibióticos, germicidas e materiais hospitalares, 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 (BRASIL, 1998).

Além de medidas preventivas de controle e exposição a doenças infectocontagiosas e materiais orgânicos, a CCIH realiza um programa de imunização e controle de epidemias entre pacientes e profissionais (SCHEIDT; ROSA; LIMA, 2006).

2.9 MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA INFECÇÃO HOSPITALAR

Em relação à prevenção e controle de infecções hospitalares existem orientações e treinamentos os quais possuem o papel de capacitar os profissionais que trabalham de forma direta ou indireta com pacientes, de maneira a conscientizá-los, fazendo assim com que todos assumam compromisso com a mesma causa (BARBOSA; VIEIRA; ABBOT, 2006).

Aglomerações, suporte inadequado, acesso restringido aos bens necessários para a prevenção e controle de infecção e as limitações de recursos financeiros são barreiras que impedem a prática das recomendações para a prevenção e controle da infecção. Certas infecções que estão ligadas aos cuidados de saúde não podem ser completamente eliminadas, porém, existem várias estratégias simples e com um baixo custo que têm comprovado sua eficácia na diminuição da carga de doenças (TURRINE, 2000).

Segundo Andrade (2002), os casos e o controle da infecção hospitalar eram extremamente vinculados à evolução da prática cirúrgica, que também passou por grandes modificações na evolução dos tempos operatórios por meio de novas informações nos campos da anestesia e hemostasia, pelo avanço das técnicas de esterilização e assepsia, pelo uso adequado e em excesso dos antibióticos.

Para Oliveira; Armond (2005), as mãos é o principal meio de transmissão de micro-organismo, sendo assim, a higienização destas é um dos principais processos no dia-a-dia dos profissionais de saúde. Apesar de evidente o seu benefício, torna-se um dos principais desafios no desempenho do sistema de controle de infecção hospitalar. A lavagem das mãos é, sem dúvida, um método simples e muito eficiente no controle de infecção hospitalar, tanto que mereceu destaque num capítulo especial na portaria MS 2.616/1998, onde mostra desde a técnica mais simples de lavagem das mãos e antissepsia cirúrgica até a disposição de pias nas diversas áreas hospitalares para promover a sua prática.

Figura 1. Descrição do processo de lavagem de mãos de forma correta, conforme e caracterizado pela ANVISA.



Fonte: Brasil, 2004

Oliveira (2005) esclarece a necessidade de praticar medidas de precauções, no intuito de diminuir a dispersão de micro-organismos resistentes e dos fatores que bloqueiam a adesão quanto à higienização, como esquecimento, a falta de conhecimento, a distância da pia, a irritação na pele e a falta de materiais.

Para o mesmo, nem todas as infecções hospitalares são evitáveis, sobretudo, quando envolve pacientes imunossuprimidos, que são aptos até mesmo a sua flora normal. Todavia, admite-se que 30% das infecções hospitalares têm possibilidades de serem evitadas se os profissionais de saúde lavassem as mãos antes e depois de entrarem em contato com os pacientes, seguindo os métodos de assepsia rigorosamente durante a introdução de cateteres, cirurgias e manipulação dos dispositivos respiratórios.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado através de uma pesquisa de levantamento de caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa com coleta de dados por questionário estruturado, uma vez que busca conhecer a percepção dos enfermeiros na prevenção e no controle da infecção hospitalar do Hospital Municipal de Itaituba.

A pesquisa de levantamento pode ser de dois tipos: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, também designada censo (GIL, 2007).

Santos (2004) considera que a pesquisa exploratória tem por finalidade desenvolver, explicitar e alterar conceitos e ideias. Segundo o autor, estes tipos de pesquisas são os que apresentam menor severidade no planejamento, pois proporcionam visão geral acerca de determinado fato.

A pesquisa descritiva demanda do investigador uma série de elementos sobre o que se deseja pesquisar. Deste modo, este tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (ZUKMUND, 2000).

A pesquisa quantitativa busca apurar opiniões explícitas e conscientes dos entrevistados uma vez que utiliza instrumentos estruturados. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses já que os resultados são tangíveis e possuem menor possibilidade de erro. Em muitos casos criam-se índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo assim, a construção de um histórico da informação ou da situação foco do estudo (GIL, 2007).

Para Moreira (1998) a abordagem qualitativa propicia o aprofundamento do estudo, pois permite entrar mais a fundo nas questões relacionadas à hipótese em estudo, busca a máxima valorização do contato direto com a situação estudada, buscando perceber a individualidade e os significados múltiplos.

Vale ressaltar também que nos estudos qualitativos, o pesquisador coleta principalmente dados qualitativos. Que são declarações narrativas. A informação narrativa pode ser obtida através de conversas com participantes em um cenário natural (MOREIRA, 1998).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Municipal de Itaituba, que funciona no prédio onde antes foi instalado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, sendo este último órgão responsável pela prestação de relevantes serviços à saúde pública do Brasil. Além de criar diversos hospitais em cidades ribeirinhas da Amazônia, participou

ativamente nas campanhas de erradicação da varíola, e na formação de profissionais da saúde (SEMSA, 2015).

Por meio da lei nº 3.750 de 1960, o SESP foi transformado em Fundação vinculada ao Ministério da Saúde, Fundação Serviço de Saúde Pública, com caracterização permanente (BRASIL, 2004).

A partir daí, tornou-se então Hospital Municipal de Itaituba, é um hospital de referência do SUS, haja vista que é o único público da cidade, contando com apenas alguns hospitais de iniciativa privada, de modo complementar para dar suporte ao mesmo. Conta com uma ala de Urgência e Emergência, ala de internação que está dividida em Clínicas: Médica e Cirúrgica, Pediátrica, Obstétrica e Unidade de Cuidados Intensivos (SEMSA, 2015).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foram os enfermeiros de todos os setores do Hospital Municipal de Itaituba, que aceitaram a participar do estudo, sendo estes a quantidade de 10 enfermeiros. Para essa amostra foram inclusos sujeitos atuantes no quadro de funcionários do hospital.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O método empregado para coleta de informações deste estudo foi um questionário com 10 questões (APENDICE A), conforme roteiro apresentado às equipes de enfermagem como modelo no Apêndice B. Este questionário teve questões abertas e fechadas, as quais buscaram identificar a participação do enfermeiro na prevenção e no controle da infecção hospitalar.

3.5 ANÁLISES DE DADOS

Num primeiro momento, obtidas as informações necessárias na coleta de dados, iniciou-se o processo de análise do material de campo. (Com base em Moreira, 1998), existem quatro finalidades para esta fase: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural de que faz parte.

O momento posterior foi ter explorado o material onde, pela observação das respostas dos participantes, foram apresentados na forma de gráficos ou foram

sumarizados ora com palavras ou frases, mas que não interferisse no contexto do objetivo proposto aos objetivos do estudo. E por fim foi realizada a interpretação onde, resultados após o estudo teórico e minucioso foi feito a análise final com o apoio da literatura pertinente ao tema do estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto à identidade dos participantes, estes foram denominados em E1 a E10. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados dos dados coletados através da aplicação do instrumento de pesquisa junto aos enfermeiros que participaram deste estudo. Após a leitura criteriosa dos questionários os dados foram tabulados, analisados e apresentados sob a forma de tabela e gráficos, que visou responder aos objetivos propostos na pesquisa.

A primeira análise foi à caracterização dos sujeitos no Hospital Municipal de Itaituba, conforme Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 - Identificação dos sujeitos da pesquisa do Hospital Municipal de Itaituba – PA 2017.

E1	Tem 39 anos, sexo masculino, casado, atua na profissão há 2 anos.
E2	Tem 34 anos, sexo feminino, casado, atua na profissão há 7 anos.
E3	Tem 37 anos, sexo masculino, casado, atua na profissão há 04 anos.
E4	Tem 27 anos, sexo masculino, solteiro, atua na profissão há 06 anos.
E5	Tem 30 anos, sexo feminino, solteira, atua na profissão há 06 meses.
E6	Tem 43 anos, sexo masculino, casado, atua na profissão há 17 anos.
E7	Tem 36 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 07 anos.
E8	Tem 45 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 10 anos.
E9	Tem 33 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 05 anos.
E10	Tem 45 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 12 anos.

Fonte: Dados do Autor

A idade de todos os participantes, os enfermeiros teve uma média de 35 anos e 8 meses, sendo 6 mulheres e 4 homens. Em relação ao estado civil: 2 participantes são solteiros e 8 são casados. O tempo de atuação profissional foi em média de 9 anos e 4 meses, e variou de 6 meses a 17 anos em serviços hospitalares.

Segundo Andrade (2002), o serviço dos enfermeiros de um hospital é um complexo cenário, onde devem estar congregados profissionais suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita.

Nesse sentido foi questionado para os participantes se existe uma Comissão de Controle de infecção hospitalar no Hospital municipal de Itaituba. Os dados da amostra são expressos no gráfico1:

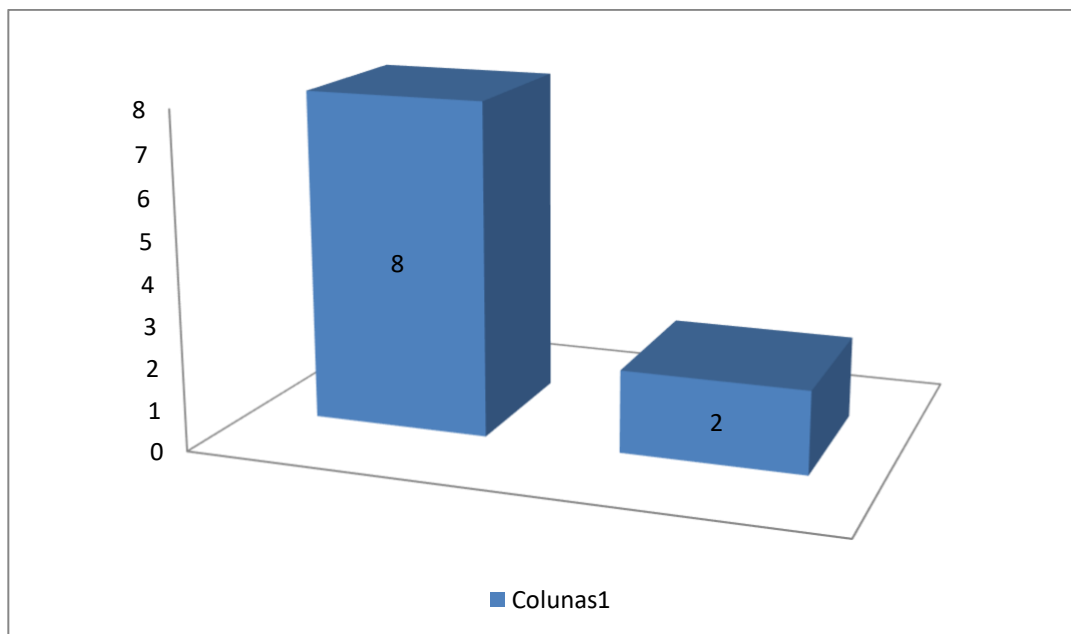


Gráfico 1- Existência da *Comissão de Controle de infecção hospitalar no Hospital municipal de Itaituba.* **Fonte:** Dados do autor

Os resultados do questionário demonstram que dos participantes do estudo, 80% referiram que já existe uma comissão de controle de infecção hospitalar, sendo que a mesma foi implantada neste ano de 2017, e 20% relataram que ainda desconhecem a efetivação deste setor no hospital municipal de Itaituba.

O programa de controle de infecção na área de saúde precisa possuir como objetivo fundamental, a identificação do comportamento das infecções que estão relacionadas com a assistência do trabalho na saúde, para sugerir ações que possam prevenir e controlar os riscos associados, colaborando para o melhoramento na qualidade do cuidado e para a diminuição dos índices de infecção hospitalar a níveis aceitáveis das despesas e ainda da mortalidade atribuída (FERNANDES, 2000).

Sendo assim, foi questionado para os enfermeiros que participaram dessa pesquisa, qual a importância de uma comissão de controle de infecção hospitalar no seu ponto de vista, e as respostas estão expressas a seguir:

E1, E3, E6 E10

“É essencial porque atendimento passa a ser melhorado, principalmente para promover um cuidado de forma mais eficaz, contra menos riscos existentes de infecção hospitalar”

E4, E5, E7, E8

“É importante na manutenção do controle e fiscalização e controle de infecção para os pacientes.

E2, E9

“é importante para manter a integridade dos funcionários e pacientes”

Os dados dessa amostra estão evidenciam que todos os profissionais enfermeiros demonstram que é muito importante o hospital ter uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, pois a partir dela é possível promover um cuidado de forma mais eficaz contra riscos existentes, ter uma fiscalização de fato, e melhorar o atendimento prestado tanto para aos usuários, quanto para os profissionais, sendo essa última fala apresentada pelos participantes (E2, E9).

De acordo com Santos (2010), o controle de infecção hospitalar é de fundamental importância e estão ligadas diretamente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sendo esta prática ligada ao serviço de auditoria hospitalar, onde os serviços de ambas as partes são os de serem responsáveis pelas atuações que o hospital precisa assegurar no intuito de proporcionar um serviço de dignidade para os pacientes, assegurando a qualidade no atendimento, visando prevenir e controlar a infecção.

Prosseguindo com os questionamentos, foi averiguado, com os participantes em quais setores do hospital, foi feito registros de ocorrência de infecção hospitalar. As falas estão expostas na íntegra a seguir:

E1, E2, E3, E4, E8, E9,

“não sabemos informar”

E5, E6, E7

“não sabemos informar, mas geralmente quando há, se dá em todos os setores”

E10

“Muito importante, e esse ano de 2017, esta havendo um controle melhor, pois em anos anteriores não havia esse cuidado e que agora está mais rigoroso o controle, tanto que foi registrado um caso na clinica médica”

Em relação aos casos de infecção hospitalar registrados no ultimo ano, a partir das respostas dos enfermeiros e possível analisar que a maioria relatam não saberem informar quais os setores registraram casos de infecção hospitalar, e os participantes (E5, E6, E7), afirmam que quando há, geralmente se dá em todos os setores do hospital. Chama a atenção à fala do (E10), ao afirmar que em anos anteriores isso não era visto e está sendo rigorosa como agora, tanto que houve registros nas clinica médica e cirúrgica.

Toda infecção contraída no âmbito hospitalar é chamada de Nosocomial ou infecção hospitalar, porém, é preciso levar em consideração a existência de certos fatores analisados por ocasião da admissão do paciente antes de diagnosticá-la. A infecção hospitalar é confirmada quando os sintomas de infecção surgem entre 48 e 72 horas depois da internação (VERONESI; FOCACCIA, 2002).

Acrescentar discussão

Nesse sentido, também foi investigado para os participantes de cada setor, se houve infecção hospitalar no ano de 2016. Os dados estão apresentados na tabela a seguir:

E1, E2, E5, E3, E4,E6, E7, E8, E9

“não”

E10

“Sim, em clinica médica”

Conforme os relatos sobre as informações recebidas, percebe-se em grande número que a maioria dos participantes não presenciou nenhum episódio de caso de infecção hospitalar ocorridos no hospital municipal de Itaituba no ano de 2016, apenas o enfermeiro (E10) disse que observou este evento na clinica médica.

No que diz Silva (2007), por ano muitas pessoas são acometidas por infecção e ela é definida como uma colonização de micro-organismos que irão se multiplicar e crescer num estado patológico no organismo superior. O mesmo afirma que infecção hospitalar é a forma utilizada para apresentar a infecção adquirida depois de alguns dias de internação no hospital, ou seja, independentemente do tipo da enfermidade que havia provocado a sua internação.

Segundo Brasil (2004) é importante o completo comprometimento em obedecer às regras de assepsia. Nesse pensamento, foi questionado também sobre quais os

principais fatores que contribuem para a ocorrência de infecção hospitalar. As falas estão expostas na íntegra a seguir:

E1, E3, E5, E7, E8, E9, E10

“a não lavagem das mãos dos profissionais, a não utilização ou utilização inadequada os EPIs, o uso de adornos, podem contribuir para essa contaminação, isso contribuem para a segurança não só dos pacientes quanto para os profissionais de saúde.”

E2, E6, E4

“a lavagem das mãos, esterilização ineficiente de instrumentos utilizados em pacientes, ambiente sujo, tráfego de visitas que contribuem para cruzamento de infecção, alimentação ou outros objetos que os visitantes trazem de fora, sem falar na falta de comprometimento dos próprios profissionais em não obedecer aos princípios da assepsia.”

Com unanimidade na fala dos participantes, a lavagem das mãos é um dos fatores que mais contribuem diretamente para a ocorrência de infecção hospitalar, mas não deixaram de apontar outros itens que colaboram no numero de casos de infecção hospitalar, entre elas: a não utilização ou utilização inadequada os EPIs, o uso de adornos, esterilização ineficiente de instrumentos utilizados em pacientes, ambiente sujo, tráfego de visitas, alimentação ou outros objetos que os visitantes trazem de fora.

A área de um hospital considerada critica é aquela que apresenta um elevado grau de risco de transmissão de infecções, que equivalem às áreas onde são realizados inúmeros procedimentos invasíveis onde estão internados pacientes com sistema imunológico afetado, como nas unidades de tratamento intensivo e emergencial. No meio hospitalar o modo mais importante e frequente de transmissão são de micro-organismos que se da diretamente através de pacientes infectados ou pelo contato indireto por meio de materiais e superfícies contaminados (TORRES; LISBOA, 2008)

Sendo assim, foi questionado para os enfermeiros de cada setor e se eles recebem treinamento para a prevenção de infecção hospitalar, conforme explicitado.

E1, E2, E3, E4, E8, E9, E10, E5

“não”

E6, E7

“há um planejamento para um treinamento com a equipe”

Conforme relatos sobre as informações a capacitação para os profissionais de saúde (Enfermeiros) a grande maioria não recebeu nenhum tipo de preparação para atuar na prevenção e no controle das infecções hospitalares e apenas 2 participantes relataram que há um planejamento para que sejam realizados treinamentos para os funcionários que já atuam neste estabelecimento de saúde, mas não afirmaram.

Relacionados à prevenção e controle das infecções hospitalares existem orientações e treinamentos os quais possuem o papel de capacitar os profissionais que trabalham de forma direta ou indireta com pacientes, de maneira a conscientizá-los, fazendo assim com que todos assumam compromisso com a mesma causa (BARBOSA; VIEIRA; ABBOT, 2006).

Não somente foi investigado pelos enfermeiros se eles recebem o treinamento de infecção hospitalar, como também foi solicitado que os mesmos relatassem quais fatores que os mesmos acreditam ser essencial para o enfermeiro levar em consideração para um atendimento de qualidade no hospital. As falas estão expostas na íntegra a seguir:

E1, E4, E5, E10

“é necessário ter humanização para com o paciente, bem como também com a família e os colegas de trabalho”.

E2, E6, E7, E3, E9

“aptidão profissional, compromisso, dedicação, responsabilidade ”.

E8

“biossegurança”.

Sobre a abordagem para um atendimento de qualidade no HMI, a maioria das falas informa que a humanização deve estar presente não somente nas na assistência para com os pacientes, mas que devem ser externadas aos familiares e os próprios profissionais, outros pontos foram citados como: aptidão profissional, compromisso, dedicação, responsabilidade, chama a atenção para a resposta do E8, dizendo que a

biossegurança é também considerado importante para manter a qualidade de atendimento.

Moura *et al.*, (2008), destaca que para a prestação de uma assistência ou atendimento que garantam que tanto o profissional quanto o paciente fiquem satisfeito e necessário que haja a humanização, uma vez ele pode abordado como um fator determinante para essa prestação de cuidados e segurança do mesmo.

Por meio da observação do gráfico 4, foi possível evidenciar, quais as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a realização do Controle da Infecção, essa questão deu oportunidade aos participantes em assinalar mais de um item.

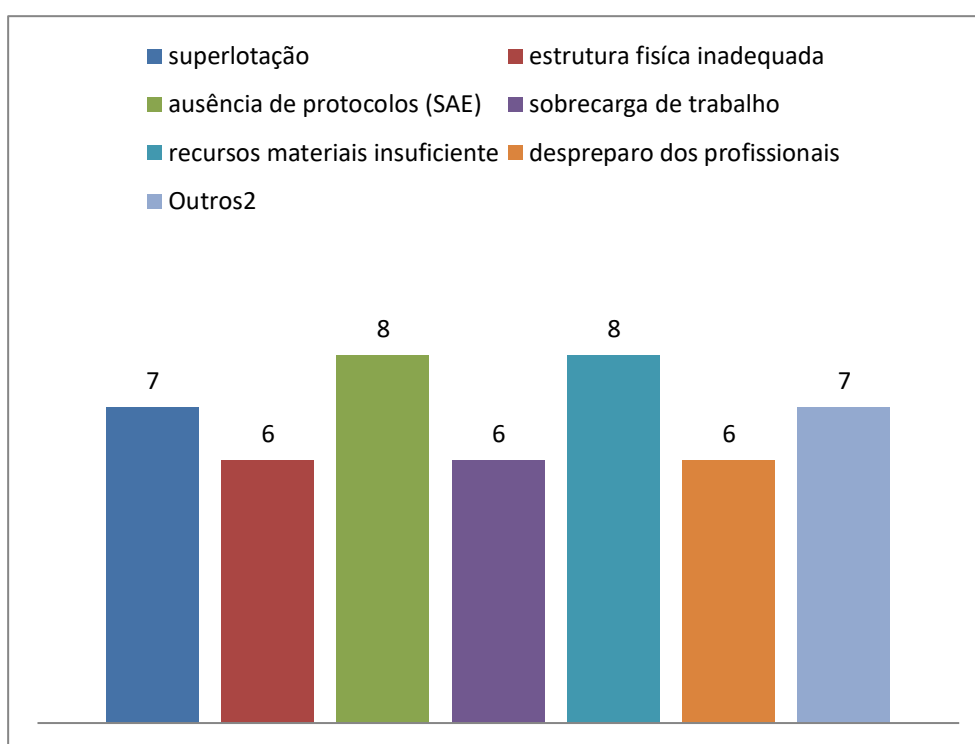


Gráfico 2- Dificuldades para a realização do Controle da Infecção. **Fonte:** Enfermeiros do Hospital Municipal de Itaituba-PA (2017).

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos profissionais para realização de um melhor controle de infecção hospitalar, a dificuldade mais evidente em primeiro lugar é a ausência de protocolos e a superlotação, em segundo lugar a sobrecarga de trabalho e despreparo dos profissionais, em segundo lugar estão os recursos materiais insuficientes, seguida da estrutura física inadequada que não atende mais a demanda da população de Itaituba, entre outros conforme a amostra delineia.

A infecção hospitalar pode ser considerada um importante problema de saúde pública, podendo estar relacionando as precárias condições de funcionamento ou a

inexistência de protocolos, através de um forte impacto na morbimortalidade, devido ao período de internação e gasto com processos diagnósticos e terapêuticos. Soma-se a isso as repercussões para o paciente, sua família e a comunidade, bem como o afastamento da vida e do trabalho por certo período durante seu tratamento, comprometendo assim seu meio social, psicológico e econômico (MASCARENHAS *et al.*, 2010).

Diante das dificuldades expressadas na pergunta anterior, foi perguntando para cada enfermeiro em seus respectivos setores, que se possível, discorressem brevemente sobre os principais pontos encontrados para a prevenção de infecção hospitalar.

E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9

“falta de qualificação ou treinamentos, e a existência de uma CCIH.”

E7, E10, E1

“estrutura física inadequada, sobrecarga de trabalho pela falta de profissional e falta também de uma equipe especializada que gerencie essa atividade para prevenir e detectar ocorrências precocemente.”

Conforme relatos sobre as informações os enfermeiros enfatizam que há sim dificuldades para fazer a implementação de ações voltadas ao controle de infecção hospitalar, sendo citado por todos que a falta de uma CCIH viabilizaria o processo na detecção e prevenção de registros de IH. Outros fatores foram citados como: falta de qualificação ou treinamentos para os profissionais, estrutura física inadequada e sobrecarga de trabalho.

Segundo Ferreira (2004), risco significa perigo ou sinal de perigo, entretanto, no que diz respeito à infecção hospitalar pode-se falar que desde que o paciente adentra em um ambiente hospitalar para tratamento de saúde, estará sujeito a esse risco, em alguns casos tornando-se difícil combater esse problema. O objetivo principal é de poder identificar, encontrar e buscar estratégias para prevenir e controlar as infecções que muitas vezes podem ser evitáveis.

Neste item foram abordados os relatos de como são avaliados pela equipe de saúde os pacientes com risco de infecção hospitalar. As falas estão expressas a seguir:

E5, E3, E4, E6, E9

“clínica laboratorial”

E2, E8, E7, E10, E1

“equipe médica”

Ouve uma diversificação das repostas obtidas através dos enfermeiros, pois uma vez que cinco enfermeiros relatam que essa avaliação para identificação de qualquer tipo de infecção e através do exame clínica laboratorial, cinco descreveram que essa identificação e relatada a partir da avaliação da equipe medica do hospital.

Conforme Couto (2003), os pacientes são avaliados e em seguida e caracterizado a definição para os riscos de infecção hospitalar e podem ser classificadas por meio de riscos intrínsecos e extrínsecos. O primeiro risco citado sucede da imunidade do próprio paciente, portanto, quanto menor a imunidade maior será o risco. Seguindo essa visão, os que apresentam maiores riscos são: os recém-nascidos, os acidentados (especialmente os grandes queimados e os politraumatizados), os pacientes com neoplasias malignas, os receptores de órgãos, os diabéticos, os idosos, os aidéticos e os obesos. Já os riscos extrínsecos classificam-se em: estrutura, agressões ao hospedeiro e qualidade do processo de cuidado dispensado ao cliente.

5 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo demonstraram que os enfermeiros que atuam nas unidades hospitalares, buscam desenvolver suas atividades com competência compromisso e humanização, porém, evidenciam-se lacunas no que tange às práticas assistenciais de fatores que contribuem para impedir as infecções hospitalares, às quais podem ter repercussões tanto no planejamento de ações para preveni-las, quanto na qualidade da assistência.

O estudo mostra que não há em Itaituba uma comissão de controle de infecção atuante no Hospital Municipal de Itaituba, e os enfermeiros no desenvolvimento de

sua assistência, apontam alguns fatores que dificultam o controle das infecções hospitalares, como: a ausência de protocolos, a superlotação, o despreparo dos profissionais nesse assunto, os recursos materiais insuficientes, a estrutura física inadequada que não atende mais a demanda da população de Itaituba, entre outros...

Na ocorrência de uma possível infecção hospitalar, a avaliação para detecção é feita através do exame clínico laboratorial, cinco descreveram que essa identificação é feita partir da avaliação da equipe médica do hospital e através de exames laboratoriais.

Em suma, há uma necessidade de um olhar de gestão mais acurado para promover maiores investimentos para implantar a comissão de controle de infecção no referido hospital, para que ações referentes à prevenção de infecção hospitalar possam ser conduzidas através de protocolos e uma equipe atuante, que possa motivar a participação de todos.

Sendo assim, os enfermeiros envolvidos nesse processo poderão ter certeza que incorporando novas práticas, haverá mudanças nos índices para prevenir ou detectar essas ocorrências, sendo também externado em todas as pessoas e em todas as áreas, estimulando o desenvolvimento da cultura da prevenção.

REFERÊNCIAS

- AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2008.
- ALVES, D. C. I; ÉVORA, Y. D. M. Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controle de infecção hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V. 10. n 3. Ribeirão Preto. 2002.
- ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. **Reflexões acerca das infecções hospitalares às Portas do terceiro milênio**. Medicina, Ribeirão Preto, 32: 492-497 out./dez. 1999.
- ANDRADE, M. T. S. **Guias Práticos de Enfermagem: cuidados intensivos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.
- ARMOND, G. A.; OLIVEIRA, A. C. Precauções e Isolamento. In: OLIVEIRA, A. C.; ARMOND, G. A.; CLEMENTE, W. T. **Infecções Hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF MEDICAL INSTRUMENTATION. **Comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance in healthcare facilities**. United states, 24 Jul 2006.
- BARBOSA, M. E.; VIEIRA, M. C. U. ABBOT, A. **A eficácia da educação continuada na prevenção de acidentes com riscos biológicos: uma análise qualitativa**. In: VI Congresso pan-americano e X Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Porto Alegre. 2006.
- BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. **Caderno B -Principais Síndromes -Infecciosas Hospitalares**, 2000.
- _____. ANVISA - **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde, 2004.
- _____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio 1998**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções. 1998.
- _____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde. Limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília, 2010a.
- _____. ANVISA - **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. SÍTIO CIRÚRGICO; Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde, 2009.
- _____. ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno D- Microbiologia Aplicada ao Controle de Infecção Hospitalar**, 2000b.

BRASIL. Informes técnicos institucionais intensifica controle de infecções em serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, p. 475-8. São Paulo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Informativo sobre a segurança do paciente e qualidade Assistencial em serviços a saúde**, Brasília, v. 1, jul. 2011.

BRASIL. SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde – DF. **Boletim eletrônico EPIDEMIOLÓGICO, Surto de infecção hospitalar por micobactérias de crescimento rápido**, Curitiba-PR, 2007 - ANO 08 - Nos 10 - 06 de setembro de 2008.

BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K.L.GOODMAN & GILMAN. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11^a Ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2006: pg. 296.

CARDOSO, da S.; SILVA, M. A. da. **A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar**: desafios e perspectivas. Florianópolis, 2004.

CARNEIRO, J. C. O.; CAVALCANTE, W. B. (Org.). **Controle de infecção hospitalar**. Taguatinga, 2004.

CARRARO, T. E. Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e CARRILHO, C. M. D. M et al. Pneumonia em UTI: Incidência, Etiologia e Mortalidade em Hospital Universitário. RBTI - **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Volume 16 - Número 4 - Outubro/Dezembro 2004.

CAVALLINI, E. C.; BISSON, M. P. **Farmácia Hospitalar**. 1. ed. Barueri: Manole. 2002. p.170-177.

COLOMBO, A. L.; GUIMARÃES, T. Epidemiologia das infecções hematogênicas por *Candida* spp. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, set-out, 2003.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T. M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção hospitalar e outras complicações**: Epidemiologia, controle tratamento. 3.ed. São Paulo: MEDSI, 2003.

CREMESP, Ministério Público do estado de São Paulo. **O controle da infecção hospitalar no estado de São Paulo**. São Paulo, 2010.

FERNANDES AT, NOCA CR. **Do controle de infecção ao controle de qualidade**. In: Fernandes AT, Fernandes MO, Ribeiro N Fo, editores. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. P.1706-21.

FERNANDES, A. T., **As Infecções Hospitalares e suas interfaces na área da saúde**, São Paulo: Atheneu, 2000.

FERREIRA, A.B.H, **Mini- Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 6.ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FONTANA, R. T. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.6, p. 59, set./ out. 2006.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, F. V. L. ; MARIANO, L. A. A. ; COSTA M. R. **Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea, comissão de controle de infecção hospitalar serviço de controle de infecção hospitalar**. Fevereiro, 2006.

HOEFLE, R. et al. **Farmacoterapêutica: Ações que estimulam o uso racional de antimicrobianos**. Conselho Federal de Farmácia, Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos, n. 4, jul./ ago. 2006.

LACERDA, R.; EGRY, E.Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Revista Latino-americana Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 5, n. 4, p. 13-23, out.1997.

LACERDA, R. A. **Controle de Infecção em Centro Cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**, São Paulo: Atheneu, 2003.

LIMA, M.V.R. **Condutas em controle de infecção hospitalar: uma abordagem simplificada**. São Paulo: Pátria, 2007.

MACIEL, C. C. S.; CÂNDIDO, H. R. L. F. Infecção Hospitalar: Principais agentes e drogas administradas. Veredas Favip - **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 1, jan./ jun. 2010.

MARTINS, M.A. **Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2. ed. Belo Horizonte: MEDSI, 2001. p.1116.

MASCARENHAS, D; CARDOSO, C. S.; OLIVEIRA, A. C. **Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais**. **Revista Esc. Enferm. USP**. 2010.

MENEZES, E. A. et al. Frequência de Microrganismos Causadores de Infecções Urinárias Hospitalares em Pacientes do Hospital Geral de Fortaleza. RBAC – **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, vol. 37(4): 243-246, 2005.

MIMS, C. et al. **Microbiologia Médica**. 2a ed. São Paulo: Manolo, 1999. pg.481.

MOREIRA, M. et al. Efeito da infecção hospitalar da corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina sobre a letalidade e o tempo de hospitalização. RAMB - **Revista da Associação Médica Brasileira**, 1998; 44(4): 263-8.

MOURA, M.E.B. et al. **Infecção hospitalar no olhar de enfermeiros portugueses: representações sociais**. 2008.

MOURA, J.P., GIR, E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem referente à resistência bacteriana a múltiplas drogas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n.3, p. 315-56, 2007.

MOURA, M.E.B. et al. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n.4. Brasília Jul/Ago. 2007.

OLIVEIRA, A. C.; CARVALO, D.V. Avaliação da subnotificação da infecção do sítio cirúrgico evidenciada pela vigilância pós-alta. **Revista Latino-Americano de Enfermagem** 2007 setembro-outubro; 15(5).

OLIVEIRA, A.C.; ARMOND, G.A.; CLEMENTE, W.T. **Infecções Hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

OLIVEIRA, D. de P. R. **Planejamento Estratégico**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, N.T. (2009). O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o PEREIRA, M. S. **A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem**. 2005.

ROCHA, L. F; LEMES, N. A.; BRASILEIRO, M. E. Atuação Da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde na Unidade de Terapia Intensiva: o que Fazer? **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. 2010.

RODRIGUES, F.A.; BERTOLDI, A.D. Perfil da utilização de antimicrobianos em hospital privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1): 1239-1247, 2010.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2005.

SANTOS, N. Q. **A resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar**. Texto contexto - enfermagem. vol.13 no.spe Florianópolis 2004.

SANTOS, A. L. et al. **Staphylococcus aureus**: visitando uma cepa de importância hospitalar. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* , v. 43, n. 6, p. 413-423, dezembro 2007.

SANTOS, N. C.M. **Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar**. 4ª ed. São Paulo: Ítalia, 2010.

SCHEIDT, K. L. S. ; ROSA, L. R. S. ; LIMA, E. de F. A. As ações de biossegurança implementadas pelas comissões de controle de infecções hospitalares. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jul/set; 14(3):372-77.

SEMSA, Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Plurianual 2016-2019**. Itaituba-PA, 2015.

SENNE, E. C. V. **Avaliação de prevalência e fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em colecistectomia videolaparoscópica antes e após a implantação da vigilância pós-alta**. 2011. 92f. Dissertação (Título Mestre em

Patologia Geral). Pós-Graduação em Patologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro de Uberaba, Minas Gerais, 2011.

SILVA, F. I.; SANTOS, B. M. O. Estudo histórico organizacional da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital universitário. **Medicina, Ribeirão Preto**, n.34, p.170-179, São Paulo, abr./jun. 2001.

SILVA, C. R. L.; Setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. Tese. **Compacto dicionário ilustrado de saúde**. 2. Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2007.

SOUZA, A. C. S.; PEREIRA, M. S.; RODRIGUES, M. A. V. Descontaminação prévia de materiais médico-cirúrgicos: estudo da eficácia de desinfetantes químicos e água e sabão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 95-105, julho 1998.

TARDIVO, T. B.; FARHAT NETO, J.; FARHAT JUNIOR, J. Infecções Sanguíneas Relacionadas aos Cateteres Venosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, 2008.

TEIXEIRA, E. R. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 89-95, 2005.

TORRES, Silvana; LISBOA, Teresina Covas. **Gestão dos Serviços: limpeza, higiene e lavanderia em estabelecimento de saúde**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2008.

TURRINI, R.N.T. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.34, n. 2, p. 174-184, jun. 2000.

VARGAS, D; BRAGA, A. L. O enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: refletindo seu papel. **Rev FABIBE on line**, Bebedouro, São Paulo, v. 2. p. 01-05, 2006.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002. WHO. **The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action**. Geneva, 2012.

ZIKMUND, D. **A morte e o morrer no processo de formação de Enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem**. 1 ed. Santa Maria: Texto Contexto Enferm, 2009.

APÊNDICES



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO
HOSPITALAR: uma análise do Hospital Municipal de Itaituba- PA

Identificação dos sujeitos

Nome: _____ Idade: _____
Sexo: _____ Tempo de atuação: _____ Especialização: _____

1. Existe uma Comissão de Controle de infecção hospitalar no Hospital Municipal de Itaituba?
() Sim () Não
2. Qual a importância de uma comissão de controle de infecção hospitalar no seu ponto de vista?
3. No ultimo ano houve registros de infecção hospitalar? Em quais setores?
() Sim () Não
4. Quais os tipos de infecção houve no ano de 2016?
5. Quais os principais fatores que contribuem para a ocorrência de infecção hospitalar?
6. Vocês recebem treinamento para prevenção de infecção hospitalar?
7. Quais fatores você acredita ser essenciais o enfermeiro levar em consideração para um atendimento de qualidade no hospital?
8. Quais são as suas dificuldades para a realização do controle da infecção hospitalar?
() Limitação da capacitação recebida () Estrutura física
() Ausência de protocolo () SAE
() Sobrecarga de trabalho () Outros

9. Se possível, discorra brevemente sobre os principais pontos encontrados para a realização da prevenção de infecção hospitalar.
10. Como são avaliados pela equipe de saúde os pacientes com risco de infecção hospitalar?

ANEXOS



Centro de Estudos Superiores de Itaituba
FAI - Faculdade de Itaituba

Ofício nº 046

Itaituba, 21 de Novembro de 2017.

Ilma. Sr.^a Adriano de Aguiar Coutinho
Diretor Administrativo HMI

Prezado Senhor,

Pelo presente, apresentamos a Vossa Senhoria a acadêmica **Deiziane dos Santos Pereira**, do décimo período do Curso de Enfermagem e para tanto solicitamos sua autorização para que esta possa realizar pesquisa sobre Infecção hospitalar. Os dados coletados serão utilizados na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado: "**Prevenção e Controle de infecção hospitalar no Hospital Municipal de Itaituba**". Solicitamos sua autorização para que a aluno possa realizar o seu projeto. Estes dados tem finalidade puramente acadêmica.

Certos de contarmos com vossa colaboração, agradecemos.

Atenciosamente,

Adriano
23/11/2017
Adriano
Adriano De Aguiar Coutinho
Diretor Administrativo HMI
Doc. nº 00732017

Juliane

Juliane de Almeida Lira
COREN-PA 118820
Coordenadora de enfermagem

Endereço: 4ª rua, Fernando Guilhon, 895 Jardim das Araras- Itaituba/PA
IES Autorizada pela Portaria Nº 2557 MEC/SESUP de 15/09/2003.
Fone: 93.3518.4320 Fax: 93.3518.4319 Site: www.unifaitb.edu.br
E-mail: fai@unifaitb.edu.br