

**PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES: UM DESAFIO EM
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA^a**

Débora Gotardelo Audebert Delage^b

Girlene Alves da Silva^c

Resumo

As infecções hospitalares (IHs) são um desafio na saúde pública e, por isso, é fundamental que as atividades de prevenção e controle permaneçam na linha de frente e na base das instituições hospitalares. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que buscou avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalar (PCIH) em instituições de saúde públicas, privadas e filantrópicas no município de Juiz de Fora (MG). Para a coleta dos dados, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde dos Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIHs) e das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs). Para análise dos dados, foi empregada a análise de conteúdo temática, que possibilitou a identificação das categorias: percepção dos profissionais na organização dos SCIHs e CCIHs; atividades de controle de infecção desempenhadas pelos profissionais dos SCIHs e das CCIHs; controle e prevenção em IH: lugar da educação permanente. Os resultados indicam que os PCIHs apresentam diversas inconformidades e muitos desafios são apontados pelos sujeitos, uma vez que as ações de prevenção e controle ficam à margem de todo o processo. Os treinamentos e a capacitação realizados pelos profissionais dos SCIHs e CCIHs não são contínuos e, na maioria das vezes, não são baseados nos dados epidemiológicos encontrados na busca ativa. Há necessidade de os profissionais e as instituições de saúde reconhecerem a importância do PCIH e sua relação no controle e na prevenção das infecções hospitalares.

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Controle de infecções. Programa de controle de infecção hospitalar.

^a Órgão Financiador: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

^b Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (UFJF). Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

^c Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Endereço para correspondência: Avenida Juiz de Fora, n.º 2.555, Grama, Juiz de Fora, Minas Gerais. CEP: 36048-000. deboradelage@bol.com.br

Abstract

Nosocomial Infections (NI's) are a public health challenge and therefore, it is fundamental that prevention and control actions remain on the front line and on the basis of hospital institutions. This qualitative study aims to evaluate the Nosocomial Infections Control Programme (NICP) of public, private and philanthropic hospital institutions in the city of Juiz de Fora and its relationship with the practice of professionals of Nosocomial Infections Control Commissions (NICC's) and Services (NICS's). In order to collect data, there was used semi-structured interviews with health professionals of NICS's and the NICC's. For the analyses the thematic analysis technique was used, which allowed us to define the following categories: professional's perception over the organization of NICC's and NICS's; infection's control activities done by the professionals of NICC's and NICS's and the control and prevention of NI: the place of continuing education. It was possible to observe that the NICP's shows much nonconformity and grand are the challenges pointed out by the subjects because the actions of prevention and control are out of the process. Continuing Education done by the professionals of NICS's and NICC's is not continuous and based on the epidemiologists' data found in the active research. It is essential that not only the health institution values the infection control, but that all health professionals in fact understand the importance of the NICP and its relationship with the control and prevention of nosocomial infections.

Key words: Hospital infections. Infection control. Hospital infection control program.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS: UN DESAFIO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE JUIZ DE FORA

Resumen

Las infecciones hospitalarias (IHs) son un desafío para la salud pública y, por eso, es fundamental que las actividades de prevención y control permanezcan en la línea de frente así como en la base de las instituciones hospitalarias. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, que buscó evaluar el Programa de Control de Infecciones Hospitalarias (PCIH) en instituciones de salud pública, privadas y filantrópicas, en el municipio de Juiz de Fora.

Para la recolecta de los datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas con los profesionales de salud de los Servicios de Control de Infecciones Hospitalarias (SCIHs) y de la Comisión de Control de Infección Hospitalaria (CCIHs). Para el análisis de los datos fue utilizado el análisis de contenido temático, permitiendo identificar las siguientes categorías: percepción de los profesionales en la organización de los SCIHs y CCIHs; actividades de control de infección desarrolladas por los profesionales de los SCIHs y CCIHs; el control y prevención en IH; el lugar de educación permanente. Los resultados indican que los PCIHs presentan diversas disconformidades y muchos desafíos son relatados por los sujetos, puesto que, las acciones de prevención y control quedan al margen de todo el proceso. Los entrenamientos y capacitación realizados por los profesionales de los SCIHs y CCIHs no son continuos y, la mayoría de las veces, no se basan en datos epidemiológicos encontrados en la búsqueda activa. Existe la necesidad de que los profesionales y las instituciones de salud reconozcan la importancia del PCIH y su relación en el control y la prevención de las infecciones hospitalarias.

Palabras-clave: Infección hospitalaria. Control de infecciones. Programa de infección hospitalaria.

INTRODUÇÃO

As Infecções Hospitalares (IHs) têm merecido atenção do país e do mundo, porque envolvem uma questão de saúde pública devido ao aumento da morbidade – o que eleva, consideravelmente, os custos hospitalares –, e da mortalidade dos pacientes, que poderiam ser evitados.^{1,2,3} Diante desses fatores, ficam evidentes a preocupação e o esforço para conhecer a magnitude das IHs, bem como identificar uma maneira de evitá-las de forma resolutiva e eficaz. Vários estudos foram realizados com o propósito de mostrar que, mediante programas de controle e vigilância intensiva das infecções, é possível a redução das taxas de incidência das IHs.^{4,5}

No Brasil, no intuito de melhorar o controle das IHs, criou-se, por exigência legal, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) nas instituições hospitalares, definido como um conjunto de ações que visam à redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções hospitalares.⁶

Além da obrigatoriedade desse Programa, a partir de 1998, estabeleceu-se também sua estrutura e operacionalização.⁷ Quanto à estrutura, foi criada a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da

instituição de saúde e também de execução das ações de controle das infecções hospitalares. Além disso, foi estabelecido que os membros executores da CCIH representassem o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Definiu-se ainda o trabalho a ser realizado pelo PCIH, tendo como principal ação a vigilância epidemiológica.⁷

É fundamental que as atividades de prevenção e controle das IHS permaneçam na linha de frente e na base das instituições hospitalares. Para isso, é imprescindível a instalação de um PCIH que sustente e qualifique ações e atividades mínimas de controle e prevenção.⁸

Assim, neste estudo, objetiva-se avaliar o PCIH em instituições hospitalares privadas, públicas e filantrópicas do município de Juiz de Fora (MG).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, realizado em instituições hospitalares públicas, privadas e filantrópicas do município de Juiz de Fora (MG).

A metodologia qualitativa aplicada à saúde não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo.⁹ Desta maneira, buscou-se, por meio da abordagem qualitativa, alcançar a questão da prevenção e do controle das infecções hospitalares na voz daqueles atores diretamente envolvidos nessas ações.

Para seleção do cenário do estudo, os critérios de inclusão foram: instituições de saúde classificadas de acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como hospitais gerais; e de acordo com a natureza: pública, privada e filantrópica.¹⁰ Todas as instituições hospitalares possuíam CCIH e SCIH. Foram critérios de exclusão: serviços de saúde para tratamentos de doenças mentais; centros e policlínicas de saúde; assistência domiciliar; e serviços apenas ambulatoriais.

De acordo com a base de dados do DATASUS, foram selecionadas seis instituições, sendo duas de cada natureza, no entanto apenas quatro instituições de saúde deram parecer favorável. Deste modo, constituíram-se em cenários do estudo as CCIHs e os SCIHs de uma instituição de saúde privada, uma pública e duas filantrópicas.

Os hospitais foram classificados e suas designações ocorreram da seguinte maneira: Hospital A: hospital público; Hospital B: hospital privado; Hospital C: hospital filantrópico 1; Hospital D: hospital filantrópico 2.

Participaram 22 sujeitos, representados pela equipe mínima de cada SCIH e CCIH. Ressalta-se que a amostragem na pesquisa qualitativa é definida durante a coleta e análise dos dados, pois é a análise que ilumina o processo de reincidência e

define o número de sujeitos para o estudo.¹¹ Os critérios de inclusão dos sujeitos foram determinados levando-se em conta os profissionais que estão designados para as ações de controle das IHS. Para o SCIH, foi selecionada a equipe mínima de membros executores; na CCIH, os membros consultores representantes de cada serviço ou setor. Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com informações claras sobre a pesquisa, e assinaram duas vias, sendo uma cópia para o pesquisador e outra para o participante.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada com os profissionais dos SCIHs e das CCIHs, que foram gravadas e transcritas na íntegra.

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise temática. Na primeira etapa, que trata da leitura flutuante,¹¹ procedeu-se à leitura dos dados e extração dos fragmentos que abordavam as questões norteadoras do estudo; posteriormente, fez-se o agrupamento em temas e ideias semelhantes dos participantes. Na segunda etapa, que trata da descrição analítica com codificação, classificação e categorização dos dados, realizou-se uma leitura mais detalhada das falas e nomearam-se as seguintes categorias de análise:

1. percepção dos profissionais na organização dos SCIHs e CCIHs;
2. atividades de controle de infecção desempenhadas pelos profissionais do SCIH e da CCIH;
3. controle e prevenção em IH: o lugar da educação permanente.

Estabelecidas as categorias, realizou-se a terceira etapa, que é a interpretação inferencial, na qual se confrontam os relatos dos sujeitos com o referencial teórico do controle e prevenção das IHS.

Os fragmentos de registros utilizados neste estudo receberam um código composto pelas letras iniciais das profissões e/ou cargos que ocupam, seguido da sigla CCIH ou SCIH e do hospital pertencente. As seguintes profissões e ocupações profissionais foram classificadas: Médico: "M"; Farmacêutico: "F"; Microbiologista: "Mi"; Enfermeiro: "E"; Diretor Clínico: "DC"; Diretor Técnico: "DT"; Representante da Administração: "A". Quando, no SCIH ou CCIH, havia mais de um profissional com a mesma função, a letra da profissão foi seguida de um número. Exemplo: "E1."

Esta pesquisa obedeceu às normas de pesquisa com seres humanos.¹² O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), conforme protocolo número 291/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, são apresentados os dados e a análise de acordo com as categorias estabelecidas: percepção dos profissionais de saúde na organização dos SCIHs e CCIHs, atividades de controle de infecção desempenhadas pelos profissionais do SCIH e da CCIH e, finalmente, o controle e prevenção de infecção em IH do ponto de vista do lugar da educação permanente.

1. PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ORGANIZAÇÃO DOS SCIHs E CCIHs

Trabalhar com prevenção e controle de infecção hospitalar é uma tarefa que exige compromisso e dedicação. Portanto, é fundamental entender o que direciona os profissionais de saúde do SCIH e da CCIH a trabalharem em controle de infecção, uma vez que esse fato refletirá, diretamente, na sua prática assistencial.

As falas dos profissionais, a seguir, expressam as razões pelas quais eles desempenham essas atividades: “Foi por exigência da legislação, que determina que exista na CCIH representante da alta administração da empresa.” (DT. CCIH. Hospital B); “É porque é obrigatória a participação do farmacêutico na CCIH, e como eu sou RT eu fui convidada a participar.” (F. CCIH. Hospital A).

Foi possível observar que a maioria dos profissionais que fazem parte da CCIH e do SCIH não optou por trabalhar nesse setor, mas a participação deveu-se ao cargo que ocupam e à existência de uma legislação que obriga as instituições hospitalares a formarem a CCIH e SCIH com representantes de diferentes áreas da saúde. Trata-se da Portaria n.º 2.616/98,⁷ do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, e determina: “A nomeação dos membros da CCIH caberá à autoridade máxima da instituição hospitalar por meio de ato próprio.”^{7:4} Seria importante que essa nomeação se concretizasse a partir também do desejo e da competência do trabalhador, pois, ao levar em consideração somente a questão jurídica, corre-se o risco de o trabalho da CCIH não atingir os objetivos propostos. Por isso, embora a citada Portaria trate das competências da CCIH, o que, muitas vezes, se presencia é uma CCIH não atuante, como exemplifica o relato a seguir:

“Olha o meu desafio agora, que eu acho que é um grande gigante diante de mim, é tentar fazer que os membros da CCIH sejam atuantes sabe? Possam aderir a essa campanha para redução e venham a incorporar isso neles, sabe? A questão da CCIH, eles são a CCIH, nós temos que discutir, sabe?” (E. SCIH. Hospital A).

O que se percebe são CCIHs fantasmas e burocráticas que não cumprem o seu papel no controle das infecções, pela inexistência de serviço estruturado que apoie, normatize, implemente e avalie as ações de prevenção e controle e pela carga horária dos SCIHs. Vejam-se os depoimentos:¹³

“Fico 8 horas de segunda a sexta.” (E1. SCIH. Hospital C).

“Não tem horário fixo; é consultoria... Mas eu aqui recebo pró-labore que tá muito abaixo do piso.” (M. SCIH. Hospital B).

“Tem uns três meses que tá sem médico, mais ou menos. Nós estamos esperando, né? Aí muitas coisas ficam paradas, principalmente a parte de antibiótico, né?” (E. CCIH. Hospital A).

Um dos membros da CCIH deve ser, de preferência, um enfermeiro com carga horária de 6 horas/dia; os demais profissionais de nível superior do SCIH, com 4 horas/dia.⁷

A análise das falas dos sujeitos revelou que apenas o enfermeiro do SCIH atua com dedicação exclusiva; o outro profissional de saúde não atua de forma exclusiva na carga horária exigida por lei. Em toda a realidade estudada, este outro profissional era um médico infectologista. Ressalta-se que, no Hospital A, apenas o enfermeiro fazia parte do SCIH, não tendo outro profissional em sua composição. Constata-se, então, que, apesar da exigência legal de profissionais de saúde para trabalhar no SCIH com horário definido, o que se verificou é que há transgressão às normas em todas as unidades pesquisadas.

Foi possível perceber que, para a instituição hospitalar alcançar o processo de acreditação, ou seja, o certificado de qualidade, existem exigências que as obrigam a ter PCIH e SCIH atuantes, os quais exigem padrões específicos para o controle das infecções hospitalares que devem ser cumpridos integralmente. O PCIH representa um dos medidores do controle de qualidade da assistência em um hospital, daí sua importância.¹⁴ Isso se revela nos depoimentos: “Falaram que se não tiver enfermeiro da CCIH nem adianta. Primeira coisa que vocês precisam fazer é contratar um enfermeiro pra CCIH, porque não tinha.” (E. SCIH. Hospital B).

Pensando, então, nessa categoria como a parte estrutural e organizacional da CCIH e do SCIH e, além disso, as motivações e razões para se trabalhar em controle de infecção hospitalar, foi possível perceber que há muito o que avançar na organização das CCIHs e dos SCIHs. O fato é que depois da legislação – que exige dos hospitais a formação

e o funcionamento mínimo do SCIH e da CCIH, e com os processos de qualificação das instituições de saúde –, os serviços de saúde precisaram adaptar-se às novas exigências. No entanto, ficou evidente que isso não tem sido suficiente para o efetivo controle das infecções; é necessário ainda a valorização do profissional de saúde e mais reconhecimento do SCIH pelas instituições de saúde.

2. ATIVIDADES DE CONTROLE DE INFECÇÃO DESEMPENHADAS PELOS PROFISSIONAIS DO SCIH E DA CCIH

As CCIHs e os SCIHs possuem diferentes competências⁷ e isto foi também observado nas falas dos entrevistados. No entanto, é preciso refletir sobre o resultado dessas ações, dentre as quais devem ser destacadas o controle e a padronização dos antimicrobianos. A preocupação com esse controle decorre do aumento significativo do uso irracional desses medicamentos e tem contribuído cada vez mais para a resistência dos micro-organismos e o aumento dos custos hospitalares. Este entendimento é também compartilhado pelos profissionais entrevistados, como evidenciam os fragmentos a seguir:

“A minha principal função é sobre o controle dos antimicrobianos, a padronização dos antimicrobianos, a liberação dos relatórios de consumo. Os antibióticos de maior impacto na resistência a gente tem que fazer restrição de uso também.” (F. CCIH. Hospital C).

“[...] a gente tem as atividades que a gente faz de controle de antibiótico, né? A gente analisa todos os antibióticos de uso para infecção hospitalar, infecção comunitária, para profilaxia cirúrgica, clínica, né?” (M. SCIH. Hospital D).

De acordo com as entrevistas, o controle do uso de antimicrobiano é um dos pontos mais importantes da CCIH e do SCIH, entretanto observa-se que os hospitais pesquisados realizam esse controle de maneira insuficiente, devido a vários fatores: resistência de muitos profissionais à orientação, por considerarem que o SCIH está interferindo na sua conduta terapêutica; e o próprio SCIH que, muitas vezes, não pode atuar por questões éticas, como foi constatado na seguinte fala: “E existe uma série de questões envolvendo auditoria de antibióticos, porque o médico é soberano para prescrever o antibiótico. A princípio é comentar, ele é soberano... agora, eu mudar a conduta do colega, a não ser que ele cause risco para o paciente, eu posso fazer, tá?” (M. SCIH. Hospital C).

Outro problema apontado pelos sujeitos do estudo foi o uso do antimicrobiano cuja prescrição deve ser bem fundamentada, para que a farmácia libere o medicamento; no entanto, nem sempre o formulário é preenchido adequadamente, o que interfere na realidade dos indicadores epidemiológicos. Além disto, a liberação de antimicrobiano sem uma justificativa correta pode acarretar resistências microbianas. É o que se observa na fala: “A gente... o antibiótico é dispensado com a justificativa. Isso é uma coisa muito difícil; em todo lugar normalmente tem, mas nem sempre aquilo é preenchido de uma forma adequada, né?” (M. SCIH. Hospital D).

O controle do antimicrobiano, às vezes, fica comprometido pelo fato de o médico do SCIH não permanecer muito tempo no hospital, prestando apenas uma consultoria, embora o controle fique restrito a pareceres médicos. “É mais a base de parecer mesmo, se tem alguma dúvida em relação ao esquema de antibiótico.” (M. SCIH. Hospital B).

Assim, apesar do entendimento de que, para um efetivo controle e prevenção das IHS, é necessária rigorosa prescrição de antimicrobianos, identifica-se que isso ainda é um desafio a ser superado.

Um ponto abordado pelos participantes da pesquisa são as ações cotidianas em CCIHs e SCIHs com relação à vigilância epidemiológica das IHS. Destacam-se, nos depoimentos, as informações que representam ações de vigilância epidemiológica realizadas por essas Comissões e Serviços:

“Nós fazemos busca ativa nos setores, é... fechados, CTIs e berçário de alto risco... avaliamos os pacientes que têm, que são predisponentes, que têm fatores predisponentes pra IH... então, a gente tem essa vigilância nesses pacientes desses setores que eu citei.” (E1. SCIH. Hospital C).

“Busca ativa no hospital inteiro, porque só o CTI não é padrão. Então, pra mim, é mais interessante até, é, nas clínicas, principalmente clínica médica. A busca ativa é diária; eu vou nos setores, nos andares, CTI, todos os setores, clínica cirúrgica, clínica médica e CTI.” (E. SCIH. Hospital D).

Sabe-se que uma das competências da CCIH é implementar um sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, bem como as orientações sobre quais ações e indicadores a CCIH deverá se fundamentar. Trata-se de uma observação contínua da ocorrência e distribuição das infecções hospitalares nos pacientes hospitalizados ou não,

e dos eventos de risco para sua ocorrência, com o intuito de executar ações de prevenção e controle em tempo oportuno.⁷

Existem vários sistemas de vigilância epidemiológica das infecções e eles diferem quanto aos objetivos propostos, a metodologia definida e a abrangência desejada. Portanto, o sistema de busca de casos pode ser ativo ou passivo. De acordo com o período de observação, ele pode ser classificado como retrospectivo ou prospectivo; e quanto à abrangência, pode ser global ou por componentes.¹⁵

A despeito de a legislação recomendar o método de busca ativa para a vigilância epidemiológica, é permitido que a CCIH escolha o mais apropriado, de acordo com as características do hospital, estrutura de pessoal e natureza da assistência.⁷ De acordo com o hospital e suas características, observou-se a presença da busca ativa global ou por componentes e também a utilização da busca passiva. Dentre os hospitais estudados, 25% (hospital D) realizam busca global das IHS, pelo fato de possuir menos de 70 leitos; os demais realizam busca por componentes.

Apesar de as falas demonstrarem as ações que estão sendo realizadas pelos SCIHs e pelas CCIHs, o que se revelou é que os dados levantados no processo de vigilância epidemiológica nem sempre são desenvolvidos tendo em vista a efetiva prevenção das IHS. Eis uma questão: o que tem sido feito com esses dados levantados na vigilância epidemiológica? Foram identificadas nas falas informações que dizem respeito à não utilização dos dados epidemiológicos como norteadores da realização das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares. Destacam-se os recortes das falas a seguir: “Mas, na verdade, o que é muito importante, que a gente vem falhando, é o que fazer com esses dados, em termos assim: vamos tomar uma medida mais importante.” (M. SCIH. Hospital C); “[...] mensalmente, a gente faz o relatório, mas aí eu falo com as meninas, mas é informalmente. O relatório ainda não é passado para o setor, meio que guardo mesmo e vamos tentar trabalhar pra evitar.” (E. SCIH. Hospital D).

É importante ressaltar que a Portaria vigente, quando traz as competências da CCIH e do SCIH, aponta que não basta realizar a vigilância epidemiológica; é preciso levar as informações a toda a comunidade do hospital. Além disso, orienta que a CCIH não apenas elabore esses relatórios com os indicadores epidemiológicos, mas que possa interpretá-los e analisá-los, e que sejam divulgados a todos os serviços e direção, promovendo um amplo debate em toda comunidade hospitalar.⁷

Apesar de realizar a vigilância epidemiológica, o que se percebeu foi uma supervalorização da coleta de dados; no entanto, o que acontece é que essas

ações de vigilância epidemiológica não geram ações de controle. A coleta de dados e o estabelecimento dos indicadores ocupam a maior parte de tempo dos enfermeiros do SCIH, e o que era para ser um norteador das medidas de prevenção e controle fica restrito aos resultados obtidos e às ações desempenhadas pelo SCIH.¹⁶

Existe uma discussão calorosa em relação ao comprometimento do profissional de saúde em aderir às ações de prevenção e controle das IHS. Discute-se muito sobre o conhecimento e a mudança de comportamento do profissional de saúde em relação à prevenção das infecções, mas não se questiona o que, realmente, esses profissionais, que lidam com o paciente no seu cotidiano, sabem sobre a situação das infecções no setor ou ambiente em que trabalham.

A terceira ação trata das competências ligadas à estrutura administrativa. Dentro desta ação, um aspecto analisado é a parte que trata da liberação de verba pela administração do hospital para mudanças estruturais, materiais e de recursos humanos. Percebe-se, nas entrevistas, sensibilidade da administração para corrigir as inconformidades.

“Então, a função é participar das reuniões para tomar ciência de todos os desenvolvimentos, das atividades da Comissão, e implementar, junto à direção técnica e administrativa, as medidas que a CCIH preconiza como necessárias. Então, nossa função é essa. Discutir, inteirar-se do assunto e, a partir dali, implementar as providências sugeridas nessas reuniões periódicas.” (DC. CCIH. Hospital B).

No entanto, a pesquisa mostrou que, muitas vezes, o que ocorre é a falta de apoio da direção do hospital, com infraestrutura sucateada e pouca mão de obra para executar o serviço de controle e, principalmente, de prevenção em infecções hospitalares. Veja-se o que dizem os entrevistados: “A parte de infraestrutura, né? Sucateada. Aqui mesmo, na minha sala, você pode ver; essa impressora tá com defeito. Então, a infraestrutura totalmente deficiente, começando pela sala da CCIH, que deveria ser um lugar de exemplo e não é.” (E. SCIH. Hospital B); “Recursos humanos, a questão da médica não ser uma pessoa contratada, de ser uma pessoa que presta consultoria, ela não tem obrigação de vir aqui todos os dias, não tem uma carga horária a cumprir.” (E. SCIH. Hospital B).

Muitas vezes, o que importa é que o SCIH esteja funcionando, mas não se questiona se ele está atingindo seu objetivo, que é a qualidade no atendimento e a assistência livre de danos.¹³ Isso é possível de ser constatado, porque, frequentemente, a correção das inconformidades só acontece quando ocorre a inspeção da vigilância sanitária. “Eu vejo a

Vigilância Sanitária como uma aliada... Porque só vou conseguir mediante a vigilância, porque eles só me dão: A vigilância cobrou isso? A vigilância quer isso? Ah, então eu vou ter que dar! Se a vigilância cobra, o hospital é obrigado a fazer.” (E. SCIH. Hospital B).

3. CONTROLE E PREVENÇÃO EM IH: O LUGAR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Dentro das competências da CCIH e do SCIH está a educação permanente, com ações de capacitação e treinamentos dos funcionários da instituição de saúde.⁷

A pesquisa mostrou diferentes tipos e modos de realizar os treinamentos e capacitações, dentre os quais se destacam:

“Para o funcionário, a gente deixa um pouco a desejar. O funcionário que a gente treina mais é o pessoal da higiene e limpeza; esse treinamento a gente não abre mão.” (E. SCIH. Hospital D).

“Baseado no relatório, faço o treinamento e capacitação naquele mês. Eu tô pensando em montar um cronograma e colocar as coisas básicas e deixar um espaço aberto para as prioridades daquele mês, de acordo com o relatório.” (E. SCIH. Hospital B).

“O treinamento aqui é muito difícil. É tirar o... é... o funcionário e colocar no centro de estudo. Eu falo pessoalmente. É de acordo com a demanda. A programação nossa é mais para acadêmico, né? Que a gente orienta todos os acadêmicos que aqui entram.” (E. SCIH. Hospital A).

A educação permanente compreende o treinamento contínuo em serviço, visando à capacitação e à qualificação dos recursos humanos para a execução de suas atividades laborais, que, direta ou indiretamente, devem refletir os objetivos finais da instituição.¹⁷ Os programas de treinamento, orientação e acompanhamento visam corrigir desvios ou sanar deficiências de desempenho. Entretanto, os resultados somente serão alcançados se os envolvidos participarem da análise e decisão sobre as mudanças.¹⁶

Foi observado, durante o estudo, que até mesmo os profissionais de saúde inseridos na CCIH não participaram dessas decisões e, na maioria das vezes, não tiveram acesso às informações referentes às infecções; também não participaram, em sua maioria,

da elaboração dos protocolos e rotinas para controle de infecção, o que é demonstrado pela seguinte fala: “[...] prevenção, não; isso não. Nesse ponto, nessa área não... a questão de elaboração de protocolos, rotinas... não, não, nada disso.” (Mi. CCIH. Hospital D).

Também foi lembrada a dificuldade dos hospitais no que se refere ao treinamento e à educação permanente do corpo clínico, fato confirmado pelos profissionais do SCIH, que relataram que o profissional médico não participa de treinamentos e capacitações ou orientações de rotinas e protocolos. Os motivos são vários e ressaltam-se alguns:

“Para os médicos há uma lacuna; é muito difícil, devido à diferença de horários e também especialidades.” (M. SCIH. Hospital B).

“Em relação aos médicos? [risos...] Seria mais informal. É mais um informativo.” (M. SCIH. Hospital D).

“[...] não, olha só... do médico tem um problema. Os médicos trabalham em vários lugares, né? Então, a conclusão que a gente chega tem que ser uma informação muito rápida, uma coisa mais fácil pra o dia a dia, porque às vezes o médico fala: isso não é da minha área, sabe?” (M. SCIH. Hospital C).

Dentre as falas citadas, foi possível perceber que algumas vezes isso ocorre pela incompatibilidade de horário; outras por falta de interesse e até de formação profissional; no entanto, esse comportamento está se modificando com os profissionais novos, fato demonstrado na seguinte fala: “[...] a nova geração é mais fácil, o pessoal vai se acostumando. Por exemplo, os residentes, orientação, assim eles assimilam melhor, eles têm maior interesse, mas, às vezes, dependendo do resto da equipe, têm hábitos mais arraigados, fica mais difícil.” (M. SCIH. Hospital C). É preciso entender que não basta orientar, capacitar ou treinar apenas alguns profissionais ou uma classe de profissionais; é necessário ampliar isso para que todos os profissionais que prestam assistência ao paciente tenham acesso a questões de prevenção e controle das infecções hospitalares.

A formação dos profissionais com uma percepção de prevenção é um dos grandes desafios que o ensino na área de saúde enfrenta e, portanto, é importante questionar o papel formador das Universidades no preparo dos profissionais de saúde para o controle das infecções hospitalares.¹⁸ É importante destacar que os membros do SCIH e também na CCIH

não possuem, em sua maioria, capacitação ou especialização da área de controle de infecção. As falas são ilustrativas: “O treinamento para os membros do SCIH. Não existe treinamento para estes membros, uma vez que são formadores de opinião e atualizam-se através de literatura, congressos.” (M. SCIH. Hospital B); “Na verdade o treinamento para o SCIH não tem também específico. O que ocorre é as vezes a gente mesmo tá buscando informação.” (E. SCIH. Hospital D).

Dos 22 sujeitos participantes da pesquisa, apenas 25% possuíam qualificação ou capacitação na área de infecção hospitalar – um dado preocupante, já que todos os profissionais de saúde estão diretamente designados para o controle das IHS. Isso demonstra uma lacuna no que se refere aos cuidados com a saúde dos pacientes, em se tratando de controle de infecção, mesmo porque a realidade do despreparo profissional em áreas específicas reflete diretamente na qualidade das ações desenvolvidas.¹³

Não existe uma legislação que fiscalize ou determine que o profissional de saúde do SCIH tenha capacitação na área. Percebe-se também que a própria instituição de saúde não investe e incentiva o profissional a realizar cursos de capacitação.

Uma situação abordada nesta investigação está relacionada às orientações sobre as normas e rotinas de ações de controle e prevenção de IH. Elas estão disponíveis, em sua maioria, nos SCIHs e, em alguns casos, nos diferentes setores e serviços do hospital. No entanto, vale ressaltar que grande parte fica guardada em uma gaveta.

Os relatórios mensais sobre taxas de infecção hospitalar não são discutidos no setor onde houve a incidência e, muitas vezes, quando acontece, são debatidos de maneira informal. Isso é demonstrado nas seguintes falas: “Eu coloco o relatório em todos os setores, entrego para o enfermeiro, aí ele guarda em uma pasta e o outro prega no quadro de avisos. Então, todos os setores têm.” (E. SCIH. Hospital B); “Não, ainda não tenho relatórios nos setores.” (E. SCIH. Hospital D); “Então eu acho que isso é muito falho em todos os hospitais. Na realidade fica muito por baixo dos panos as suas ações.” (M. CCIH. Hospital A).

As falas revelaram ainda que alguns profissionais desempenham sua função isoladamente, sem interação com os demais profissionais da CCIH e com aqueles que executam a assistência em saúde; não há aprofundamento nas discussões e propostas para prevenção e controle das infecções hospitalares. Veja-se o que dizem os depoentes: “Não, não, não participo de reuniões [...] Não, não, não. Só o resultado das culturas.” (Mi. CCIH. Hospital D); “Não, acesso eu não sei se vou ter, mas não tenho essas informações sobre infecções... Não tenho como e não sei como chegar também nelas”. (F. CCIH. Hospital D); “Bom, na verdade, a gente vai definir mais papéis a partir de agora, em relação a todos os membros da CCIH”. (Mi. CCIH. Hospital A).

Deste modo, o grande desafio apontado pelos profissionais é a própria participação efetiva na CCIH, com discussão aprofundada sobre os problemas e desafios referentes ao controle e prevenção das IHS. É importante transpor esse limite e entender que, para realizar controle e prevenção das IHS, não basta o trabalho da CCIH; é preciso a articulação desse trabalho com todos os profissionais de saúde que, direta ou indiretamente, estão ligados à assistência em saúde.

A análise das atividades relacionadas ao controle e prevenção das IHS permitiu observar-se a existência de um PCIH puramente nominativo. Esse fato aparece relatado em várias falas, e isso estimula a reflexão, pois a não adesão dos profissionais de saúde às ações de controle de IH é justificada de diversas formas. Destaca-se, entretanto, que o apoio administrativo da instituição é peça fundamental para estimular a implantação de práticas seguras e produzir condições adequadas para o funcionamento da CCIH e do SCIH.

O estudo evidenciou que as ações de prevenção e controle das IHS ficam à margem de todo o processo, pois a vigilância epidemiológica, no formato em que é realizada, é mais uma simples coleta de dados do que um instrumento para orientar as ações de controle das infecções. Além disso, observou-se que ainda é um desafio a sensibilização sobre a importância de difundir essas informações da vigilância epidemiológica e utilizá-las no processo de tomada de decisões.

Os dados mostraram que os processos de educação realizados pelos profissionais dos SCIHs e das CCIHs não são contínuos e, na maioria das vezes, não são baseados nos indicadores epidemiológicos encontrados na busca ativa. As atividades de educação permanente e capacitação para medidas de controle e prevenção das IHS foram pouco incorporadas nas instituições hospitalares.

A educação para o controle e prevenção das IHS é a atividade que irá disseminar as medidas de prevenção identificadas como prioritárias pelo SCIH, no entanto, destaca-se que, neste estudo, dentre as ações menos realizadas estão as de cunho educativo.

Foi possível identificar também o não incentivo das instituições de saúde na qualificação dos seus profissionais; também há falta de interesse desses profissionais no que se refere à capacitação na área de concentração das infecções. Logo, reafirma-se a necessidade de capacitação dos profissionais que formam as CCIHs e os SCIHs. É preciso pensar no PCIH como fundamental para melhorar a assistência à saúde nas instituições hospitalares. As ações isoladas dos SCIHs e das CCIHs não podem fazer muito pelo controle das IHS, mas é essencial que as instituições de saúde valorizem o controle de infecção e efetivamente ajam para conscientizar seus profissionais de saúde sobre a importância da prevenção e controle das IHS.

Espera-se que este estudo viabilize a compreensão, por parte dos gestores das instituições hospitalares e dos profissionais de saúde, de que o controle e a prevenção das IHS é algo imperativo e que suscite a reflexão não apenas sobre o modelo atual dos PCIHs como também sobre a maneira como estão sendo implantados e realizados, se são capazes de minimizar as IHS.

REFERÊNCIAS

1. Sánchez-Payá J, Bischofberger C, Lizan M, Lozano J, Muñoz PE, Navarro J, et al. Nosocomial infection surveillance and control: current situation in Spanish Hospitals. *J Hosp Infect.* 2009;72:50-6.
2. Raka L. Lowbury Lecture 2008: infection control and limited resources-searching for the best solutions. *J Hosp Infect.* 2009;72:292-8.
3. Santos AA. O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? [Dissertação]. Belo Horizonte, Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
4. Brusaferrero S, Quattrin R, Barbone F, D'Alessandro D, Finzi GF, Cimatorini M, et al. Factors influencing hospital infection control policies in Italian Hospitals. *J Hosp Infect.* 2003;53:268-73.
5. Chor D, Klein CH, Marzochi KB. Infecção hospitalar: comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica. *Cad Saúde Pública.* 1990;6:201-17.
6. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país. Brasília; 1997. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9431.htm], acesso em [9 de agosto de 2008].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.616, de 12 de maio de 1998. Expede diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares. Brasília; 1998. Extraído de [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html], acesso em [2 de julho de 2008].
8. Arias KM, Soule BM. Manual de controle de infecções da APIC/JCAHO. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005;39:507-14.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Informações em Saúde. Extraído de [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabMG.def>], acesso em [10 de janeiro de 2010].

11. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.^a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Extraído de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.htm], acesso em [10 de setembro de 2009].
13. Souza AC, Tipple AF, Pereira MS, Prado MA. Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde: percepção dos enfermeiros. Rev Cienc Enf. 2002;8:19-30.
14. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, accreditation and certification: approaches to health services quality. Bethesda: Quality Assurance Project; 1999.
15. Erdmann AL, Lentz RA. Conhecimentos e práticas de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. Texto & contexto Enf. 2004;13:34-49.
16. Lacerda RA, Egry EY. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. Rev Latino Am Enf. 1997;5:13-23.
17. Khoury HJ, Elias MA. Recursos humanos e o controle de infecção. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro FN. Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde. 2.^a ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p.1671-8.
18. Santos AM, Cabral LA, Brito DS, Madeira MZ, Silva ME, Martins MC. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. Rev Bras Enf. 2008;61:441-6.

Recebido em 15.6.2011 e aprovado em 12.3.2012.