

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAPHAELLA DA SILVA MOREIRA

**FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À
SAÚDE**

MACEIÓ
2019

RAPHAELLA DA SILVA MOREIRA

**FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão à Universidade Federal de Alagoas como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de bacharel em Enfermagem com orientação da professora Dr^a Thaís Honório Lins Bernardo.

MACEIÓ
2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

M838f Moreira, Raphaella da Silva.

Fragilidades e potencialidades da atuação do enfermeiro no serviço de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde / Raphaella da Silva Moreira. – 2019.

52 f. : il., tabs.

Orientadora: Thaís Honório Lins Bernardo.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Curso de Enfermagem. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 41-45.

Apêndices: f. 46-51.

Anexo: f. 52.

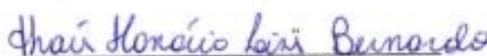
1. Enfermeiros. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Infecção hospitalar. 4. Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. 5. Pacientes – Medidas de segurança. 6. Programa de Controle de Infecção Hospitalar. I. Título.

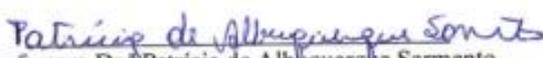
CDU: 616-083:616-022.36

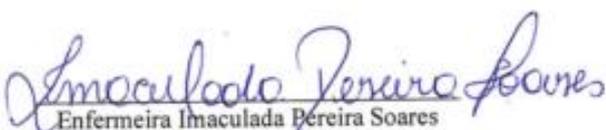
RAPHAELLA DA SILVA MOREIRA

**FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO
NO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão à
Universidade Federal de Alagoas
como parte dos requisitos
necessários para obtenção do Grau
de bacharel em Enfermagem.


Professora Dr.^a Thaís Honório Lins Bernardo
Presidente da Banca – Orientador (a)


Professora Dr.^a Patrícia de Albuquerque Sarmiento
Membro


Enfermeira Imaculada Pereira Soares
Membro

A minha querida tia Maria das Graças Moreira Nobre, com todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus que é o provedor da vida e que não me desamparou em nenhum momento. A Virgem Maria mãe e intercessora a quem recorri por tantas vezes. Aos meus pais Carlos e Sandra, que são meus exemplos de amor, dedicação e integridade, sem vocês nada disso seria possível. Aos meus avós *in memoriam*. Aos meus irmãos Regina e Gabriel, que são peças raras na minha vida, espero que eu seja sempre exemplo pra vocês. Aos meus demais familiares, em especial a minha tia Maria José que é uma técnica de enfermagem que fez a diferença na vida de muitas pessoas, espero ser metade da profissional que a senhora foi, aos meus tios Graça e Laelson, Neide e Adalberon, aos meus primos Felipe, James, Maria Luiza e Luiz Alberto. Aos meus queridos amigos da vida (Marcus Vinícius, Larissa, Jaiani, Wanderson, Álvaro, Carlos Henrique, Abner e Douglas), ao meu quinteto, ou melhor, meu tripé de cinco, quantas aventuras nós passamos turma (Débora, Gabriella Keren, Carmelita e Walleka) e as demais amigas e colegas da turma LXV, nós vencemos. Àqueles que foram como a minha família por tantos anos e por quem tenho tanto carinho Clarisse e Jenivaldo. À minha orientadora Thaís Honório, sei que não foi um trabalho fácil me orientar, toda minha gratidão. A professora Isabel Comassetto todo meu carinho. Às minhas enfermeiras preceptoras, obrigada, aprendi muito com vocês. À Universidade Federal de Alagoas que tenho orgulho de compor e a Escola de Enfermagem espero representar esta escola amada por onde eu for.

Abbe Faria: Em troca da sua ajuda, eu ofereço algo muito valioso.

Edmond Dantès: Minha liberdade?

Abbe Faria: A liberdade pode nos ser tirada, como você bem sabe. Eu te ofereço o meu conhecimento.

- O Conde de Monte Cristo

RESUMO

Introdução: As Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são um tipo de infecção adquirida após admissão do paciente que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares e as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar visam à redução máxima da incidência e gravidade das IRAS, onde o enfermeiro é preferencialmente o profissional da área da saúde para membro executor. **Objetivo:** identificar fragilidades e potencialidades do enfermeiro atuar no Serviço de Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, de natureza quantitativa e transversal utilizando-se de levantamento de dados e entrevistas utilizando-se um questionário semiestruturado, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa sob o número CAAE 89410618.8.0000.5013, vinculado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) 2018-2019. Os cenários de coleta foram os hospitais de médio e grande porte localizados em uma cidade do nordeste brasileiro, sendo esta pesquisa direcionada a todos os enfermeiros do Serviço de Controle Infecção Hospitalar das instituições cadastradas na ANVISA. **Resultados.** 04 hospitais participaram do estudo, totalizando 10 enfermeiros (as). Destacam-se as fragilidades: pouco apoio da gestão, desconhecimento dos profissionais quando a importância e abrangência do serviço de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, a falta de recursos humanos e o desabastecimento de insumos; e as potencialidades: autonomia, a comunicação, o comprometimento e a harmonia da equipe do serviço, presença de enfermeiros residentes. **Conclusão:** foram identificadas as fragilidades e potencialidades de atuar em serviço de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde não sendo possível quantificar a relação entre fragilidades e potencialidades da atuação do enfermeiro em SCIRAS, visto que, estas apresentam maior relevância de forma qualitativa.

Palavras-chave: Enfermeiros; Cuidados de enfermagem; Infecção hospitalar; Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Pacientes – Medidas de segurança; Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare-Related Infections (IRAS) is a type of infection acquired upon admission of the patient that manifests during hospitalization or after discharge when it may be related to hospitalization or hospital procedures. The Hospital Infection Control Program and the Hospital Infection Control Committees aim at the maximum reduction in the incidence and severity of IRAS, where the nurse is preferably the healthcare professional for the executing member. **Objective:** To identify weaknesses and potentialities of nurses working in the Health Care-Related Infection Control Service (SCIRAS). **Methods:** This is a descriptive, quantitative and cross-sectional research using data collection and interviews using a semi-structured questionnaire, approved by the Research Ethics Committee under number CAAE 89410618.8.0000.5013, linked to Institutional Program for Scientific Initiation Scholarships (PIBIC) 2018-2019. The collection scenarios were the medium and large hospitals located in a city in northeastern Brazil, and this research was directed to all nurses of the Hospital Infection Control Service of institutions registered with ANVISA. **Results** 04 hospitals participated in the study, totaling 10 nurses. **Weaknesses stand out:** little management support, lack of knowledge of professionals when the importance and scope of the service of infection control related to health care, the lack of human resources and the lack of inputs; and the **potentialities:** autonomy, communication, commitment and harmony of the service team, presence of resident nurses. **Conclusion:** the weaknesses and potentialities of acting in a service of infection control related to health care were identified and it was not possible to quantify the relationship between weaknesses and potentialities of nurses' performance in SCIRAS, as these are of greater relevance in a qualitative manner.

Keywords: Nurses; Nursing care; Nosocomial infection; Health Care Related Infections; Patients - Safety measures; Hospital Infection Control Program.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01. PERFIL HOSPITALAR QUANTO AO NÚMERO DE LEITOS, TIPO DE ATENDIMENTO E ESPECIALIDADES	24
TABELA 02 - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SCIRAS.....	25
TABELA 03 - PERFIL DOS ENFERMEIROS DO SCIRAS QUANTO O SEXO E FAIXA ETÁRIA	26
TABELA 04 - PERFIL DOS ENFERMEIROS DO SCIRAS QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO EM SCIRAS E QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO	26
TABELA 05 - PERFIL DOS ENFERMEIROS DO SCIRAS E QUANTO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	27
TABELA 06 - ASPECTOS QUE FRAGILIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS INSTÂNCIAS SUPERIORES	27
TABELA 07 - ASPECTOS QUE FRAGILIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS EQUIPES PROFISSIONAIS	29
TABELA 08 - ASPECTOS QUE FRAGILIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADA AOS RECURSOS HUMANOS.....	31
TABELA 09 - ASPECTOS QUE FRAGILIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADA À ESTRUTURA E RECURSOS MATERIAIS	32
TABELA 10 - ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS INSTÂNCIAS SUPERIORES	33
TABELA 11 - ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS INSTÂNCIAS SUPERIORES	34
TABELA 12 - ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS INSTÂNCIAS SUPERIORES	35
TABELA 13 - ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS INSTÂNCIAS SUPERIORES	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CCIH – Comissão de Controle de infecção Hospitalar
- CCIRAS - Comissão de Controle de Infecções relacionadas à assistência a saúde
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- IASS - Infecções Associadas A Serviços De Saúde
- IH – Infecção hospitalar
- IRAS – Infecções relacionadas à assistência a saúde
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PCIH - Programa de Controle de infecção Hospitalar
- SCIH - Serviço de Controle de infecção Hospitalar
- SCIRAS - Serviço de Controle de Infecções relacionadas à assistência a saúde
- SCIRAS - Serviço de Controle de Infecções relacionadas à assistência a saúde
- SOST – Saúde Ocupacional E Segurança Do Trabalho

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	GERAL	16
2.2	ESPECÍFICO	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	17
3.2	O SERVIÇO DE CONTROLE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SCIRAS)	18
3.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SCIRAS	19
4	METODOLOGIA	22
4.1	TIPOS DE ESTUDO	22
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO	22
4.3	SUJEITO DA PESQUISA	22
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	23
4.5	ENTREVISTA	23
4.6	INSTRUMENTOS	23
4.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	23
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	24
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1	O PERFIL DOS HOSPITAIS	25
5.2	PERFIL DAS EQUIPES DE SCIRAS	25
5.3	O PERFIL DOS ENFERMEIROS ATUANTES EM SCIRAS	26
5.4	FRAGILIDADES DE ATUAR EM SCIRAS	28
5.5	POTENCIALIDADES DE ATUAR EM SCIRAS	34
6	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE I	46
	APÊNDICE II	50
	ANEXO I	52

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são um tipo de infecção que adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Desde meados da década de 1990, o termo “infecções hospitalares” (IH) foi substituído por “infecções relacionadas à assistência em saúde” (IRAS), sendo essa designação uma ampliação conceitual que incorpora infecções adquiridas e relacionadas à assistência em qualquer ambiente (HORAN; ANDRUS; et al, 2008. Apud PADOVEZEI; FORTALEZA, 2014). Nesta pesquisa foi adotada a substituição do termo infecção hospitalar pelo termo infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS).

No âmbito mundial, a prevenção destes eventos está contemplada na meta internacional de segurança número 5 “Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados em saúde”, pois estimativas da OMS apontam que entre 5 a 10% dos pacientes que utilizam os serviços hospitalares adquirem uma ou mais infecções. Estima-se ainda que a cada 100 pacientes internados, pelo menos sete em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento irão adquirir IRAS. Na Europa, anualmente, quatro milhões de pessoas adquirem IRAS, ocasionando aproximadamente 37.000 mortes, com um impacto financeiro de sete bilhões de euros. Nos Estados Unidos da América (EUA) ocorrem cerca de dois milhões de casos e 80.000 mortes por ano, com custo estimado entre 4,5 e 5,7 milhões de dólares (ANVISA, 2017).

Em estudo realizado pela Organização Pan Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e divulgado no último ano, estima-se que no Brasil a taxa de IRAS atinja 14% das internações. Aproximadamente 20% a 30% das IRAS são consideradas preveníveis através de programas de controle e higiene intensivos, segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2016). É relevante pelo conhecimento da inserção dos profissionais enfermeiros, seja direta ou indiretamente, no contexto dos serviços de saúde prestando cuidados aos pacientes que estão sujeitos a procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos; além de estimular discussões sobre a atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar.

Já na década de 80 as IRAS se tornaram uma preocupação nos serviços de saúde, em consequência disto foram criadas as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), hoje denominadas Comissões de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS). Com a criação da Portaria nº232/1987 o Ministério da Saúde (MS) instituiu o

Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar; em 1992 a portaria de nº 930 dispõe sobre novas normas gerais para o controle de IRAS, preconizando que todos os hospitais mantenham Programas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS), constituindo CCIRAS e SCIRAS; em 1997 a lei nº 9431 dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de PCIRAS nos hospitais do país.

O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIRAS) é regulamentado pela Portaria de nº 2612 de 12 de maio de 1998 e constituem um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS e estabelece recomendações para a sua formação, relacionadas à estrutura e operacionalização.

Nesta portaria fica preconizada a atuação de uma equipe multiprofissional onde os profissionais podem ser consultores e executores. Os consultores devem ser profissionais representantes da medicina, da enfermagem, da farmácia, do laboratório de microbiologia e da administração. Os membros que devem executar devem ser técnicos de nível superior, em número mínimo de dois, contando eles obrigatoriamente com médico e enfermeiro, onde o enfermeiro é (preferencialmente) o profissional da área da saúde indicado para ser um membro executor, ou seja, aqueles encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar (BARBOSA, 2007).

A inserção da enfermagem no controle de IRAS se faz desde 1865 com a enfermeira Florence Nightingale, que durante a guerra da Crimeia inovou introduzindo cuidados básicos aos pacientes, como limpeza do ambiente, cuidados com a alimentação, separação de pacientes em leitos individuais, além de registros estatísticos das principais causas de óbito, incentivando assim a higiene e defendendo a premissa de que o hospital seria um lugar de promoção da melhoria e recuperação do paciente, não um lugar que lhe causasse danos (OLIVEIRA; et al., 2016). Logo fica claro o pioneirismo das ações da enfermagem no controle e prevenção das IRAS.

Dentro do contexto atual, a lei nº 7.498/86 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, dispõe em seu artigo 11 que o enfermeiro como integrante da equipe de saúde exerce todas as atividades de enfermagem, dentre elas a prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral e também prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem.

As atividades desempenhadas pela equipe de controle de infecção hospitalar adotam estratégias para melhoria na qualidade do serviço e quando realizadas corretamente permite a

promoção de medidas eficazes para prevenção de infecções hospitalares, visto que, esta atividade na instituição de saúde tem como objetivo avaliar a estrutura em que o serviço é prestado, como está sendo realizado e os resultados dessa assistência, evidenciado pelo aumento ou diminuição das infecções hospitalares (DUTRA; et al., 2015).

A presente pesquisa possui como objeto de estudo a atuação do profissional enfermeiro no Serviço de Controle As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS); este se faz relevante pela importância da prevenção e do controle das IRAS, visto que estas trazem risco de morbidade e mortalidade à população, geram custos e consequentemente impactam nas condições sociais.

Portanto diante da atuação do enfermeiro em SCIRAS quais as suas fragilidades e potencialidades?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar quais as fragilidades e potencialidades da atuação do enfermeiro no Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, nos hospitais públicos e privados;

2.2 ESPECÍFICO

Caracterizar o perfil dos hospitais;

Caracterizar o perfil das equipes que atuam em SCIRAS;

Caracterizar o perfil dos enfermeiros que atuam em SCIRAS;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A transmissão das IRAS pode acontecer de vários modos, sendo eles contato (direto e indireto), gotículas e aerossóis. Destes, destaca-se a transmissão por contato que ocorre a propagação de microrganismos de uma pessoa para outra através das mãos e/ou objetos inanimados. O paciente ao adquirir um microrganismo diferente da sua flora residente pode apresentar-se colonizado, permanecendo de forma assintomática ou evoluir para infecção, manifestando sinais e sintomas (CDC, 2007).

Há um consenso claro dos especialistas na área quanto à necessidade de tomada de ações estratégicas para a redução das IRAS. A proposta, segundo Cardo et. al (2010) é que estas ações ocorram no sentido de eliminar as IRAS. O conceito de eliminação é considerado, como em outras doenças infecciosas: “a máxima redução de doença infecciosa causada por um agente específico em uma área geográfica definida como resultados de esforços deliberados; ações continuadas para a prevenção do reestabelecimento da doença são necessárias” (BRASIL, 2013).

Avanços nesta área resultaram de iniciativas pioneiras, a partir do século XVII, colaborando não apenas para o controle e a prevenção de IRAS, como também para a transformação do hospital, de um local de reunião indiscriminada de doentes, na Idade Média, para um local de tratamento e cura de doenças, na Idade Moderna (LACERDA; et al, 1996 Apud OLIVEIRA; et al, 2016).

Foi o médico húngaro Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865), que em 1846, comprovou a íntima relação da febre puerperal com os cuidados médicos. Ele notou que os médicos que iam diretamente da sala de autópsia para a de obstetrícia tinham odor desagradável nas mãos. Ele postulou que a febre puerperal que afetava tantas mulheres parturientes fosse causada por “partículas cadavéricas” transmitidas na sala de Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865) autópsia para a ala obstétrica por meio das mãos de estudantes e médicos. Por volta de maio de 1847, ele insistiu que estudantes e médicos lavassem suas mãos com solução clorada após as autópsias e antes de examinar as pacientes da clínica obstétrica. No mês seguinte após esta intervenção, a taxa de mortalidade caiu de 12,2 para 1,2% (ANVISA, 2014).

No mesmo século, a enfermeira Florence Nightingale, por volta de 1865 durante a guerra da Crimeia, inovou introduzindo cuidados básicos aos pacientes, como limpeza do ambiente, cuidados com a alimentação, separação de pacientes em leitos individuais, além de

registros estatísticos das principais causas de óbito, incentivando assim a higiene e defendendo a premissa de que o hospital seria um lugar de promoção da melhoria e recuperação do paciente, não um lugar que lhe causasse danos. Tais episódios, além de estabelecerem medidas pioneiras de controle e prevenção de IRAS, também se relacionaram com o embrião de controle de qualidade na assistência à saúde, ao buscar medir e avaliar a ocorrência de fenômenos.

Nesse contexto, registrou-se um ou o primeiro processo judicial associado à qualidade assistencial, quando um jovem de 18 anos quebrou a perna durante uma partida de futebol. Ao dar entrada e ser atendido no Charleston Memorial Hospital foi diagnosticado com fratura da perna. Após os primeiros atendimentos, imobilização da perna com gesso o jovem começou a se queixar de dor e odor na perna imobilizada, queixas estas que não foram consideradas, tendo alta hospitalar. Como não sentia melhora de suas queixas, ao procurar outro hospital, teve sua perna amputada por necrose e infecção secundária. Esse caso foi reconhecido pelo processo movido e pelo ganho de causa do paciente, deixando claro o impacto do evento adverso decorrente do cuidado em saúde (OLIVEIRA; DE PAULA; et al, 2013).

Assim, ao caminhar pela história, vários outros episódios chamam atenção, como a descoberta da teoria microbiana e com ela as formas de transmissão das doenças; a descoberta dos antimicrobianos; enfim, um importante avanço no conhecimento científico que impulsionou a adoção de novas tecnologias e intervenções como a assepsia, a antisepsia, desinfecção, a esterilização, a antibioticoterapia e..., então, uma pausa (OLIVEIRA; DE PAULA; et al, 2013)..

No Brasil, as primeiras iniciativas começaram a acontecer na década de 1970, quando o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) propôs a criação da CCIRAS nos hospitais a ele credenciados. Entretanto, somente em 1984, com a morte do então presidente recém-eleito, Tancredo de Almeida Neves, relacionada a uma infecção cirúrgica, é que a primeira legislação sobre o tema veio a público. De forma discreta e pouco incisiva, algumas portarias foram promulgadas, reconhecendo a infecção hospitalar como evento indesejável, reafirmada também na Portaria em vigência nº 2.616, de 12 de maio de 1998.

3.2 O SERVIÇO DE CONTROLE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SCIRAS)

Historicamente, no Brasil, a demanda pelo controle e prevenção das IRAS, inicialmente denominada infecção hospitalar (IH), se deu em meados dos anos 70 do século XX, por recomendação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a partir de

profissionais que já estudavam e lidavam com esse tipo de ocorrência no país, e que haviam criado as primeiras Comissões de Controle e Prevenção de IRAS (CCIRAS) nos hospitais em que trabalhavam (OLIVEIRA; et al, 2016).

A década de oitenta foi a mais importante até o momento para o desenvolvimento do controle de infecção hospitalar no Brasil. Começou a ocorrer uma conscientização dos profissionais de saúde a respeito do tema e foram criadas várias comissões de controle nos hospitais. O Ministério da Saúde criou em 31/01/83 um grupo de trabalho integrado por seus representantes, ao lado de membros do Ministério da Educação e da Previdência Social, que elaborou um documento normativo, gerando a Portaria MS 196/83, de 24/06/83 que recomendava aos hospitais brasileiros a criação de CCIRAS e dava orientações práticas sob a forma de anexos. Este mesmo grupo elaborou um manual e realizou em 1984 na Capital Federal, com financiamento da OPAS, um curso internacional que serviu de base para a elaboração do “Curso de Introdução ao Controle das Infecções Hospitalares” (ANVISA, 2000).

Esta portaria apresentava seu processo de trabalho pautado na vigilância epidemiológica, de modo passivo, dependente da notificação pelo médico atendente, o que gerava alta subnotificação (OLIVEIRA; et al, 2016).

A portaria do Ministério da Saúde número 2.616, de 12 de maio de 1998, regulamentou a lei 9.431, de 06 de janeiro de 1997, que estabeleceu a obrigatoriedade da existência de SCIRAS nos hospitais brasileiros. Serviços de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) são: responsáveis pela promoção da segurança dos usuários dos serviços de saúde, condição indispensável para a certificação de qualidade da assistência prestada. Além disso, caracterizou os objetivos e o dimensionamento mínimo dos SCIRAS, de acordo com o número de leitos hospitalares, incluindo os de terapia intensiva e de especialidades, como oncologia, por exemplo, sem, no entanto, detalhar as características assistenciais da instituição. Estabeleceu ainda os pré-requisitos fundamentais para o funcionamento dos SCIRAS, entre os quais as atividades de vigilância epidemiológica das infecções associadas a serviços de saúde (IASS) (BRASIL, 1998).

3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SCIRAS

O enfermeiro membro da CCIRAS desempenha funções diversas, como investigar e avaliar as possíveis causas de IRAS e, a partir de então, elaborar ações de controle, além de ser responsável pela educação continuada da equipe de enfermagem (SANTANA; et al, 2015).

A portaria 2616 de 12 de maio de 1998 é composta por cinco anexos com as diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares, que discorrem sobre:

organização e competências do programa e da comissão de controle de infecção; conceito e critérios diagnósticos das infecções hospitalares; orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores e recomendações sobre a lavagem das mãos e outros temas como uso de germicidas, microbiologia, lavanderia e farmácia, dando ênfase à observância de publicações anteriores do Ministério da Saúde (NEGREIROS; et al, 2016).

Dessa forma, BRASIL (1998) ainda declara, entre outras, como competências da CCIRAS: elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a: Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares; Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares; Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares; Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares; Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores de CCIRAS; Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle entre outros. Na condição de executor do PCIRAS o enfermeiro desempenha função fundamental na implementação de todas as medidas e mudanças necessárias ao controle da IRAS (DUTRA; et al, 2015).

O cuidado de enfermagem quando se refere ao profissional que atua em CCIRAS envolve questões além daquelas da prática diária da assistência da IRAS. Entrelaça questões ontológicas e epistemológicas da Enfermagem, abarca o ser que cuida e é cuidado, envolve a ética da enfermagem, a arte propriamente dita, questões importantes, geralmente esquecidas no dia a dia do enfermeiro – que geralmente está preocupado com o gerenciamento de atividades e no cumprimento de normas e rotinas. O enfermeiro que atua na CCIRAS precisa estar atento ao que rodeia a vida do outro, e esse outro não é somente o doente, é a equipe, a família e todos que adentram a instituição de saúde, podendo levar e trazer micro-organismos que prejudicam a vida daqueles que estão mais vulneráveis (GIAROLA; et al, 2012).

A enfermagem dentro da CCIRAS tem um papel muito importante, pois é ela que busca de forma ativa as informações importantes sobre infecções dentro da unidade de saúde. Também desempenha o papel de educação continuada a toda equipe de enfermagem, levando

informações importantes sobre métodos que visam aprimorar as técnicas de controle de infecções (CARDOSO; et al, 2004. Apud SANTANA; et al, 2015).

No que se refere à busca ativa de casos, é o principal meio de coleta de dados para que se possa fazer um levantamento do que pode estar levando ou não a uma disseminação de microrganismos, caracterizando-se como o passo inicial para que se iniciem as demais atividades relacionadas ao controle das IRAS. Das medidas de prevenção é o melhor meio de se prevenir que infecções se espalhem, pois não são medidas complicadas, e sim medidas simples que envolvem o comportamento do cuidador em relação a sua atividade de cuidar do paciente, também medidas que envolvem toda a equipe que trabalha direta ou indiretamente para o bem estar deste paciente. E essas medidas são sempre lembradas por meio de um programa de educação continuada (SANTANA; et al, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, de natureza quantitativa e transversal. A pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente. Suas características principais são: obedece a um plano pré-estabelecido, com o intuito de enumerar ou medir eventos; utiliza a teoria para desenvolver as hipóteses e as variáveis da pesquisa; análise dos dados; utiliza dados que representam uma população específica (amostra), a partir da qual os resultados são generalizados, e usa, como instrumento para coleta de dados, questionários estruturados, testes e check-lists, aplicados a partir de entrevistas individuais, apoiadas por um questionário. Tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (HAYATI, 2006; TERENCE, 2006; MINAYO, 1993).

O estudo descritivo tem como a finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008); no estudo transversal, a pesquisa é realizada em curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, em um ponto de tempo (FONTELLES, 2009).

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Os cenários de coleta de dados foram os hospitais de médio e grande porte localizados em uma cidade do nordeste brasileiro em que as Comissões de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) estavam cadastradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com um questionário semiestruturado aplicado aos enfermeiros que atuam neste serviço durante a rotina de serviço do setor.

4.2 SUJEITO DA PESQUISA

Foram convidados a participar da pesquisa os enfermeiros que atuam nos Serviços de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde em hospitais de médio e grande porte desta cidade do nordeste. A aproximação se deu por meio de acesso a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, mediante autorização dos referidos hospitais e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, visando à apresentação do estudo, a disponibilidade do setor e a viabilidade do mesmo. O recrutamento dos enfermeiros foi realizado durante o seu expediente de serviço, em momento oportuno.

Caso não houvesse disponibilidade de ser realizado no mesmo dia, foi marcado um novo encontro em comum com o profissional, onde foi viável a aplicação do questionário.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Critérios de inclusão: enfermeiros que atuam no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar a mais de 06 meses.
- Critérios de exclusão: enfermeiros que estivessem de férias e/ou licença médica durante o período da coleta de dados.

4.5 ENTREVISTA

Os dados foram coletados por meio de entrevista com um questionário semiestruturado aplicado aos enfermeiros que atuam no serviço de controle de infecção relacionada à assistência à saúde. As entrevistas ocorreram nos horários diurnos durante a rotina de serviço do setor.

4.6 INSTRUMENTOS

O instrumento aplicado aos enfermeiros do SCIRAS foi adaptado do estudo realizado por Barros (2016) e Barbosa (2012) contendo questões abertas e fechadas. Composto por: 1– características demográficas do enfermeiro (sexo, idade, tempo de formação acadêmica em enfermagem, tempo de atuação no SCIRAS, titulação) e dados do próprio SCIRAS; 2 – questões relacionadas às fragilidades e potencialidades para atuar no SCIRAS; a aplicação do roteiro semiestruturado contendo as perguntas discursivas permitiu ao entrevistado discorrer livremente sobre as questões apresentadas, assim como possibilitou o aprofundamento de algumas delas pelo entrevistador.

4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após o levantamento, análise do perfil dos participantes e coleta dos dados através dos questionários, foram identificados o perfil hospitalar, o perfil dos enfermeiros e os fatores que fragilizam e potencializam a atuação do enfermeiro no SCIRAS, sendo estes dados tabulados no Microsoft Excel e organizadas em categorias baseadas em Alves (2015) para melhor compreensão, são elas: aspectos relacionados às instâncias superiores, às equipes profissionais, aos recursos humanos e à estrutura e recursos materiais.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a pesquisa os participantes tiveram garantia do sigilo e da confidencialidade das informações compartilhadas, respeitando os aspectos éticos baseados na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Segundo esta mesma resolução, o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa de processe após consentimento livre e esclarecido e, no caso de crianças e adolescentes ou legalmente incapazes, é acrescido o assentimento dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

A pesquisa foi autorizada mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil, para análise CAAE 89410618.8.0000.5013. Após a aprovação, à coleta de dados foi realizada durante o período de agosto de 2018 a julho de 2019. Antes da realização de cada entrevista, o pesquisador esmiuçou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) (Apêndice B) ao entrevistado e lhe garantiu que após assinatura do termo, o mesmo ainda poderia desistir de sua participação na pesquisa, estando em qualquer fase, sem a imposição de qualquer ônus. Após a assinatura de todos os termos aplicáveis, as entrevistas foram realizadas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 04 (quatro) hospitais localizados em uma cidade do nordeste brasileiro, sendo 02 hospitais públicos e 02 hospitais privados, totalizando assim a entrevista com 10 enfermeiros (as) que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa.

5.1 O PERFIL DOS HOSPITAIS

Os hospitais participantes desta pesquisa apresentam médio e grande porte segundo a classificação do Ministério da Saúde, variando entre 50 a mais de 300 leitos. Os hospitais públicos apresentam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os privados atendimento misto (particular e convênios). Apresentam também atendimento em diversas especialidades, como descritas na Tabela 01.

TABELA 01. PERFIL HOSPITALAR QUANTO AO NÚMERO DE LEITOS, TIPO DE ATENDIMENTO E ESPECIALIDADES.

HOSPITAIS	NÚMERO DE LEITOS	TIPO DE ATENDIMENTO	ESPECIALIDADES
HOSPITAL PÚBLICO 01	150 a 299	SUS	Neurologia, renal, centro cirúrgico, oncologia e transplante de córnea;
HOSPITAL PÚBLICO 02	300 ou mais	SUS	Cardiologia, ortopedia, neurologia, queimados, renal, centro cirúrgico, urgência e emergência, vascular e pediatria;
HOSPITAL PRIVADO 01	150 a 299	Particular e Convênios	Ortopedia, neurologia, queimados, renal, centro cirúrgico e centro obstétrico;
HOSPITAL PRIVADO 02	50 a 149	Particular e Convênios	Ortopedia, neurologia, renal, centro cirúrgico e oncologia;

Dados da pesquisa, 2019.

5.2 PERFIL DAS EQUIPES DE SCIRAS

As equipes de saúde atuantes no SCIRAS são compostas majoritariamente por médicos e enfermeiros assim como regulamentado pela portaria 2.616 de maio de 1998. Destaca-se a adição de mais profissionais de nível superior como membro executor quando o hospital apresentar leitos destinados a pacientes críticos, não sendo esta uma realidade apresentada nos dados coletados nessa pesquisa. Apenas um hospital apresentou o acréscimo de um profissional, que neste caso, é um farmacêutico.

Para Massaroli (2014) o fato de não encontrarmos outros profissionais como autores desta temática, justifica-se pela obrigatoriedade apenas de enfermeiros e médicos desenvolvendo as ações de detecção, prevenção e controle de IRAS, membros executores da CCIRAS, sendo que outros profissionais são exigidos apenas como membros consultores da comissão.

TABELA 02. COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SCIRAS

HOSPITAIS	NÚMERO DE LEITOS	EQUIPE DE SAÚDE SCIRAS
HOSPITAL PÚBLICO 01	150 a 299	01 Médico Infectologista 03 Enfermeiras
HOSPITAL PÚBLICO 02	300 ou mais	02 Médicos Clínicos 02 Enfermeiras
HOSPITAL PRIVADO 01	150 a 299	01 Médico Infectologista 03 Enfermeiras
HOSPITAL PRIVADO 02	50 a 149	01 Médico Infectologista 02 Enfermeiras 01 Farmacêutico

Dados da pesquisa, 2019.

5.3 O PERFIL DOS ENFERMEIROS ATUANTES EM SCIRAS

Todas as enfermeiras entrevistadas nesta pesquisa são do sexo feminino. Em comparação com a literatura uma pesquisa realizada por Massaroli (2014) foram identificados os sexo dos profissionais que compõem a SCIRAS e verificou-se que todos os enfermeiros eram do sexo feminino. Esses dados têm relação com as características históricas da profissão, onde a enfermagem é exercida predominantemente por mulheres.

À faixa etária entre 30 a 40 anos foi a mais frequente, sendo seguidas da faixa etária entre 40 a 50 anos, em terceiro lugar as enfermeiras entre 20 a 30 anos e por fim acima de 50 anos. Para Massaroli (2014) em sua pesquisa a idade dos profissionais variou entre 24 e 55

anos, não sendo possível estabelecer relação da idade com o trabalho no SCIRAS, nos levando apenas a inferir que profissionais graduados há pouco tempo têm inserção no mercado de trabalho nesta área, da mesma forma que profissionais com maior tempo de experiência e atuação.

TABELA 03. PERFIL DOS ENFERMEIROS DO SCIRAS QUANTO O SEXO E FAIXA ETÁRIA * (N=10)

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE	PORCENTAGEM	SEXO
20 a 30 anos	02	20%	FEMININO
30 a 40 anos	04	40%	FEMININO
40 a 50 anos	03	30%	FEMININO
Mais de 50 anos	01	10%	FEMININO

Dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao tempo de atuação em SCIRAS: 10% das enfermeiras atuam há 01 ano, 20% atua de 01 a 03 anos, 60% atua entre 3 a 5 anos e 10% atua há mais de 05 anos. Em comparação

TABELA 04. PERFIL DOS ENFERMEIROS DO SCIRAS QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO EM SCIRAS * (N=10)

ATUAÇÃO	QUANTIDADE	PORC. (%)
01 ano	01	10%
01 a 03 anos	02	20%
03 a 05 anos	06	60%
Mais de 05 anos	01	10%

Dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao tempo de formação (graduação em enfermagem): 20% graduaram-se há 03 e 05 anos, 30% entre 05 e 10 anos e 50% graduaram-se há mais de 10 anos. Sendo destas 50% Especialistas (01 especialista em infectologia, 01 MBA em gestão hospitalar e controle de infecção, 03 informam especialização, mas não relatam a área de formação) e 50% generalistas (uma das enfermeiras referiu especialização em andamento, mas assim como as demais não relata a área formação).

Massaroli (2014) observa que os profissionais inseridos no trabalho de controle de infecção buscam aprimoramento profissional nos cursos de pós-graduação, demonstrando a importância percebida e atribuída por eles ao embasamento e conhecimento para o desenvolvimento de suas atividades e sucesso nas ações de controle de infecção. Alerta ainda para a frequência com que os profissionais são convidados e nomeados para assumirem as

atividades de controle de infecção sem a devida especialização na área, pois a formação acadêmica dos cursos de graduação da área da saúde não contempla em sua base curricular disciplinas que abordem esta questão, abrangendo toda a sua extensão e complexidade.

TABELA 05. PERFIL DOS ENFERMEIROS DO SCIRAS E QUANTO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TEMPO DE GRADUAÇÃO	QUANTIDADE	PORC. (%)
01 a 03 anos	00	00%
03 a 05 anos	02	20%
05 anos a 10 anos	03	30%
Mais de 10 anos	05	50%

5.4 FRAGILIDADES DE ATUAR EM SCIRAS

De acordo com enfermeiros os aspectos que mais fragilizam a sua atuação estão relacionados às equipes profissionais (09-90%) destacando-se o desconhecimento entre os profissionais da abrangência/importância do SCIRAS e a não compreensão dos demais membros da equipe multidisciplinar quanto a medidas de prevenção e controle de IRAS. Em segundo lugar destacam-se duas categorias: as relacionadas às instâncias superiores dando destaque ao pouco apoio da gestão e dos membros consultores; e a relacionada à estrutura e recursos materiais, destacando-se o desabastecimento de insumos. E por último a categoria relacionada aos recursos humanos, destacando-se poucos recursos humanos para a demanda das atividades.

TABELA 06 – ASPECTOS QUE FRAGILIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS INSTÂNCIAS SUPERIORES * (N=6)

Pouco apoio da gestão e dos membros consultores da CCIRAS;	03	30%
Falta de penalidades (internas);	01	10%
Burocracia na compra de insumos, correlatos e produtos (licitação);	01	10%
Grande demanda de atividades burocráticas;	01	10%
TOTAL	06	60%

Dados da pesquisa, 2019.

Compondo a primeira categoria de fragilidades, estão aquelas relacionadas às instâncias superiores. Consideram-se estas, parte de uma organização hierárquica que possui um poder maior de decisão, neste caso a gestão/administração hospitalar. A falta de apoio da gestão/direção foi citada pelos enfermeiros entrevistados como uma dificuldade; diretores e administradores fazem parte da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à

Assistência à Saúde (CCIRAS), já que é uma exigência legal da Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1988 e é também responsável por sua composição, mas na maioria das vezes existe o distanciamento destes com a causa. O apoio e a direta participação da gestão fortalecem a comunicação e a compreensão das necessidades daquele serviço, conseqüentemente favorece parte assistencial.

De acordo com a Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 a CCIRAS deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIRAS serão de dois tipos: consultores e executores. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços: administração. (BRASIL, 1998).

Cabe ainda à autoridade máxima da instituição (gestão) “constituir formalmente a CCIRAS; nomear os componentes da CCIRAS por meio de ato próprio; propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS; aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS; garantir a participação do Presidente da CCIRAS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde; garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal/Distrital de Controle de Infecção; informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIRAS, e às alterações que venham a ocorrer; fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.” (BRASIL, 1998).

Em continuidade da primeira categoria cita-se dentro das fragilidades a falta de penalidades internas. Para os autores Mattozinho e Freitas (2015) e Caldanha et al. (2013) “a cultura punitiva que tem seu foco no erro profissional contribui de forma demasiada para a diminuição na cultura de segurança, pois o erro não é trabalhado a fim de aprimorar a prática; dessa forma, os erros trabalhados de formas negativas podem se tornar recorrentes”. Logo se entende que o melhor caminho não é a punição e sim a sensibilização dos profissionais quanto à importância da atuação assistencial de forma segura.

O aspecto seguinte que fragiliza a atuação em CCIRAS é uma condição institucional, já que nesta pesquisa são englobados hospitais públicos e privados, a burocracia na compra de insumos, correlatos e produtos por licitação, que é a realidade do serviço público o que acaba comprometendo a continuidade do serviço e afetando os setores que necessitam dos produtos para realizar a assistência; e ainda a grande demanda de atividades burocráticas realizados pelo enfermeiro do SCIRAS.

O trabalho do enfermeiro da CCIRAS, dentro da estrutura hospitalar, caracteriza-se por atividades de cunho técnico e burocrático, pois precisa a todo tempo realizar investigações

e intervir, e os resultados de tais investigações devem ser informadas interna e externamente, para setores de Vigilância Municipal de Saúde, ou seja, é condição obrigatória para o bom desempenho das atividades do controle de infecção. Essa citação acerca do serviço público está se referindo ao atendimento em instância extra-hospitalar e, nesse caso, é específico de cada região (BOCCHI, 1998, Apud BARBOSA, 2012).

TABELA 07 – ASPECTOS QUE FRAGILIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS EQUIPES PROFISSIONAIS * (N= 9)

Falta de apoio do laboratório (microbiologia);	01	10%
Falta de apoio da divisão de enfermagem e dos setores;	02	20%
Desconhecimento entre os profissionais da abrangência/importância do SCIRAS;	03	30%
Não compreensão dos demais membros da equipe multidisciplinar quanto a medidas de prevenção e controle de IRAS, principalmente da categoria médica;	03	30%
TOTAL	09	90%

Dados da pesquisa, 2019.

As fragilidades relacionadas às equipes profissionais sendo citada por um enfermeiro a falta de apoio do laboratório (microbiologia). Para se prevenir, combater e tratar as IRAS é necessária a parceria entre diversos setores e categorias profissionais. O laboratório de microbiologia é um dos setores que apresenta relação direta com o controle de infecção hospitalar, já que é o resultado dos exames é uma das ferramentas de diagnóstico de IRAS, juntamente com a avaliação clínica do paciente (anamnese e exame físico) visando também o tratamento adequado. A Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1988 dispõe que dentre os membros consultores da CCIRAS exista um representante do laboratório de microbiologia.

Segundo Brasil (2013) “O Laboratório de Microbiologia, que tem como objetivo não apenas apontar o responsável por um determinado estado infeccioso, mas também indicar, através do monitoramento de populações microbianas, qual o perfil dos micro-organismos que estão interagindo com o organismo humano, possibilitando a indicação de tratamentos mais adequados”. Ou seja, o laboratório de microbiologia é responsável por toda investigação dos voltada aos micro-organismos possibilitando aos profissionais da assistência uma intervenção direta e específica para cada caso em particular.

Na mesma categoria relata-se a falta de apoio divisão de enfermagem e dos setores; entende-se como divisão de enfermagem a organização hierárquica a qual a os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem)

respondem, ou seja, a chefia ou coordenação de enfermagem, sendo assim, a falta de apoio deste grupo específico que representa autoridade dificulta a atuação dos enfermeiros em SCIRAS. Quanto aos setores, as enfermeiras referem-se às clínicas de uma forma geral (maternidade, pediatria, médica, cirúrgica, oncológica, etc.), UTI/CTI (adulta, pediátrica, etc.), unidade de queimados, entre outros setores disponíveis em cada hospital.

O enfermeiro membro da CCIRAS desempenha funções diversas, como investigar e avaliar as possíveis causas de IRAS e, a partir de então, elaborar ações de controle, além de ser responsável pela educação continuada da equipe de enfermagem (SANTANA; et al, 2015). Portanto, compreende-se a importância da relação entre os setores, já que a maior mão de obra da saúde é a enfermagem.

Ainda na categoria das fragilidades voltadas às equipes profissionais citam-se o desconhecimento entre os profissionais da abrangência e importância do SCIRAS e a não compreensão dos demais membros da equipe multidisciplinar quanto a medidas de prevenção e controle de IRAS, principalmente da categoria médica. Diante destas fragilidades fica clara a preocupação quanto a IRAS, uma vez que todos são responsáveis pela prevenção destas.

Em pesquisa realizada por Félix (2017) fica clara a contradição dos profissionais quanto a colaboração com a CCIRAS, pois em momentos da pesquisa estes relatam não saber a real função da comissão e como ela deve agir. Assim, entende-se que os profissionais cumprem suas atividades assistenciais e julgam dessa forma colaborar com a comissão. A participação da equipe assistencial da instituição de saúde é de fundamental importância para o controle das IRAS. Para tanto, faz-se necessário que esses profissionais tenham conhecimento sobre as ações de responsabilidade da CCIRAS e se envolvam nas execuções de suas normas e protocolos, reconhecendo, inclusive, seu próprio papel no cenário do combate às IRAS (ALENCAR; et al, 2016). É papel de toda equipe multiprofissional a adesão das medidas de prevenção da IRAS.

A realidade é que muitas vezes a prática de controle de infecção hospitalar não é aderida por uma grande maioria dos profissionais de saúde, havendo dessa forma, uma necessidade de se investigar porque esses profissionais têm essa dificuldade de adesão e programar estratégias para que esse controle de infecção seja eficaz, proporcionando a segurança do paciente e melhorar a qualidade do serviço (SOUZA; BELEI; et al., 2015).

A adesão significa consentimento, aprovação e participação de uma ideia. Manter atitude profissional adequada com estímulo e conhecimento técnico é aderir às medidas de prevenção e controle de infecção (SILVA; AZEVEDO; et al, 2013). A participação dos profissionais assistenciais na execução das políticas de controle das IRAS é de grande valia,

pois estes devem ter conhecimento sobre o assunto e ser capazes de aliar teoria e prática (PAZ; FORTES; SILVA, 2015).

TABELA 08 – ASPECTOS QUE FRAGILIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADA AOS RECURSOS HUMANOS * (N=03).

Poucos recursos humanos para demanda das atividades;	02	20%
Falta de um estagiário durante um período de tempo maior;	01	10%
TOTAL	03	30%

Dados da pesquisa, 2019.

Na categoria que se relaciona aos recursos humanos, apresentam-se como fragilidades a escassa mão de obra, na qual um destes hospitais é campo de estágio de uma residência em enfermagem e coopera como mão de obra dentro da equipe.

Mesmo com a definição quantitativa de profissionais pela portaria, compreende-se que o trabalho em SCIRAS é de grande importância e proporção, sendo assim a falta de recursos humanos neste setor acaba sobrecarregando os profissionais, tornando-se um ponto negativo para o andamento e na qualidade do serviço. Em contrapartida os dados apresentados nesta pesquisa demonstram que os hospitais pesquisados apresentam o dimensionamento de pessoal adequado à Portaria 2.616.

Os membros executores serão, no mínimo, dois técnicos da área da saúde ou de nível superior para cada duzentos leitos ou fração desse número com carga horária diária mínima de seis horas para o enfermeiro e quatro para os demais profissionais, sendo que um dos membros executores deve ser preferencialmente um enfermeiro. (FONSECA; PARCIANELLO, 2014).

Tanto a assistência prestada pelos profissionais quanto a organização da instituição de saúde referente à formação das equipes e a manutenção de boas condições de trabalho podem influenciar na prevenção e controle de infecções. O ritmo intenso de trabalho e a falta de pessoal são fatores críticos, pois refletem diretamente na assistência adequada e no atendimento de protocolos da CCIRAS dentro das instituições (AYCAN; et al., 2015).

TABELA 09 – ASPECTOS QUE FRAGILIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADA À ESTRUTURA E RECURSOS MATERIAIS * (N = 6)

Desabastecimento de insumos (higienização e medicação);	05	50%
Parceria com a tecnologia da informática ainda em formação;	01	10%
TOTAL	60	60%

Dados da pesquisa, 2019.

A última categoria relaciona-se à estrutura e aos recursos materiais, sendo uma fragilidade citada o desabastecimento de insumos (higienização e medicação), esta categoria está diretamente relacionada aos 02 hospitais públicos inseridos nesta pesquisa.

O Brasil ainda enfrenta uma realidade adversa daquilo que se pode julgar satisfatório: carência de recursos humanos e materiais nas instituições de saúde (principalmente nas públicas) que resulta em elevadas taxas de infecção hospitalar, ocorrência de surtos não detectados em berçários e unidades de terapia intensiva, emergência de bactérias resistentes a diversos antibióticos e elevado risco ocupacional (BATISTA, 2004. Apud FIGUEIREDO; et al, 2015).

Segundo Figueiredo e Zuffi (2012), além do conhecimento técnico científico, é preciso que os profissionais tenham boas condições de trabalho para prestar uma assistência satisfatória. De acordo com Garcia et al. (2013) a oferta de produtos com qualidade para higienização das mãos, além de promover segurança para o profissional e para o paciente, pode ser traduzida por satisfação e incentivo ao seu comprometimento.

Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/ atividades assistenciais aos pacientes. A escassez de alguns destes, considerados imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais afligem os gestores dos serviços de enfermagem (MESQUITA; et al., 2005).

Os itens que compõem os EPIs (luva, máscara, avental, óculos, etc.) devem estar disponíveis ao profissional de saúde durante todo o tempo de trabalho e diversos insumos (papel toalha, gaze, sabão, antissépticos, etc.) são imprescindíveis no cuidado e prevenção das IRAS. Além de causar estresse na equipe multiprofissional, a falta de um material de consumo nas unidades hospitalares leva à descontinuidade da assistência prestada e conseqüentemente danos ao paciente (MENDES; CASTILHO, 2009. Apud FIGUEIREDO 2016).

A distribuição de materiais de maneira eficaz estimula os profissionais a aderirem às técnicas preventivas para o controle de infecções, pois a quantidade e a qualidade dos materiais fornecidos pela instituição de saúde interferem na adesão da prática de uso pela equipe multidisciplinar (HOYASHI; et al, 2017).

Ainda na quarta categoria a parceria com a tecnologia da informática ainda em formação, a falta dela é citada como uma fragilidade, ou seja, o registro de informações ainda feitas no papel e não no computador (on-line) como forma de facilitar o acesso aos prontuários do paciente.

5.5 POTENCIALIDADES DE ATUAR EM SCIRAS

A tabela (06) a seguir apresenta as potencialidades encontradas pelos enfermeiros na atuação em CCIRAS. De acordo com enfermeiros os aspectos que mais potencializam a sua atuação estão relacionados às equipes profissionais, onde as boas relações dentro da equipe da SCIRAS tem destaque nas opiniões. Em segundo lugar destacam-se duas categorias: as relacionadas às instâncias superiores dando destaque a autonomia na tomada de decisões; e a relacionada aos recursos humanos, destacando-se o conhecimento na área e infecção hospitalar e a presença de enfermeiros residentes. E por último a categoria relacionada à estrutura e recursos materiais distribuindo-se igualmente a presença de sistema de prontuários informatizado, o espaço adequado para o trabalho e a possibilidade de recursos.

TABELA 10 – ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS INSTÂNCIAS SUPERIORES * (N=04)

Autonomia para tomada de decisões;	02	20%
Reconhecimento da instituição;	01	10%
Participação da SCIRAS em comissões importantes (padronização, CCIRAS, obras);	01	10%
TOTAL	04	40%

Dados da pesquisa, 2019.

A primeira categoria que está relacionada com as instâncias superiores apresenta como uma potencialidade de atuar em CCIRAS a autonomia. Para Barbosa (2012) autonomia é a capacidade de governar a liberdade moral e intelectual ou a propriedade do direito de escolha. A atuação profissional do enfermeiro do SCIRAS, pautada no conhecimento científico, permite a respeitabilidade mútua dos profissionais e conquista a confiança da equipe em sua atuação. A autonomia se conquista pela especialização produzida e pela experiência e estudos permanentes, que lapida todo o tempo à atuação desse enfermeiro.

O segundo ponto citado dentro desta categoria cita o reconhecimento da instituição quanto o trabalho do enfermeiro da CCIRAS. Compreende-se que o reconhecimento é a forma da valorização profissional deste indivíduo, mas a literatura aponta que ainda há uma grande falta de entendimento sobre o que é a CCIRAS. Felix (2017) apresenta em sua pesquisa que há o reconhecimento dessas funções (racionalizar o uso de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares, elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, normatizar e implementar medidas para diminuir os

riscos de eventos adversos evitáveis), mas ainda com uma visão muito restrita da real função da CCIRAS”.

A potencialidade citada dentro desta categoria refere-se à participação em comissões importantes. O enfermeiro do SCIRAS, ao exercer sua função, fiscaliza, passando por todos os setores do hospital, certamente está atento aos riscos advindos de uma construção. Assim, a sua participação no planejamento de qualquer construção ou reforma subsidia estratégias de modo que haja o menor risco para o paciente e a menor perda para a instituição (PAES, 2018).

TABELA 11 – ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS ÀS EQUIPES PROFISSIONAIS * (N=10)

Bom relacionamento com os setores e colegas que trabalham neles	01	10%
Boas relações dentro da equipe SCIRAS (comunicação, comprometimento, a harmonia, empenho e dedicação);	04	40%
Participação atuante do médico infectologista;	01	10%
Divisão das atribuições dos setores e com setores como SOST e hotelaria;	01	10%
Comunicação com as lideranças;	01	10%
Envolvimento e acesso aos setores;	01	10%
Profissionais comprometidos nos diversos setores da assistência;	01	10%
TOTAL	10	100%

Dados da pesquisa, 2019.

A próxima categoria refere-se às equipes profissionais. Nesta categoria destacam-se principalmente as boas relações, citam-se a comunicação, o comprometimento, a harmonia, o empenho e a dedicação, sejam elas dentro da equipe da CCIRAS sejam elas com os demais setores. Por ser composta por uma equipe multidisciplinar que está inserida dentro de uma instituição composta por demais profissionais o bom relacionamento interpessoal tanto entre a equipe que compõe o SCIRAS, quanto aos demais profissionais e com as lideranças (gestão).

Para Santana et al. (2015) “a SCIRAS é composta de uma equipe multiprofissional que atua de forma conjunta, unindo seus conhecimentos específicos para formar um conhecimento geral sobre as formas mais eficazes em determinados procedimentos para se evitar Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde”. Respeitadas suas especificidades, as atividades de todos convergem para o mesmo objetivo: o de prevenir e controlar a IRAS e saber onde o SCIRAS é eficaz (BARBOSA, 2012). Acredita-se que o êxito da CCIRAS está atrelado ao apoio da direção do hospital e à participação ativa dos profissionais interessados

na segurança efetiva do paciente durante o período de internação (TURRINI, 2004; Apud BARBOSA, 2012).

TABELA 12 – ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS AOS RECURSOS HUMANOS * (N=04)

Conhecimento na área, atualizações e capacitações, discussão de casos clínicos;	02	20%
Presença de enfermeiros residentes;	02	20%
TOTAL	04	40%

Dados da pesquisa, 2019.

Quanto à terceira categoria relacionada aos recursos humanos, são citadas como potencialidade o conhecimento na área (controle de infecção) e a presença de enfermeiros residentes, explica-se aqui que apenas uma instituição hospitalar apresenta ser um campo de estágio para residência de enfermagem em infectologia pelo período de um mês, logo dão àquela equipe um suporte temporário na equipe.

Os enfermeiros controladores de infecção buscam, de maneira autônoma, o aprimoramento e o conhecimento para que o controle de infecção seja desenvolvido de maneira eficaz. Um achado importante é o ingresso em curso de pós-graduação na área de controle de infecção, ocorrendo após eles terem assumido tal função. Evidenciando a necessidade sentida pelos profissionais de aprofundarem e buscarem o conhecimento para o desempenho desta extensa e complexa responsabilidade (MASSAROLI; MARTINI, 2014).

Para Oliveira et al, (2008) "podem-se realizar algumas inferências no que se refere à formação dos profissionais controladores de infecção: profissionais sem formação específica para a área assumem tal atividade em decorrência da falta de outros capacitados e disponíveis no mercado de trabalho, ou os gestores de saúde não compreendem a complexidade e importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais controladores de infecção e não se empenham em buscar e contratar profissionais com formação específica na área. Preferindo ainda nomear profissionais conhecidos e de sua confiança, ao invés de contratar profissionais."

A atuação dos enfermeiros na CCIRAS é de grande importância, pois estes têm a responsabilidade em suas ações em atentar não só diretamente ao paciente, mas também a outros profissionais de outras áreas tendo que averiguar as corretas ações exercidas por estes (BARROS, 2016). A experiência e o conhecimento técnico facilitam o trabalho. Considera-se que a experiência favorece o enfrentamento das dificuldades encontradas para a mudança de comportamento. O estabelecimento da cultura de prevenção foi evidenciado como uma

necessidade para efetivar as ações de controle de IRAS. A experiência gera perícia e competência. Desse modo, o profissional experiente deve ser valorizado e respeitado (BARBOSA, 2012).

TABELA 13 – ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SCIRAS RELACIONADOS AOS RECURSOS E MATERIAIS * (N=03)

Sistema de prontuários informatizado;	01	10%
Espaço adequado para o trabalho;	01	10%
Recursos;	01	10%
TOTAL	03	30%

Dados da pesquisa, 2019.

A última categoria relaciona-se à estrutura e recursos materiais, são elas: o sistema de prontuários informatizado, o espaço adequado para o trabalho e os recursos. Dentre uma das atribuições do enfermeiro em SCIRAS está a busca ativa em prontuários. O acesso ao prontuário informatizado facilita e acelera a disponibilidade de informações, sendo possível a avaliação de resultados de culturas para possível diagnóstico de IRAS, e conseqüentemente sejam tomadas as medidas cabíveis de tratamento, acompanhamento, medidas de precaução e notificação de informações, logo o acesso ao sistema de prontuários informatizados é uma ferramenta que potencializa a atuação do enfermeiro em CCIRAS.

A Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1988 não define, em seu teor, a necessidade de uma área física específica às atividades da CCIRAS. Falta uma definição com maior clareza acerca da infraestrutura mínima necessária para o controle de IRAS, bem como de um sistema de informação atualizado e acessível aos hospitais que atendam aos padrões exigidos pela literatura para o adequado controle de infecções (BARBOSA, 2012). O lugar disponibilizado pela instituição mostra a importância que o controle de infecção hospitalar representa para a administração (POLIT; BECK, 2011). O local de trabalho da CCIRAS deve ser arejado, iluminado, ser mantido sempre limpo e em bom estado de conservação. Ambientes funcionais e organizados proporcionam maior satisfação no trabalho (GOMES; et al, 2007; Apud BARBOSA, 2012).

Destacando a última potencialidade da quarta categoria cita-se a possibilidade de recursos. Como já citado no decorrer desta pesquisa, alguns hospitais demandam maior possibilidade de acessos a recursos que auxiliam no combate à infecção hospitalar. Desse modo a IRAS conforma-se como um evento histórico-social, extrapolando seus aspectos biológicos e isso requer o emprego de recursos tecnológicos, científicos e humanos para a

apropriação de medidas de prevenção e controle das IRAS. Tais recursos envolvem a construção de novos saberes, ferramenta que possibilita a transformação da prática (LACERDA; JUCLAS e EGRY, 1996; Apud BARBOSA, 2007).

6 CONCLUSÃO

As infecções relacionadas à assistência a saúde são um acontecimento de grande proporção e impacto seja na vida dos pacientes e familiares seja no ambiente hospitalar e todos envolvidos no processo de hospitalização, ou seja, ela é responsabilidade de todos, seja os profissionais que estejam diretamente na assistência ou aqueles que estejam na administração hospitalar.

Os resultados desta pesquisa identificam as fragilidades e potencialidades da atuação do enfermeiro em SCIRAS. Dentre as fragilidades: o pouco apoio da gestão e dos membros consultores da CCIRAS, a falta de penalidades (internas), a burocracia na compra de insumos, correlatos e produtos, a grande demanda de atividades burocráticas; a falta de apoio do laboratório (microbiologia), a falta de apoio da divisão de enfermagem e dos setores, o desconhecimento entre os profissionais da abrangência/importância do SCIRAS, a não compreensão dos demais membros da equipe multidisciplinar quanto a medidas de prevenção e controle de IRAS, principalmente da categoria médica; os poucos recursos humanos para demanda das atividades, a falta de um estagiário durante um período de tempo maior; o desabastecimento de insumos (higienização e medicação) e falta da parceria com a tecnologia da informática.

Dentre as potencialidades foram citadas: a autonomia para tomada de decisões, o reconhecimento da instituição, a participação da SCIRAS em comissões importantes; o bom relacionamento com os setores e colegas que trabalham neles, as boas relações dentro da equipe SCIRAS, a participação atuante do médico infectologista, a divisão das atribuições dos setores e com setores como SOST e hotelaria, a comunicação com as lideranças, o envolvimento e acesso aos setores, os profissionais comprometidos nos diversos setores da assistência; o conhecimento na área, atualizações e capacitações, discussão de casos clínicos, a presença de enfermeiros residentes; o sistema de prontuários informatizado, o espaço adequado para o trabalho e a disponibilidade de recursos.

Tendo em vista a complexidade das IRAS, a pesquisa sobre a atuação do enfermeiro em CCIRAS se faz relevante como um meio de reflexão das falhas apontadas por quem vive a rotina hospitalar e para que os profissionais de saúde inseridos nestes contextos estejam comprometidos e alerta nos meios de prevenção e controle destas infecções. Reforça também a importância da inserção do enfermeiro como um profissional capacitado e legalmente apto a atuar nesta comissão, tendo este papel de educador e multiplicador, capaz de sensibilizar e estimular os profissionais e as instituições hospitalares a valorizarem o controle de infecção e

executarem adequadamente as medidas de prevenção e controle das IRAS através da educação permanente e da propagação de informações. Por fim, não foi possível quantificar a relação entre fragilidades e potencialidades da atuação do enfermeiro em SCIRAS, visto que, estas apresentam maior relevância de forma qualitativa.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, I.F.P.S.; ARAÚJO, L. C.C.; ALENCAR, D. R. L. N. Percepção de profissionais de enfermagem sobre infecção Hospitalar. **Rev. Ciênc.Saúde Nova Esperança**, v.14, n.2, p. 68-73, 2016. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Percep%C3%A7%C3%A3o-de-profissionais-de-enfermagem.pdf>>.

ALVES, D. C. I. Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas com Assistências à Saúde: diagnóstico de situação de hospitais do estado do Paraná. Tese de doutorado. São Paulo, 2015.

ALVIM, A. L; SANTOS, F. C. R. Contact Precautions Measures To Prevent And Control Infections: Experience Report. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro** 2017; 7/1333. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/1333/1583>>.

AYCAN, I. O. et al. Colonização Bacteriana por Causa do Aumento da Carga de Trabalho da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Anestesiologia**, v. 65, n. 3, p. 180-185, jun. 2015. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.05.004>>.

BARBOSA, M. E. M. A atuação do Enfermeiro no Controle de Infecção no Paraná / Tese de Mestrado. – Curitiba, 2007. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/14406>>.

BARBOSA, M.E.M.; SIQUEIRA, D.C. ; MANTOVANI, M.F. Controle de infecção hospitalar no paraná: facilidades e dificuldades do enfermeiro. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 50-59, jul./set. 2012. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/167>>.

BARROS, M.M.A.; PEREIRA, E. D. P.; CARDOSO, F. N.; SILVA, R. A. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 15-21, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3411>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre normas destinadas ao controle de infecções hospitalares. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016-2020). Brasília: ANVISA; 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Curso Básico de Controle de

Infecção Hospitalar. Caderno A. Epidemiologia para o Controle de Infecção Hospitalar. Brasília, 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ministério Da Saúde Programa Nacional De Prevenção E Controle De Infecções Relacionadas À Assistência À Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CALDANA G.; GABRIEL C. S.; et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Rev Eletr Enf**, v.15, n.4, p.915- 22, Oct/Dec, 2013 DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>

CARDOSO, R.S.; SILVA, M.A. A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas. **Texto contexto- enferm. [Internet]**, V. 13, n. esp, p. 50-7, 2004. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000500005>>.

Center for Disease Control and Prevention. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta: CDC; 2007.

DALTOÉ, T.; BREIER, A; et al. Serviços de Controle de Infecção Hospitalar: características, dimensionamento e atividades realizadas. **Rev Soc Bras Clin Med**, v.12, n.1, p.35-45, jan-mar 2014 Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n1/a4041.pdf>>.

DUTRA, G. G.; COSTA, M. P; et al. Nosocomial infection control: role of the nurse. Nosocomial infection control. **J. res.: fundam. care. Online**, v.7, n. 1, p. 2159-2168, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3571/pdf_1470>. **Enferm Cent O Min [Internet]** v.4, n.2, p. 1214-21, maio/ago 2014. Available from:

FELIX, T. G. da S.; SILVA, C. R. D. V.; et al. Percepção Dos Enfermeiros Assistenciais Sobre A Comissão De Controle De Infecção Hospitalar. **Enferm. Foco**, v. 8, n.3, p. 56-60, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2704>>.

FIGUEIREDO W. B. de; AQUINO, S.; PISCOPO, M.R. Gestão De Suprimentos De Uma Unidade De Terapia Intensiva: Percepção Dos Profissionais De Saúde Sobre A Ocorrência De Infecções Hospitalares Associadas Às Falhas De Abastecimento. **Revista Raunp**, v.8, n.2, p. 66-84, maio, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21714/raunp.v8i2.1242>>.

FIGUEIREDO, M. L.; ZUFFI, F. B. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Enfermería Global**, v. 28, p. 147-158, 2012. Disponível em: < <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.11.4.145431/138631> >.

FONSECA, G.G.P; PARCIANELLO, M. K. O enfermeiro na comissão de controle de infecção hospitalar na perspectiva ecossistêmica: relato de experiência. **R. Enferm. Cent. O. Min.** V.4, n.2, p. 1214-1221, maio/ago 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/441/756>>.

FONTELLES M.J.; SIMÕES M.G., FARIAS S.H.; FONTELLES R.G.S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. Para. Med. (Impr.)**; v. 23, n. 3, jul.-set. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=588477&indexSearch=ID>>.

GARCIA, S. D.; GIL, R. B.; LAUS, A. M.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI M. T. O.; TALDIVO, M. A. Gerenciamento de recursos materiais na prática da higienização das mãos. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, v. 7, n. 5, p. 1342-1348, 2013. Disponível: <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11618/13674>>.

GIAROLA, L. B.; BARATIERI, T.; COSTA, A. M.; et al. Infecção Hospitalar Na Perspectiva Dos Profissionais De Enfermagem: Um Estudo Bibliográfico. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.1, p. 151-157, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648962022.pdf>>.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HAYATI, D.; KARAMI, E.; SLEE, B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. **Social Indicators Research**, v.75, p.361-394, springer, 2006.

MASSAROLI, A.; MARTINI, J.G.; MASSAROLI, R. Educação Permanente para o aperfeiçoamento do Controle de Infecção Hospitalar: revisão integrativa. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 07-15, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2500/3642>>.

MATTOZINHO CB, FREITAS GF. Ocorrências éticas de enfermagem no Estado de São Paulo: descrição fática. **Acta paul enferm**, v. 28, n.6, p.593-600, nov 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500097>>.

MENDES, K. G. L.; CASTILHO, V. Determinação da importância operacional dos materiais de enfermagem segundo a Classificação XYZ. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 27, n. 4, p. 324-329, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n4/a1628.pdf>>.

MESQUITA, S. R. A. N; et al. Programa interdisciplinar de interação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 555-561, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS0104-11692005000400014%26script%3Dsci_abstract%26tln%3Dpt>.

MINAYO, M. C. D. S., & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, v. 9, p. 237-248, 1993.

NEGREIROS, R. V. de; BRASIL, M. L.; FREITAS; et al. DE OLHO NA INFECÇÃO: narrativa discente sobre o cotidiano do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 946-954, ago./dez. 2016. Disponível em: <periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2704>.

OLIVEIRA H.M., SILVA C.P.R., LACERDA R.A. Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis. **Rev Esc Enferm USP**. 2016; v. 50, n.3, p. 502-508. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>>.

OLIVEIRA, R. de; MAYRUAMA, S. A. T. Controle de Infecção Hospitalar: histórico e papel do estado. **Rev. Eletr. Enf [Internet]**, v.10, n.3, p. 775-83, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm>>.

OLIVEIRA, A. C. de; PAULA, A. O. de. A percepção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**; v.9, n.2, p. 321-326, abr.-jun. 2017. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3832>.

PADOVEZEL, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.6, p.995-1001, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf>

PAES, K. D. A. O Papel do Enfermeiro no controle da infecção hospitalar. **Monografia** apresentada para obtenção do Título de Especialista em MBA em Gestão em Saúde e Controle de infecção. Jacareí, 2018

PAZ MCF, FORTES DIFM, SILVA DHG. Análise da infecção hospitalar em um hospital universitário na Paraíba no período de 2012 a 2014. **Revista Saúde e Ciência Online**, v.4, n.3, p.31-43, 2015. Disponível em: <www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/download/296/201>.

POLIT DF, BECK CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SANTANA, R.S.; BRITO B. A.M.; FERREIRA, J.L.S.; et al. Nursing assignment in Hospital Infection Control Committee: An Integrative Review. **Rev. Pre. Infec e Saúde**, v.1, n.2, p. 67-75, 2015. Disponível em: <<https://ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/viewFile/4338/pdf>>.

SILVA, R. E. da; SILVA, A. C. A. da; FREITAS, A. L. de; et. al. Conhecimento de Estudantes da Área da Saúde Sobre o Controle e Prevenção de Infecções. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.22, n.2, p.131-138, 2018. Disponível em: <<http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yhvr4>>.

SILVA, P. S., SILVA, T. R., HOYASHI, C. M. T., & PEREIRA, R. M. DA S. Prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde: fatores extrínsecos ao paciente. **HU Revista**, v.43, n.3, p. 277 – 283, 2018. Disponível em:<<http://doi.org/10.34019/1982-8047.2017.v43.2739>>.

SILVA, E. F. F. da; AZEVEDO, S. L. de; et al. Um desafio para o controlador de infecção: falta de adesão da enfermagem às medidas de prevenção e controle. **Rev. Enfermería Global**, n.31, p. 330-343, 2013. Disponível em:<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt_revision3.pdf>.

SOUZA, E. S.; BELEI, R. A.; CARILHO, C. M. D. de; et al. Mortalidade E Riscos Associados A Infecção Relacionada À Assistência À Saúde. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 24, n.1, p. 220-8, Jan-Mar 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002940013>>.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. **Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, v. 26, p. 1-9, 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf>.

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A - SOBRE O ENFERMEIRO, INSTITUIÇÃO E A CCIH

REFERENTE À INSTITUIÇÃO

1. O hospital se caracteriza quanto ao número de leito:

() de 20 a 49 leitos () de 50 a 149 leitos () 150 a 299 () 300 ou mais leitos

2. Quanto a complexidade:

Assinale os serviços de alta complexidade que atende

() cardiologia () ortopedia () neurologia () queimados () renal
() centro cirúrgico () outros

3. Quanto ao tipo de atendimento, assinale abaixo as modalidades atendidas

() SUS () particular () Particular () convênios

3.1 Se misto qual a porcentagem

SUS _____

Convênios _____

Particular _____

QUANTO À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

4. Existe regimento interno

() sim () não

5. Quanto ao tempo de constituição formal

() menos de 1 ano () de 1 a 5 anos () de 10 a 20 anos () mais de 20 anos

6. Quanto a sua composição:

Representante de serviços número de representantes

Administração _____

Serviço médico _____

Enfermagem _____

Farmácia _____

Laboratório _____

Outros _____

7. Qual categoria profissional do coordenador da CCIH?

8. Com que regularidade ocorre as reuniões da CCIH:

() semanal () quinzenal () mensal () outro qual _____

9. As reuniões são registradas em ata? () sim () não

10. A CCIH participa de comissão técnica para especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos? () sim () não

Se sim especifique quais:

11. Qual é a sua atuação dentro da Comissão de Controle de Infecção como membro executor?

QUANTO AO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)

12. Existe um Programa de Controle de Infecção formalmente constituído

() sim () não

13. Há quanto tempo está em funcionamento

() menos de 1 ano () de 1 a 5 anos () de 5 a 10 anos () de 10 a 20 anos

() mais de 20 anos

14. Em relação aos membros executores do SCIH complete o quadro abaixo

Profissional	Carga horária total na instituição	Carga horária no SCIH
Médico infectologista		
Médico clínico		
Enfermeira especialista		
Enfermeira generalista		
Farmacêutico		
Nutricionista		
Outros		

SOBRE O ENFERMEIRO DA SCIH E SUA ATUAÇÃO:

15. Sexo: () feminino () masculino

16. Idade: () entre 20 e 30 anos () entre 30 e 40 anos () entre 40 e 50 anos

() mais de 50 anos

17. Há quanto tempo faz parte da SCIH?

() 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () mais de 5 anos

18. Onde se graduou _____

19. Há quanto tempo?

() 1 a 3 anos () 3 a 5 () 5 a 10 () mais de 10 anos

20. Realizou alguma capacitação específica para executar atividades na CCIH, do tipo especialização ou outros?

() não

() sim: () Especialização () Mestrado () Doutorado

21. Teve algum contato com atividades pertinentes a CCIH ou ao SCIH antes de fazer parte da Comissão?

() sim () não

Se sim, qual a importância para a prática profissional?

22. Você possui poder de decisão dentro da equipe?

() sim () não

Se sim liste-as:

23. Liste as atividades desenvolvidas na rotina profissional enquanto executora no SCIH, incluindo a sua periodicidade se possível.

B – Facilidades e dificuldades para atuar no SCIH

24. Quais os fatores que dificultam a sua atuação no SCIH?

25. De que forma estes fatores poderiam ser solucionados?

26. Quais os fatores que facilitam a sua atuação no SCIH?

27. Você gostaria de acrescentar ou comentar algo?

C - Método de vigilância epidemiológica hospitalar abordando os indicadores de infecção hospitalar.

28. Qual o método de Vigilância Epidemiológica utilizado na SCIH desta instituição?

29. Indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares desta instituição

Período do Ano:

Taxa de infecção hospitalar:

Taxa de infecção de sítio cirúrgico:

Taxa de paciente com infecção hospitalar:

Distribuição percentual das infecções hospitalares por localização:

Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar:

D - RELACIONADAS A MEDIDAS EDUCATIVAS REALIZADAS PELA SCIH.

32. Vocês realizam atividades educativas na instituição?

() não () sim.

Se sim, quais atividades?

33. Qual a frequência destas atividades?

34. De que forma são realizadas as atividades?

() aula expositiva () aula participativa () quadro informativo () palestra

() outros? _____

35. Quais temas são mais abordados durante

36. Descreva as medidas educativas que são realizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Fonte: Instrumento baseado no artigo de Barbosa (2012) e Barros (2016).

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Eu,....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “Atuação do enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde”, das pesquisadoras Acadêmica de Enfermagem da UFAL Raphaella Da Silva Moreira, mestranda em Enfermagem da UFAL Imaculada Pereira Soares e Prof.^a Dr.^a Thaís Honório Lins Bernardo, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – ESENFAR/UFAL responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) **Que o estudo se destina a:** Analisar a atuação do enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde hospitalar (IRAS);
- 2) **Que a importância deste estudo é:** trazer para o profissional enfermeiro subsídios que o proporcionem a atuar na melhoria do serviço e evitar que tais procedimentos venham a ser cancelados;
- 3) **Que os resultados que se desejam alcançar são:** Contribuir para a melhoria do cuidado de enfermagem prestados na área de prevenção e controle das IRAS;
- 4) **Que este estudo começará em:** agosto de 2018 e terminará em julho de 2019, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa;
- 5) **Que eu participarei do estudo da seguinte maneira:** o pesquisador responsável por aplicar o questionário irá orientar acerca de como ocorrerá a coleta de dados, a fim de sanar as dúvidas e esclarecer possíveis problemas, de forma isolada, sigilosa e individual, evitando influências durante a pesquisa com os voluntários;
- 6) **Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são:** desencorajamento de participar da pesquisa frente ao receio das informações serem divulgadas.
- 7) **Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos:** o pesquisador irá mover esforços para que o participante tenha certeza de que tais dados serão confidenciais e suas decisões respeitadas. Além disso, ao pesquisador caberá agir para que não haja possíveis desconfortos causados pela acomodação ou demora da entrevista, propiciando um ambiente confortável e acolhedor para tal processo.
- 8) **Que poderei contar com a assistência:** ser atendido tendo em vista qualquer incômodo que possa ocorrer durante a aplicação do questionário, sendo responsável (is) por ela: Thaís Honório Lins Bernardo, Raphaella Da Silva Moreira e Imaculada Pereira Soares.
- 9) **Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação são:** surgimento de novas evidências no âmbito da atuação do enfermeiro que atua na comissão de controle de infecção hospitalar gerando subsídios para embasar um aprimoramento da prática em diversos níveis assistenciais.
- 10) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- 11) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 12) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- 13) O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.


Endereço do (a) participante-voluntário (a):

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a). Thaís Honório Lins Bernardo

Domicílio: (rua, praça, conjunto): Avenida Lourival de Melo Mota

Bloco: /Nº: /Complemento: s/n

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Cidade Universitária, Maceió

Ponto de referência: ESENFAR

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Nome: Thaís Honório Lins Bernardo

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, s/n, Cidade Universitária, Maceió

Telefone: (82) 3214-1154

Nome: Raphaella Da Silva Moreira

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, s/n, Cidade Universitária, Maceió

Telefone: (82) 3241-1154/ 98871-2689

Nome: Imaculada Pereira Soares

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, s/n, Cidade Universitária, Maceió

Telefone: (82) 3241-1052

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

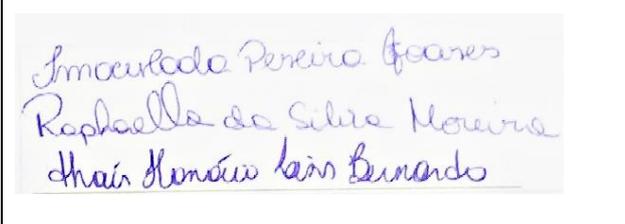
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, _____ de _____ 2018.

	
Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, S/N
 Cep: 57072-970, Cidade Universitária – Maceió-AL
 comitedeeticaufal@gmail.com - Tel: 3214-1041



CARTA DE APROVAÇÃO

Maceió-AL, 30/08/2018

Senhoras(es) Pesquisadoras(es),

THAÍS HONÓRIO LINS BERNARDO
 RAPHAELLA DA SILVA MOREIRA
 Imaculada Pereira Soares

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de **16/08/2018** e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo **CAAE nº 89410618.8.0000.5013**, sob o título **Atuação do enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**, comunica a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas. Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: MARÇO de 2021.


 Coordenadora do Comitê de
 Ética em Pesquisa - UFAL