

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS UNI-GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO PRESENCIAL – PROEP
SUPERVISÃO DA ÁREA DE PESQUISA CIENTÍFICA – SAPC
CURSO DE ENFERMAGEM

**PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DOS RISCOS DE INFECÇÃO
HOSPITALAR**

LUCILENE DE JESUS ALVES
ISABEL VITÓRIA QUARTO
ORIENTADORA: M.e. LILIANE REGO GUIMARÃES ABED

GOIÂNIA
Maio/2021

LUCILENE DE JESUS ALVES
ISABEL VITÓRIA QUARTO

PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DOS RISCOS DE INFECÇÃO
HOSPITALAR

Trabalho final de curso apresentado e julgado como requisito para a obtenção do grau de bacharelado no curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiás UNI-GOIÁS na data de 17 de maio de 2021.



Profa. M.e. Liliane Rego Guimarães Abed
UNI-GOIÁS / Orientadora



Profa. Esp. Bruna Cardoso Miranda Nascimento
UNI-GOIÁS / Examinadora



Profa. Esp. Bruna Karlla Pereira Paulino
UNI-GOIÁS / Examinadora

PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DOS RISCOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Isabel Vitória Quarto¹

Lucilene de Jesus Alves¹

Liliane Rego Guimarães Abed²

Resumo: Esse artigo objetivou investigar e descrever os principais conhecimentos elaborados a partir da realidade hospitalar brasileira, sobre causas, consequências e controle de riscos de infecções hospitalares e apontar, nesse contexto, as responsabilidades dos profissionais de Enfermagem. Para tal, optou por uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo correlacional, analítica e descritiva, de revisão bibliográfica. Dentre os principais resultados, observou-se que há a ausência de uma cultura de prevenção e controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS) e de formas mais ativas e assertivas de avaliação e divulgação dos dados dessas infecções; há insuficiência de recursos para promover assepsia e higienização dos ambientes, equipamentos descartáveis de segurança para profissionais e pacientes e necessidade de maior empenho dos administradores e gestores desses hospitais para implementarem tais práticas. Assim, reitera-se a necessidade de aprimoração na abordagem dos conceitos, causas, formas de verificação, prevenção e controle das IRAS em ambiente hospitalar, desde à graduação, nas práticas de estágio, primando-se pelo incentivo e promoção à formação continuada, capacitações e fomento a pesquisas sobre a temática.

Palavras-chave: Assistência à Saúde 1. Controle de Riscos 2. Infecção Hospitalar 3. IRAS 4.

¹ Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiás – Uni-GOÍÁS. E-mail: isabelvitoria2533@gmail.com; alves.lucilene87@gmail.com

²Professora do Centro Universitário de Goiás-Uni-Goiás. Mestre em Medicina Tropical e Saúde Pública pela Universidade Federal de Goiás e especialista em Docência Universitária pela Universidade Estadual de Goiás. E-mail: prof.liliane20@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Como todo conhecimento é sócio historicamente produzido e, se possível, verificável empiricamente, os estudos sobre as infecções hospitalares são produtos de séculos de experiências, vivências e observações de como o mesmo ambiente responsável pelo tratamento e cura de doenças pode colaborar com a proliferação das mesmas. Principalmente na realidade da Pandemia da Covid 19 – que se estende há mais de um ano – cujo potencial de contágio é grande e de letalidade é expressivo (pelos protocolos ainda estarem sendo descobertos), torna-se cada vez mais urgente a compreensão de formas de se evitar tais infecções (MEDICINASA, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já tratou as infecções hospitalares como uma epidemia silenciosa, tendo em vista que, embora com números de letalidade significativos, mesmo anos de pesquisa e tentativas de sanar o problema, ainda é presente nas instituições de saúde. No Brasil, por exemplo, a OMS estimou que 14% dos pacientes internados acabam contraindo alguma infecção, seja viral, por fungo, bactéria (PORTAL, 2020).

O interessante (e controverso) é que, mesmo essa sendo a realidade de diversos países, há anos, os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e outras formas de prevenção dessas infecções só se tornaram conhecidas pela população na recente pandemia. Logo, há que se notar um recorte econômico-social e político-administrativo do problema: os equipamentos de proteção, produtos de desinfecção, até mesmo os treinamentos voltados a esses controles de infecções acabam deixados à esmo pelo custo e por serem considerados menos importantes que demais recursos clínicos; evidencia-se a ausência de gestões competentes orientadas para prevenção desses riscos, bem como a falta de investimentos para tal (PORTAL, 2020).

Aquém dessas deficiências dos sistemas de saúde, esses números alarmam para as práticas e comportamentos dos profissionais de saúde nos hospitais. Magda Costa, gerente de vigilância e monitoramento em serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), explica que “a maior e principal das ações de prevenção e controle é a higienização das mãos para evitar assar uma infecção entre os pacientes ou entre os profissionais de saúde” (MEDICINASA, 2019, n.p.).

De acordo com Tauffer *et.al.*, (2019) essas realidades resultaram na formação das comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH), estipuladas como

obrigatórias, segundo a Lei Federal nº 9431 de 1997 e orientadas pelas diretrizes de normas e práticas à prevenção e o controle de infecções hospitalares pela Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Assim, para esses autores:

A composição do serviço é formada por membros executores que representam a CCIH, dos quais são encarregados da execução das ações programadas de controle das infecções no âmbito hospitalar. Esses membros executores devem ser no mínimo, 02 técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 06 horas para o enfermeiro e 04 horas para os demais profissionais. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro (TAUFFER *et.al.*, 2019.).

Logo, reitera-se a importância da implementação de práticas de controle de riscos, a problematização dos hábitos comportamentais dos profissionais de saúde nos ambientes hospitalares, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva, bem como a incorporação de discussão dessas temáticas nas graduações e especializações *latu e strictu sensu* na formação da carreira dos enfermeiros.

Por conseguinte, a questão norteadora da pesquisa foi: de quais formas o profissional de Enfermagem pode contribuir na gestão de riscos a fim de diminuir a incidência de casos de infecção hospitalar?

Enfim, o presente trabalho teve por meio de uma revisão bibliográfica, buscou mostrar qual o papel da enfermagem no controle dos riscos de infecção hospitalar, cujo recorte são pesquisas e produções científicas brasileiras dos últimos vinte anos. Tendo como objetivo geral investigar e descrever os principais conhecimentos elaborados a partir da realidade hospitalar brasileira, sobre causas, consequências e controle de riscos de infecções hospitalares e apontar, nesse contexto, as responsabilidades dos profissionais de Enfermagem.

2 MÉTODO

A revisão bibliográfica possui estratégias bem delineadas, como recorte temático, método, objetivos, mas se abre para a reunião de trabalhos de cunho empírico e teórico para tornar mais abrangente a compreensão do fenômeno pesquisado, como expõem Botelho, Cunha e Macedo (2011).

Assim, Souza, Silva e Carvalho (2010, p. 103) acrescentam que, como o nome indica, a revisão bibliográfica permite apresentar, conjuntamente, as conclusões convergentes e apontar as divergentes, ou seja, ela integra os trabalhos e resultados de pesquisa, ela “determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados”.

Logo, para a coleta de dados, foram priorizadas as buscas por artigos científicos que traziam resultados de pesquisas qualitativas, experimentais e descritivas, em plataformas como o portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o SciELO Brasil e o Portal de Periódicos Capes e mesmo o Google Acadêmico.

Nesta investigação, usou-se como descritores, os termos “enfermagem” e “infecção hospitalar”; e selecionou-se trabalhos brasileiros, no idioma Português, priorizando as publicações dos últimos dez anos. Entretanto, incluiu-se também trabalhos da década 2000-2010. Na busca das fontes, realizou-se uma primeira leitura de exploração, para a seleção dos que de fato tratavam do recorte temático para, posteriormente, realizar-se uma leitura mais abrangente e fazer seus respectivos fichamentos. Por fim, para a exposição dos dados, empregou-se a análise, a comparação e a descrição.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) são assim identificadas:

É a infecção adquirida após o paciente ser submetido a um procedimento de assistência à saúde ou a uma internação, que possa ser relacionada a estes eventos, e que atenda a uma das seguintes situações: Se o período de incubação do microrganismo causador da infecção for desconhecido e não houver evidência clínica ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionase como IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir do terceiro dia de internação (D3), sendo o D1 o dia da internação; Quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo causador da infecção e não houver evidência clínica ou dado laboratorial de infecção no momento do procedimento de assistência à saúde, convencionase como IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir da realização do procedimento, estando o paciente internado ou não (ANVISA, 2021, p. 5).

Já as infecções hospitalares (IH) são, especificamente, as patologias adquiridas nas primeiras 48hs após entrada no hospital para algum procedimento, pelo paciente, seja durante ou após a internação. Nos últimos anos essa terminologia vem sendo substituída por IRAS, supracitada nesse trabalho, tendo em vista que o termo é mais abrangente, por se tratar de “todos os locais onde se presta o cuidado e a assistência à saúde, inclusive o hospital” e pela similaridade nas formas de prevenção, controle e correção nesses locais diversos (BARROS *et.al.*, 2016, p. 16).

Tanto hospitais particulares quanto os públicos devem prestar informações quantitativas sobre os casos de IRAS, verifica-se um importante aumento de notificações, nos últimos anos, por parte dessas instituições, o que se deve não só à conscientização da periculosidade das infecções hospitalares e suas relações com a mortalidade dos pacientes, como também à ação da Anvisa e dos órgãos que esta coordena. Desta forma, a revista eletrônica de conteúdos médico-hospitalar Medicina S/A (2019) afirma que:

Houve um avanço significativo na adesão dos hospitais à vigilância e à notificação dos dados de infecção. Em 2018, mais de 2.200 hospitais com leitos de UTI, onde está o maior grupo de risco de infecção, notificaram seus dados para a Anvisa, enquanto em 2009 eram apenas 1.000. Esses hospitais notificam todos os meses os dados de infecção e de resistência microbiana de pacientes internados em UTI. Os dados são visualizados e monitorados pelas coordenações estaduais, distrital e municipais de controle de infecção das Secretarias de Saúde que atuam, alinhadas com a Anvisa, em diversas ações de capacitação e orientação. A Anvisa publica os dados nacionais no Boletim de

Esses dados, segundo a revista, permitem à Anvisa e demais órgãos e instituições, relacionarem tipos de infecções comuns à cada região, ou tipo de serviço hospitalar, podendo-se criar alternativas mais coerentes à cada realidade. Percebe-se relativa diminuição de casos nos hospitais que possuem essa prática de notificação, entretanto, há também uma realidade verificada em todo o mundo, de aumento de casos de infecções causadas por microrganismos multirresistentes, o que torna ainda mais imprescindível e urgente a melhoria das práticas de controle das IRAS e a correta formação profissional para lidar com tais protocolos de segurança.

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO LEGAL DO CONTROLE DAS IRAS NO BRASIL

Compreendendo-se como as infecções hospitalares se tornaram grande risco à saúde de pacientes que buscaram assistência à saúde, a OMS e a Anvisa as propuseram como questão de saúde pública, ou seja, cuja constância de incidência, mortalidade e morbidade, por atingir grande parte das pessoas e das instituições de saúde, deve ter atenção especial do Estado. Para tanto, há que se apontar a grande contribuição cognitiva (pois convida a se debater o assunto) e legal (ao atentar para a legitimidade do problema) da Portaria 196, de 24 de junho de 1983, em que o Ministério da Saúde instituiu que todos os hospitais do país deveriam formar uma comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) independente da entidade mantenedora (BRASIL, 1983).

Já em 1988, os constituintes propuseram o Sistema Único de Saúde (SUS), tencionando garantir aos cidadãos acesso gratuito aos serviços e ao Estado, a obrigatoriedade da manutenção do mesmo, posto que a mesma constituição já ressaltava, em seu artigo 196, que a saúde

É direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desta forma, o SUS foi aprovado pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, tendo por objetivo, em seu capítulo I, artigo V e inciso III da lei nº 8080, "a assistência as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas" (BRASIL, 1990, n.p.). Já em 1997, é aprovada a Lei Federal nº 9431 que dispõe da obrigatoriedade e manutenção do Programa de Controle de Infecções Hospitalares

(PCIH) pelos hospitais do país e impõe a estes a necessidade de possuírem uma Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), ou seja, uma equipe instruída e especializada na vigilância desses riscos (BRASIL, 1997).

Sobre a atuação do SUS no que tange ao controle das IRAS, há uma dificuldade de interlocução entre os vários órgãos que configuram o sistema, tendo em vista a diversidade de interesses, de modo que dificulta uma ação conjunta de prevenção e correção:

O Sistema Único de Saúde atua nos três níveis de gestão de forma direta ou através de convênios ou contratos com serviços privados. Por outro lado, o setor privado (saúde suplementar) se organiza de forma variada, através de planos de saúde ou desembolso direto do usuário. Assim, esse sistema dual de saúde, a implementação de modalidades alternativas de gestão e o modelo descentralizado de gestão implicam em um grande número de interlocutores para o diálogo relativo às estratégias de prevenção (PADOVEZEL; FORTALEZA, 2014, p. 1000).

Por sua vez, a Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 especifica o PCIH como “um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”, ou seja, o instrumento de trabalho da CCIH, que deve contar com um profissional de serviço médico, um de serviço de enfermagem (que será melhor trabalhado no tópico seguinte), um de serviço de farmácia, outro de serviço laboratório de microbiologia e um da administração (BRASIL, 1998, n.p.). As CCIH, portanto, têm papel fundamental no controle de riscos nos hospitais, cuja incumbência está “na busca de prevenção e controle das infecções, em que desenvolve um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas a redução máxima da incidência e gravidade destas” (BARROS *et.al.*, 2016, p. 16).

Desde 1999, no Brasil, o órgão responsável por esse controle estatal é a Anvisa (Lei de criação no. 9.782, de 26 de janeiro de 1999), de modo a exercer coordenação técnica a nível federal, estadual e municipal.

A partir de diversos instrumentos de prevenção e controle, são consideradas IRAS, como visto, aquelas infecções verificadas nos pacientes que passaram por procedimentos ou internações, observada a veracidade clinicamente. Como essa realidade é presente em todos os países e a gravidade das IRAS no mundo remete não só à saúde, mas também à economia, posto que gera um elevado custo aos hospitais, a OMS criou os *Core Components of Infection Prevention and Control Programmes*, que são “ferramentas e indicadores padronizados, desenvolvidos e validados para avaliar o status dos componentes essenciais”, a serem seguidos pelos países (ANVISA, 2021, p. 10).

Com tal orientação, a Anvisa cria, em 2013, o primeiro Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), de vigência de 5 anos (o primeiro, apenas 3, 2013-2015), assim, seus posteriores foram 2016-2020 e o atual, 2021-2025. Por sua vez, o PNPCIRAS passa por avaliações periódicas da Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS), pela “Ferramenta Nacional de Avaliação do Programa de Prevenção e Controle de Infecções 2 (*National Infection Prevention and Control Assessment Tool 2 – IPCAT2*) da OMS” (ANVISA, 2021, p. 10).

Nesse mesmo contexto, a Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013, propõe o conceito de Segurança do Paciente como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Logo, entende dano como “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico”; incidente como “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” (BRASIL, 2013b, n.p.).

Por conseguinte, compreende evento adverso como “incidente que resulta em dano ao paciente”; cultura de segurança como práticas ligadas à gestão de segurança da organização e gestão de risco como “aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional”. Assim se institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que objetiva “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional” (BRASIL, 2013b.).

No que tange especificamente às orientações da Anvisa para com a prevenção, controle e tratamento das infecções hospitalares, três Resoluções da Diretoria Colegiada são de grande importância, das quais: a RDC 42/2010 que obriga todos os serviços de saúde a disponibilizar preparação alcoólica para a higiene das mãos pelos profissionais de saúde no ponto mais próximo ao local de assistência ao paciente; a RDC 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a RDC 222/2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, entre outras providências (OLIVEIRA; SILVA, LACERDA, 2016).

A primeira das resoluções supracitadas, a RDC 42/2010 determina como requisito mínimo para funcionamento de instituições de saúde, segundo seu Art. 5º, que é “obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos”, seja “nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde”, “nas salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e

emergência, ambulatorios, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios de serviços de saúde”, ou “nos serviços de atendimento móvel” e demais “locais em que são realizados quaisquer procedimentos invasivos” (BRASIL, 2018).

Destas resoluções, destaca-se a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que especifica ações necessárias para garantia da segurança do paciente em serviços de saúde, traz na Seção II, sobre o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), no art. 8º que as estratégias de gestão de risco devem atuar sobre:

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; IV - identificação do paciente; V - higiene das mãos; VI - segurança cirúrgica; VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes; IX - segurança no uso de equipamentos e materiais; X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado; XI - prevenção de quedas dos pacientes; XII - prevenção de úlceras por pressão; XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral; XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada. XVII - promoção do ambiente seguro (BRASIL, 2013a).

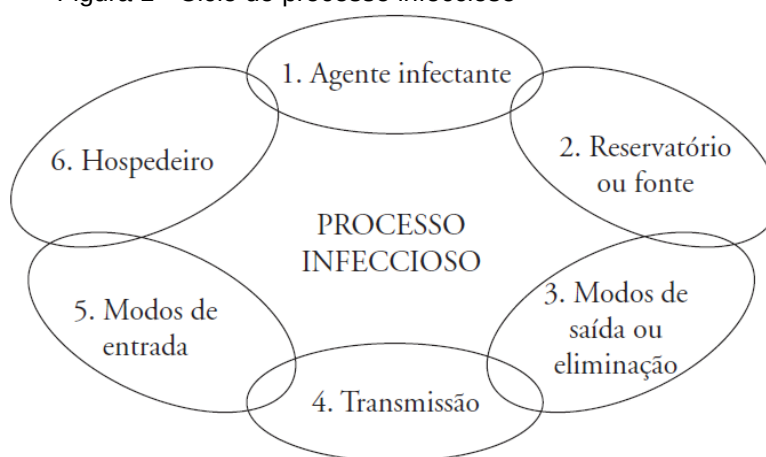
Já a RDC 222/2018 traz todos os protocolos de identificação, armazenamento e destinação dos resíduos oriundos dos serviços de saúde nas instituições, também pautados na diminuição dos riscos de IRAS e na garantia de segurança dos pacientes e demais profissionais (BRASIL, 2018).

3.2 CORRESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE RISCOS

O Conselho Regional de Enfermagem (COFEN, 2017) define que “a Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade”. Também aponta que “o cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar”. Nesse sentido, presume-se que a enfermagem se compromete, essencialmente, com o cuidado e com a contínua busca por formação adequada para seus profissionais.

Além dos protocolos de assepsia e segurança do paciente, os enfermeiros devem conhecer o ciclo de infecção (Figura 1), logo, considera-se que o agente infectante é “um micro ou macroparasita (bactéria, vírus, rickétsias, protozoários, fungos ou helmintos) que pode produzir doença de acordo com sua patogenicidade”. A fonte e reservatório de microrganismos é o “local onde microrganismos patogênicos (patógenos) estão em crescimento, ou já cresceram, e de onde são transmitidos aos pacientes”. Os modos de saída ou de eliminação do agente infectante são os mesmos de entrada, ocorrendo por “lesões da pele e das mucosas do trato respiratório, digestivo e geniturinário”. A transmissão “é a forma como o agente infectante é transferido para o hospedeiro” e ocorre “por contato (direto e indireto), por gotículas, pelo ar, por veículo comum e por um vetor” (COSTA; CARVALHO, 2000, p. 19-20).

Figura 1 - Ciclo do processo infeccioso



Fonte: adaptação de Brunner e Suddart (1977, p. 1113, *apud* COSTA; CARVALHO, 2000, p. 19).

Ferreira *et al.* (2019) realizaram um levantamento das principais práticas necessárias à prevenção e controle de IRAS, no que tange à enfermagem, de modo que para a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), apontaram: “higiene oral; cabeceira do leito elevada a um ângulo de 30° a 45° da horizontal; cuidados na monitorização da pressão do cuff endotraqueal”. Para o manuseio de Cateter Venoso Central (CVC): “Manutenção do CVC; cuidados com o curativo; cuidados com preparo e administração de medicações. para o uso de sonda vesical de demora (SVD): “inserção dos cateteres somente com indicações apropriadas e mantê-los somente o tempo necessário”; “utilizar técnica asséptica na inserção e fixação adequada do cateter”; “manutenção do coletor de urina abaixo do nível da bexiga”; “manutenção da drenagem do coletor de urina a cada 8h ou até atingir 50% do coletor de urina e realizar a higiene rotineira do meato e sempre que necessário”. Já para evitar-se Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC): “cuidados com curativos de feridas operatórias; precauções máximas de barreiras estéreis”; “antisepsia da pele com clorexidina; realização de

tricotomia antes do procedimento cirúrgico” e “utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” (FERREIRA *et al.*, 2019, p. 501).

Entretanto, a tendência neoliberal de priorizar atividades lucrativas, rentáveis à qualidade e segurança também perpassa as instituições de saúde, ainda que públicas. Como os custos são altos, há mais investimento em ações de controle de IRAS em hospitais maiores, que nos pequenos e interioranos. Outra conclusão propiciada pelo trabalho de Santos (2006, p.81) é a ausência de uma cultura de controle e solução das IRAS por parte das CCIH nos âmbitos municipal e estadual, “pelo contrário, o conceito de comissões nos remete a uma estrutura temporária e à fragilidade de sua existência, demonstrada na gestão estadual de saúde” e que, desta forma, ocasiona a “interrupção de projetos e atividades”. Mesmo nos hospitais em que há essa prática, a autora afirma que o trabalho de avaliação e correção dificilmente advém das comissões.

Segundo Barros *et.al.* (2006, p. 16), enfermeiros e enfermeiras são os profissionais essenciais da CCIH por portarem “habilidades de gerenciamento, avaliação da qualidade dos serviços e práticas assistenciais”, entretanto, nem sempre essas habilidades são adquiridas. A necessidade de formação especializada para o trabalho com controle de riscos em IRAS, já tratada, é reiterada, entretanto, segundo esses autores, normalmente recaem apenas aos enfermeiros buscarem as capacitações, o que nem sempre ocorre devida à exaustiva jornada de trabalho dos mesmos, dos custos, entre outros motivos; ou recaem apenas à instituição, sem que haja interesse, iniciativas por parte dos profissionais da enfermagem.

Assim, ressalta-se que “o processo de formação/educação do trabalhador no e pelo trabalho está para além dos treinamentos formais que, muitas vezes, compõem as ações educativas institucionalizadas”, de modo que “está embasada no processo de formação do trabalhador que propicia a reformulação de hábitos, a reflexão, a ação transformadora, uma educação que é continua no processo de trabalho” (BARROS *et.al.*, 2016, p. 18).

Ainda sobre a formação desses profissionais, Pereira *et.al.* (2005) a necessidade de viabilizar o contato precoce dos estudantes com a legislação que orienta e regula prevenção e controle das IRAS, para que essas ações e protocolos configurem a cultura da assistência à saúde, as políticas das instituições e da formação profissional. Os autores enfatizam ainda que tais conteúdos sejam reiterados nas práticas do estágio curricular, primando pela ideia de “aprender fazendo”. A coletividade também é ressaltada como valorosa da prevenção e controle das IRAS, desde a formação, ou seja, valorizar o trabalho conjunto, a descentralização das atividades de controle, a corresponsabilidade e trocas de informações.

Outro problema verificado na atuação do profissional de enfermagem alocado na CCIH é o acúmulo de função. Dificilmente sua única atuação será nela, ou seja, ele tem outras atividades a serem cumpridas que acabam optando pelo auxílio clínico, por exemplo, em detrimento das ações da comissão. Mesmo que ocorra a possibilidade de centrar a atenção para o controle das IRAS, observam na prática, também, a dificuldade de diálogo entre as áreas de atuação dos profissionais nos hospitais (BARROS *et.al.*, 2016).

A partir de uma pesquisa de percepção, em que analisou a forma pela qual equipes de enfermeiros e enfermeiras do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) entendiam seus papéis no cotidiano de dada instituição de saúde, Tauffer *et.al.* (2019) apontaram que dentre as principais causas das IRAS nos hospitais são a ausência de higienização das mãos, a circulação descuidada dos profissionais (como estagiários, dentre outros que as disseminam) e a falta de conhecimento específico sobre as mesmas, de um treinamento adequado para seus controles, bem como de maior adesão aos protocolos de segurança.

A falta de recurso e de uma cultura de controle que orientem as práticas cotidianas também são observados. Reiteram que não disponibilidade de materiais estéreis para os procedimentos invasivos, produtos de limpeza corretos para higienização e assepsia e EPIs de qualidade e à disposição para todos envolvidos. No que tange aos profissionais da Enfermagem, os participantes da pesquisa destacaram que suas responsabilidades vão além dos cuidados com a própria limpeza, assepsia e respeito aos protocolos, se entendendo à vigilância constante, tanto para com o ambiente, verificando, buscando melhorias, informando e cobrando a administração, quanto para os pacientes e demais profissionais que ali atuam (TAUFFER *et.al.*, 2019).

Santos (2006), numa pesquisa que contou com amostra de cerca de 4 mil hospitais brasileiros, distribuídos em mais de mil municípios, verificou que em todos esses acontecem medidas de controle de riscos de infecções hospitalares, bem como de monitoramento das infecções, mas que, entretanto, são conduzidos de forma inadequada. A autora destaca que o grave problema metodológico desses levantamentos culmina na falta de clareza das pesquisas e, como resultado, impossibilita ações corretivas.

Tauffer *et.al.* (2019, n.p.) reiteram a importância do trabalho ativo, educativo e assertivo dos profissionais que compõem o SCIH, de modo que “a sensibilização de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados diretos e indiretos ao paciente contribui significativamente na qualidade, prevenção e promoção em saúde”.

Por fim, a partir das análises das fontes apresentadas e das pesquisas realizadas nas plataformas referidas na metodologia, verificou-se poucos trabalhos

direcionados à educação para incorporação e melhoria de medidas de controle, ou seja, a ausência de treinamentos, capacitações que readéquem esses profissionais às realidades das IRAS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há demasiado número de casos de agravamento de saúde e mortes ocasionados diariamente por IRAS. Como se observou, o problema sanitário averiguado nos hospitais é uma continuidade de práticas sociais, ou seja, há um enorme descuido na população com hábitos de higiene, principalmente no que tange às mãos e aos fluídos corporais (secreções, saliva, sangue, dejetos). As pessoas realmente desconsideram a possibilidade de ter alguma infecção ou doença assintomática (ou não) e poderem transmitir pra alguém, bem como desconsideram poderem se infectar.

A partir da bibliografia analisada, observou-se, ainda, que o problema está além dos hospitais, além da legislação e dos costumes higiênicos da população. Ele se insere principalmente na formação dos profissionais de saúde. Dentre as pesquisas de percepção, alguns desses profissionais apontaram a ausência de profundidade sobre esses conteúdos na graduação, nos estágios e na formação continuada, especializada, já como atuantes na profissão.

Outro fator verificado foi a falta de recursos, principalmente nos hospitais pequenos e interioranos, em dispor de equipes para trabalhar com as IRAS e divulgar os dados necessários à Anvisa e em adquirir e fornecer os materiais para higienização e assepsia, EPIs, etc. Enfim, a pesquisa bibliográfica foi importante por identificar as origens dos problemas e suas eventuais soluções, mas deixa margem à outras propostas, estudos de casos, principalmente por ter sido concluída durante a pandemia e cumprindo as orientações de distanciamento social e quarentena (com bibliotecas e universidades fechadas).

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Brasília, 05 de março de 2021. Disponível em: < https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.

BOTELHO, Louise; CUNHA, Cristiano; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, Vol. 5, nº11, p. 121-136, maio/agosto 2011. ISSN 1980-5756.

BARROS, Marcela; PEREIRA, Euzaine; CARDOSO, Fabiana; SILVA, Rosely. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 15-21, jan.-jun. 2016. ISSN 1981-9730.

BRASIL. **Portaria n. 196 de 24 de junho de 1983**. Dispõe sobre instruções para o controle e a prevenção das infecções hospitalares. Brasília: Diário Oficial da União, 1983. Disponível em: <<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/organizacao-de-controle-de-infeccao-hospitalar/36371>>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. **Lei no. 9.431, de 06 de Janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de programas de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do país. Brasília: Diário Oficial da União, 06 de janeiro de 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9431.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.431%2C%20DE%206%20DE%20JANEIRO%20DE%201997.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20obrigatoriedade%20da,Art>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998**. Brasília: Diário Oficial da União; 13 de maio de 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. **Lei no. 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Diário Oficial da União, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. **RDC 42/2010**: obriga todos os serviços de saúde a disponibilizar preparação alcoólica para a higiene das mãos pelos profissionais de saúde no ponto mais próximo

ao local de assistência ao paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html>. Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. **RDC 36/2013**: institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2013b. Disponível em: Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. **RDC 222/2018**: regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, entre outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/phocadownload/Noticias/2018/GESAM/02_rdc_222_2018.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.

COFEN. **Resolução nº 0564/2017**: aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>>. Acesso em: 26 Jan. 2021.

COSTA, Tânia Maria; CARVALHO, Daclé Vilma. Infecção hospitalar – conceito de uma equipe de enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, Minas Gerais, vol. 4(1/2), p. 16-21, jan./dez., 2000. ISSN: 2316-9389. Disponível em:
<<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v4n1a04.pdf>>. Acesso em: 2 fev. de 2021.

FERREIRA, Larissa; AZEVEDO, Lorena Mara; SALVADOR, Pétala Tuani; MORAIS, Soraya Helena; PAIVA, Renilly; SANTOS, Viviane Euzébia. Cuidado de enfermagem nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: Scoping review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 476-483, 2019. ISSN 1984-0446. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200476&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 fev. de 2021.

LAMBLET, Luiz Carlos; PADOVEZE, Maria Clara. Comissões de Controle de Infecção Hospitalar: perspectiva de ações do Conselho Regional de Enfermagem. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.** Brasília, vol. 7(1), p. 29-42, jan.-mar. 2018. ISSN 2358-1824. Disponível em:
<<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/426/515>>. Acesso em: 2 fev. de 2021.

MEDICINASA. **Taxa de infecções hospitalares no Brasil atinge 14% das internações**. São Paulo, 1/05/2019. Disponível em:
<<https://medicinasa.com.br/especial-infeccoes-hospitalares/>>. Acesso em: 2 fev. de 2021.

OLIVEIRA, Hadelândia; SILVA, Cristiane; LACERDA, Rúbia. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, vol. 50(3), p. 505-511, 2016.

ISSN 1980-220X. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0505>. Acesso em: 2 fev. de 2021.

PADOVEZEL, Maria Clara; FORTALEZA, Carlos Magno. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 48(6), p. 995-1001, 2014. ISSN 0034-8910. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf>. Acesso em: 2 fev. de 2021.

PEREIRA, Milca; SILVA e SOUZA, Adenícia; TIPPLE, Anaclara; PRADO, Marinésia. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, vol. 14(2), p. 250-7, Abr-Jun., 2005. ISSN 1980-265X. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf>>. Acesso em: 2 fev. de 2021.

PORTAL Hospitais Brasil. **14% dos pacientes internados no Brasil contraem infecção hospitalar: paramentação minimiza riscos**. São Paulo: 4/11/2020. Disponível em: <<https://portalhospitaisbrasil.com.br/14-dos-pacientes-internados-no-brasil-contraem-algum-tipo-de-infeccao-hospitalar-paramentacao-minimiza-riscos/>>. Acesso em: 2 fev. de 2021.

SANTOS, Adélia Aparecida. **O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos?** 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www7.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/dissertacao_adelia.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.

SOUZA, Marcela; SILVA, Michelly; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é? Como fazer isso? **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, pág. 102-106, março de 2010. ISSN 2317-6385. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2021.

TAUFFER, Josni; ZACK, Bruna Tais; BERTICELLI, Manoela Cristina; KÁSSIM, Maria Julia; CARMELLO, Sabrina Kássia; ALVES, Débora Cristina. Percepção da equipe de enfermagem quanto ao controle de infecção em um hospital de ensino. **Rev. Adm. Saúde** (On-line), São Paulo, v. 19, n. 77: e183, out. – dez. 2019, Epub 05 nov. 2019. ISSN 2526-3528 (online). Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/183/304>>. Acesso em: 2 fev. de 2021.