

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ITUVERAVA
FACULDADE DR. FRANCISCO MAEDA- FAFRAM**

Erica Regina Alves da Silva Louzada

**IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
EM UM BLOCO CIRÚRGICO**

**ITUVERAVA
2020**

ERICA REGINA ALVES DA SILVA LOUZADA

**IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
EM UM BLOCO CIRÚRGICO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade Dr. “Francisco Maeda”,
Fundação Educacional de Ituverava, para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.**

Orientador – Me. Maria Teresa de Paula

**ITUVERAVA
2020**

ERICA REGINA ALVES DA SILVA LOUZADA

**IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
EM UM BLOCO CIRÚRGICO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade Dr. “Francisco Maeda”,
Fundação Educacional de Ituverava, para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.**

Ituverava, 09 de Dezembro de 2020.

Orientador: _____
Me. Maria Teresa de Paula

Examinador: _____
Danilo Souza

Examinador: _____
Me. Andreza Gomes Nichimoto Maeda

Agradecimentos

Primeiramente, a Deus por ter me dado a vida, pois sem ela eu nada seria.

À minha família que sempre acreditou em mim em todos os meus momentos.

Ao meu esposo e filho, por todas as noites que passei longe de vocês na busca de realizar meu sonho de ser enfermeira.

Aos professores por me guiarem por toda a minha vida escolar, me ensinando a nunca desistir.

Em especial a minha orientadora Prof. Maria Teresa de Paula e minha co-orientadora Prof. Claudia Maria Carreira Frata.

Aos amigos de sala que nunca me deixaram desistir diante das dificuldades enfrentadas.

Só tenho a agradecer a todos que por menor que seja me ajudaram.

Serei eternamente grata.

RESUMO

O controle de infecção no âmbito hospitalar, apesar dos avanços, continua sendo um grande desafio para a cirurgia. Assim, vem este estudo ter como objetivo principal a identificação da importância do controle de infecção no centro cirúrgico pela equipe da enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo bibliográfico, realizada a partir da leitura de artigos e periódicos analisados e selecionados de acordo com a temática abordada. Verificou-se que, através da utilização de técnicas assépticas para o controle da infecção são de extrema importância para garantir um atendimento de qualidade ao paciente, bem como garantir a própria segurança da equipe de profissionais.

Palavras- chave: bloco cirúrgico- controle- infecção hospitalar – segurança

SUMMARY

Infection control in the hospital setting, despite advances, remains a major challenge for surgery. Thus, this study aims to identify the importance of infection control in the operating room by the nursing team. This is a qualitative research of the bibliographic type, carried out from the reading of articles and periodicals analyzed and selected according to the theme addressed. It was found that, through the use of aseptic techniques for infection control, they are extremely important to ensure quality patient care, as well as to ensure the safety of the team of professionals.

Keywords: surgical block- control- hospital infection - safety

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1- RESGATE HISTÓRICO SOBRE A INFECÇÃO HOSPITALAR

2.2- REGULAMENTAÇÃO DO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO CENTRO CIRÚRGICO

2.3 PRINCIPAIS SÍTIOS DE INFECÇÃO

2.4 – O PROFISSIONAL DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

2.5 – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITAL

3- MATERIAIS E MÉTODOS

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

6- REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) compreende uma área crítica, de acesso restrito, pertencente a um estabelecimento assistencial de saúde, considerada uma das áreas mais complexas de um hospital, onde são realizados diversos procedimentos invasivos e por ser um ambiente fechado acaba expondo tanto pacientes e equipe de enfermagem que ali trabalham a situações de risco como de stress do dia a dia, imposto pelo ambiente em si.

A função da RPA em um centro cirúrgico é promover uma assistência integral e eficiente ao paciente seja no pré, trans ou pós operatório, verificando em medidas e meios que objetivam a prevenção de complicações ou acidentes no pré, trans ou pós operatório, cabendo ser responsáveis pela previsão e controle de materiais, medicamentos e equipamentos nas salas cirúrgicas, como também vem compor o centro cirúrgico, cujo objetivo é a prestação de cuidados de enfermagem ao paciente até sua alta autorizada pela anestesista.

Assim, a Infecção Hospitalar (IH) e a Infecção Adquirida é aquela que se acomete após uma intervenção cirúrgica do paciente que se manifesta durante a sua internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a intervenção ou procedimentos hospitalares. Logo, as Infecções Hospitalares (IH) são definidas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), como aquelas infecções sistêmicas ou locais, manifestadas após 48 horas da admissão hospitalar ou ainda, 48 horas após sua alta, 30 dias após uma cirurgia de colocação de próteses ou ate mesmo 1 ano após a mesma cirurgia, uma vez que se caracterizam por serem doenças infecto contagiosas, entre outras situações.

O Ministério da Saúde (MS) através da Portaria N. 2616 de 12 de maio de 1998, veio conceituar a infecção hospitalar como aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder estar relacionada com a internação ou com os procedimentos hospitalares.

As crenças e praticas no controle de infecção do paciente cirúrgico são distinguidas em 4 temas a saber: em relação ao paciente (preparo da pele, tricotomia, roupa privativa e paramentação cirúrgica), ambiente (limpeza da sala operatória, piso, padrões de circulação), procedimentos (assepsia, escovação cirúrgica, colação de campos esterilizados, validade da esterilização e manuseio do material estéril), por isso, o uso das medidas de prevenção para possíveis infecções são essenciais dentro de uma unidade como esta.

As medidas de prevenção em um bloco cirúrgico constam de lavagem das mãos de forma frequente, com produtos a base de álcool e execução das técnicas corretas de escovação e realização da assepsia da pele usando a técnica cirúrgica e antisséptica apropriada, usando

trajes lavados em lavanderias adequadas, minimizando o tráfego na sala de cirurgia, com protocolos de limpeza ambiental, desenvolvimento de estratégias de prevenção com os pacientes e suas famílias.

Há também o uso de uma lista de verificação de segurança cirúrgica, promovendo o treinamento de educação continuada junto a equipe para prevenir ISC (Infecção de Sítio Cirúrgico), minimizando o uso de esterilização a vapor de ciclo rápido e imediato, fazendo uma limpeza minuciosa antes da esterilização, como uma inspeção dessa limpeza com o auxílio de lupas e microscópio, e no caso, havendo possíveis erros, como a quebra da técnica, retomar o procedimento.

Enfim, os colaboradores da CME são treinados pela enfermeira da CCIH sobre o papel da CME no controle das IRAS, a Central de Material Esterilizado (CME) junto com o setor que prepara, controla e distribui os materiais médico-hospitalares adequadamente processados pelas unidades do hospital que prestam assistência ao paciente, sendo portanto, responsável pela limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais à unidade hospitalar.

Cumprir ainda relatar que a CME tem um papel importante para o controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), por isso, sua equipe deve passar por treinamento rígido e constante, devendo estar sob permanente supervisão a fim de garantir que a técnica de assepsia seja rigorosamente seguida.

O expurgo hospitalar vem funcionar como um equipamento para despejo de sangue, secreções, líquidos provenientes das cirurgias ou materiais que oferecem algum tipo de risco.

Quanto aos resíduos hospitalares ou chamados de serviços de saúde são aqueles provenientes do atendimento ao paciente ou de qualquer estabelecimento de saúde ou ainda de unidade que execute atividades de natureza de atendimento médico. Esses resíduos são: especiais, que abrange os materiais farmacêuticos e químicos e radioativos, também há aqueles chamados de resíduos comuns em geral, que são os administrativos, sucatas, embalagens reaproveitáveis, resíduos alimentares, e por último, os resíduos infecciosos, tais como sangue humano, materiais perfurocortantes, resíduos de diagnósticos, biópsia e amputação, sondas, drenos e gases, materiais patológicos, dentre outros, menciona Madeira *et al*, 2012.

Importante é o destaque que o expurgo venha ser realizado com toda precaução, a fim de evitar o mínimo de contaminação.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 RESGATE HISTÓRICO SOBRE A INFECÇÃO HOSPITALAR

Em um estudo mais aprofundado verifica-se que a criação dos hospitais remonta aos séculos XVIII e XIX, na Europa, de forma básica no tratamento de pessoas pobres, uma vez que aquelas de melhores condições financeiras, escolhia um tratamento domiciliar. (Gontijo, 1999)

Assim, desde os tempos imemoriais a humanidade vem tentando prover atenção, proteção e cuidados especiais às pessoas enfermas, a partir da segregação das mesmas, especialmente em locais específicos até a criação dos hospitais, pois a disseminação das doenças ocorria com facilidade dado às condições propícias para a transmissão das infecções, onde a tríade epidemiológica: agente, hospedeiro e meio ambiente se encontram em íntima correlação, sujeito a constantes desequilíbrios, que dão origem à doença (GONTIJO,1991).

O primeiro tratamento cirúrgico que se tem estudo foi a trepanação realizado por médicos egípcios acerca de 10.000 anos, como complicação inerente ao ato cirúrgico, a história da infecção se confunde com a história da cirurgia, uma vez que começou provavelmente na pré-história, quando do tratamento das feridas causadas por algum animal carnívoro, ou até mesmo por um rival de outra tribo (FERRAZ, 1997).

Logo, por volta de 460 a C., nascia Hipócrates, que foi o primeiro grande médico e cirurgião da história, com um espírito livre de superstição e misticismo, comuns à sua época, onde sua capacidade de observação dos sinais e sintomas e de registros biológicos fez com que ressaltasse então, a cura primária e secundária das feridas, a importância da lavagem das mãos antes de operar e as vantagens de se usar água pura e vinho nas feridas (RODRIGUES, 1997).

Por volta de 157 d.C., Galeno, após Hipócrates, obteve grande notoriedade como médico dos gladiadores; quando passou a observar que as feridas recentes e extensas quando lavadas com vinho e fechadas com fio de linho, obtinham cura logo, sem a formação de pus, onde ele afirmava em seus estudos que as incisões pára-medianas ofereciam um fechamento mais seguro, indicava a incisão e drenagem para o tratamento de abscessos, e a necessidade de se eliminar todo o tecido necrótico local (FERRAZ, 1997; RODRIGUES,1997).

Com a queda do império Romano, os cuidados com os doentes passou a ser exercido por monges, enquanto o tratamento cirúrgico acabou sendo entregue aos barbeiros dos mosteiros; homens rudes, sem qualquer tipo de formação profissional, como bem descreve SOUZA *et al* (2002), em seus estudos.

Logo, até o ano de 1.800, a cirurgia somente era indicada em situações de risco de vida, não havendo nessa época anestesia, a rapidez do cirurgião era mais importante que sua técnica, os pacientes sofriam com intensa dor, os procedimentos cirúrgicos eletivos apresentavam uma mortalidade inaceitável. As feridas eram lavadas com a mesma esponja, passando-se de um paciente a outro. O ar fétido emanado das más condições higiênicas dos hospitais, dos pacientes e dos ferimentos, formava um ambiente insuportável, essa era a época do “pus saudável”, considerado como “precursor da boa cicatrização” (FERRAZ, 1997; RODRIGUES, 1997).

Dentro deste contexto, e como consequência da falta de condições higiênicas e sanitárias começaram a perceber uma relação destas com a maior morbidade e mortalidade, por doenças que notadamente tinham sua transmissão associada ao pessoal médico e de saúde em geral, onde em 1863 Florence Nightingale, na Inglaterra, após observações feitas e com o objetivo de reduzir o risco das infecções, tão altos naquela época, passou a valorizar as condições do paciente e do ambiente destacando a limpeza, iluminação natural, odores, calor, ruídos e sistema de esgoto, mais do que a arquitetura pura e simplesmente estética, reduzindo drasticamente as taxas de mortalidade entre os soldados de guerra. (GONTIJO, 1991)

Após a implantação dessas medidas de prevenção, descreveu as estratégias relacionadas com o cuidado do paciente e o ambiente hospitalar, e suas teorias constituíram a base do moderno controle de infecção hospitalar (GONTIJO, 1991).

Em estudos de GONTIJO (1991), descreve que Joseph Lister, médico escocês, começou então a defender a importância de se prevenir as infecções instituindo cuidados durante e após o ato cirúrgico, insistindo em métodos de antisepsia, utilizando ácido carbólico nos instrumentais, após as descobertas de Pasteur, grande parte dos cirurgiões mudaram seu comportamento aceitando as teorias microbiológicas da época como a esterilização.

A partir de então, passaram a propor debates sobre o melhor método: esterilização química ou a vapor, e ainda, evitavam as conversas desnecessárias durante o ato operatório, sendo que alguns hospitais passaram a instalar visores e cúpulas para evitar o fluxo de pessoas na sala de cirurgia.

Logo, a correta aplicação de assepsia e anestesia transformou a sala de cirurgia em local de rígidas normas e rotinas, ao contrário do que se observava anteriormente (RODRIGUES, 1997).

No início do século XX, com as grandes descobertas da medicina, principalmente nas áreas da medicina tropical, da bacteriologia e da parasitologia, tornou possível o

conhecimento das formas de transmissão das doenças através de agentes infecciosos, começando assim, outra batalha, a necessidade de agentes que combatessem os microorganismos. (SOUZA *et al*, 2002)

E no início dos anos 30, acabaram surgindo os primeiros antibióticos, como também nas décadas de 40 e 50 foram conhecidas como a “era de ouro dos antibióticos”, até os anos 60, ocorreu pequenas modificações nas moléculas das drogas previamente conhecidas, algo tão rápido quanto sua descoberta, surgindo aqui os efeitos colaterais e as cepas resistentes, em decorrência do uso indevido e abusivo dos antibióticos (FERRAZ,1997; RODRIGUES, 1997).

Assim, o interesse pelas infecções hospitalares torna-se cada vez maior pelo crescente número de casos, resistência ao tratamento e alta mortalidade, ganhando repercussões sociais e econômicas devido ao custo assistencial elevado e principalmente ao prolongamento do período de internação (RODRIGUES, 1997).

O Ministério da Saúde (MS) em 1983 publicou a Portaria 196 em 24 de junho, determinando que todos os hospitais deveriam constituir Comissões de Controle de Infecção Hospitalar independente da entidade mantenedora (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 196/06/83).

A nível Federal foi criada a Comissão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar através da Portaria 140 de abril de 1987, que contava com representantes de vários Estados (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 140 de 08 de abril de 1987 – DOU, abril 1987). A portaria 196/83 foi revogada em agosto de 1992 e o MS promulgou outra portaria em 27 de agosto (Portaria 930/92), definindo um conjunto de ações sistemáticas que visavam a redução máxima da incidência e gravidade das Infecções Hospitalares, acrescentando a obrigatoriedade da manutenção e presença de um médico e um enfermeiro para cada 250 leitos, com dedicação exclusiva, e recomendando a utilização de métodos de busca ativa na coleta de dados de tais infecções. ((BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 140 de 08 de abril de 1987, DOU, abril 1987).

Além disso, deveriam instituir programas de controle de infecção hospitalar, pela normatização e exercício de ações programadas e criar o serviço de controle de infecção hospitalar que constitui o órgão executivo da CCIH, que é um órgão normativo (BRASIL, MS, 1992).

2.2 Regulamentação do controle da infecção hospitalar no centro cirurgico

Ao se falar em controle de infecção no âmbito hospitalar, apesar dos avanços, continua sendo o grande desafio para a cirurgia, uma vez que a prevenção à infecção é a principal aliada da equipe cirúrgica para que sejam evitadas as complicações pós- cirúrgicas.

De acordo com a portaria citada neste trabalho um dos membros da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH), deve ser de forma preferencial um enfermeiro, uma vez dado seu conhecimento técnico- científico, que permite uma atuação mais eficaz atuando como elemento catalisador entre os demais profissionais da área da saúde, conforme menciona Fontana, Lautert, 2006; Rodrigues, 2006.

Além dessa legislação mencionada, o MS (Ministério da Saúde), publicou em 13 de Outubro de 1999, a Portaria n. 1241, ao qual veio estabelecer que as atividades de controle da Infecção Hospitalar (CIH) passassem a ser executadas pela Gerencia de Controle de Risco à Saúde da Diretoria de Serviços e Correlatos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), onde a legislação apresenta de forma bem clara, quando obriga os hospitais a manterem CCIH, para isso é necessário que todos os profissionais da saúde venham apodera-se da filosofia de prevenção na sua pratica cotidiana, conforme destaca Fontana; Lautert, 2006; Rodrigues, 2006, em seus estudos.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é uma Comissão deliberativa, que tem como principal finalidade aprovar, anualmente, o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que é executado pelo Serviço Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). A CCIH é uma Comissão de assessoria da Superintendência da Instituição, enquanto que o SCIH faz parte do Setor de Vigilância e Segurança do Paciente, que é subordinado a Gerência de Assistência, menciona Fontana; Lauert, 2006; Rodrigues, 2006.

As atividades da CCIH/ SCIH estão fundamentadas na Portaria nº 2616/1998 do Ministério da Saúde, que define as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, na RDC 48/2000 e na Resolução SESA/PR nº 0674/2010, que aprova o regulamento técnico que estabelece as ações de vigilância em saúde a serem desenvolvidas no Controle das Bactérias Multirresistentes (BMR) e Bactérias oriundas de Infecções Hospitalares e de Surtos em Serviços de Saúde.

A composição da equipe do SCIH é multiprofissional, formada por dois médicos infectologistas, seis enfermeiros, um farmacêutico e duas secretárias. A conduta dos profissionais na área da saúde deve seguir a Norma Regulamentadora (NR) 32, que estabelece diretrizes sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

2.3 Principais sítios de infecção

A infecção do Sítio cirúrgico representa grandes encargos socioeconômicos às instituições em decorrência dos custos hospitalares, em relação ao paciente esse custo representado é medido pelo prolongamento do período de afastamento de suas atividades profissionais e familiares, uma vez que o paciente evolui para uma infecção, o podendo levar a um gasto de até três vezes mais o valor quando comparado ao paciente que não apresentou nenhuma infecção, conforme relato de Kunzle *et al*, 2006.

Os sítios de IH normalmente mais atingidos são o trato urinário, trato respiratório, infecção da corrente sanguínea e Infecções de Sítio Cirúrgico - ISC (MIMS *et al.*, 1999). A *Escherichia coli* é o principal agente nas bacteriúrias hospitalares, seguido pelos: *Enterococcus sp.*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella pneumoniae* (MOURA *et al.*, 2007).

No trato respiratório a pneumonia hospitalar está associada com as maiores taxas de mortalidade quando comparada às outras infecções hospitalares. Quando ela ocorre até o quarto dia, é considerada precoce, quando tem início a partir do quinto dia, é considerada tardia; essa classificação é muito importante para diferenciar o agente etiológico e para decidir a terapêutica a ser aplicada (CARRILHO *et al.*, 2004).

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

As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) ocupam a terceira posição entre todas as infecções relacionadas à assistência da saúde no Brasil (BRASIL, 2009)

As Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) ocorrem no procedimento da incisão cirúrgica, devido ao rompimento da barreira epitelial, desencadeando várias reações sistêmicas e facilitando a ocorrência de infecções. As principais fontes de transmissão de infecção do paciente no centro cirúrgico são: o próprio paciente, os funcionários do centro cirúrgico, o ambiente e os equipamentos. Os micro-organismos mais frequentes de ISC são os comuns da pele do paciente: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* e outros *Staphylococcus coagulase negativa* (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Algumas infecções hospitalares são evitáveis, outras não, surgindo com isso as chamadas infecções preveníveis que são aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão de microorganismos, sendo que a interrupção dessa cadeia pode ser realizada por meio de medidas de eficazes, como por exemplo, a lavagem das mãos, o processamento dos artigos e superfícies, a utilização de equipamentos de proteção individual, no caso de risco laboral, como a observação das medidas de assepsia, como descreve Pereira *et al*, 2011.

Já as infecções não preveníveis são aquelas que ocorrem a despeito de todas as precauções adotadas como se pode constatar em pacientes imunologicamente comprometidos e são originários da sua microbiota, conforme finaliza Pereira *et al*, 2011.

Embora a eliminação completa da infecção no paciente cirúrgico seja impossível, uma redução na sua incidência para um nível mínimo pode produzir grandes benefícios tanto em conforto para o paciente, como em recursos economizados, assim, os cuidados necessários para inibir a contaminação hospitalar assumem uma importância fundamental ao qual se exigem medidas de prevenção da infecção não apenas em seu aspecto físico, como também por parte da equipe cirúrgica, completa Fontana; Lautert, 2006

A infecção proveniente da cirurgia é um agravo que na verdade vem representar múltiplos fatores envolvidos, entretanto para reduzir e controlar sua incidência é necessária a aplicação das medidas preventivas, educacionais, como as de controle, ao qual visam controlar através de um processo de conscientização coletiva, onde as taxas de infecção sejam dentro dos limites aceitáveis para cada tipo de procedimento cirúrgico realizado nos hospitais, destaca Medeiros *et al*, 2003 .

2.4 – O PROFISSIONAL DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

A prevenção da Infecção Hospitalar depende muito mais da instituição e de seus funcionários, do que dos pacientes e é conseguida através de medidas relativamente simples, porém essenciais, de realização imprescindível na rotina de qualquer hospital. Medidas de precaução padrão devem ser adotadas, independente de suspeitar-se de uma doença transmissível ou não, protegendo desta forma os profissionais e o paciente (MELDAU, 2010).

Conforme destaca Pereira *et al* 2005, no tocante à assistência à saúde, independente de ser prevenção, proteção ou tratamento e reabilitação, o indivíduo deve ser visto como um ser integral, um vez que o mesmo não se fragmenta para receber atendimento em partes. As IH são multifatoriais, e toda a problemática de como reduzir as infecções, intervir em situações de surtos e manter sob controle as infecções dentro de uma instituição, deve ser resultado de um trabalho de equipe.

Três elementos são necessários para que ocorra a transmissão da Infecção Hospitalar, são eles: fonte de infecção, hospedeiro susceptível e meios de transmissão. Outro paciente, funcionários, profissionais que tenham algum tipo de contato com o paciente podem ser uma fonte de infecção, além de visitantes. Equipamentos e medicamentos e demais utensílios utilizados no ambiente hospitalar também podem ser uma potencial fonte de infecção (CREMESP, 2010).

Assim, esse aprimoramento de recursos humanos em uma instituição, inclusive para racionalizar a tecnologia, deve ser prioridade, pois um bom atendimento não é mensurado somente pelo avanço tecnológico dos equipamentos, pois o hospital que tem filosofia voltada para a valorização dos recursos humanos, buscando introduzir, alterar e aprimorar comportamentos e atitudes está mais próximo de atingir o grau de excelência de seu atendimento, dentro da estrutura organizacional, cada trabalhador deve ter papel definido e cumpri-lo com a máxima competência, procurando agir de acordo com os princípios básicos de sua profissão, ressalta Pereira *et al*, 2005.

Treinamento e orientações, relacionados à prevenção e controle das infecções hospitalares têm a função de capacitar os trabalhadores que prestam assistência direta ou indireta ao paciente, de forma a conscientizá-los, fazendo com que todos se comprometam com a mesma causa. Pois o Controle das Infecções Hospitalares não é apenas da responsabilidade de um grupo especializado, mas de todos aqueles que realizam procedimentos de assistência (BARBOSA e ABBOT, 2006).

Uma das preocupações crescentes refere-se a como preparar o profissional de saúde para o CIH, considerando a sua interdisciplinaridade, viabilizando o contato do estudante com todas as normas e legislação orientadora e reguladora da prevenção e controle de infecção é um importante caminho e quanto mais precoce isso for feito na graduação, maior a chance do futuro profissional em assimilar estes ensinamentos, menciona Pereira *et al*, 2005.

Entretanto, uma vez apresentada essa complexidade e abrangência da infecção, seu controle e suas implicações nas ações assistenciais, a prevenção e controle devem compor as políticas da instituição e formação profissional, bem como, fazer parte da sua cultura, assim sendo, os princípios, normas e postulados relacionados à prevenção e controle da IH devem compor o currículo dos profissionais da saúde de modo integrado, onde as disciplinas específicas para a formação profissional dos diferentes cursos possam carregar a filosofia e a prática da prevenção e CIH, como descreve Fontana; Lautert, 2006.

As bases do controle de IH devem ser assimiladas e empregadas por todas as disciplinas porque são aplicadas, ou pelo menos deveriam ser, na realização de qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico, todos os envolvidos precisam ser atuantes. Todas as formas possíveis para mudar comportamento dentro de qualquer organização requerem a escolha de estratégia educacional conjugada a um programa com objetivos bem definidos, finaliza Fontana; Lautert, 2006.

A prevenção e o CIH estão relacionados à promoção à saúde e devem refletir preocupação no sentido de que as pessoas consigam livrar-se de fatores que as predisõem

para comportamentos insalubres para si próprias e para os pacientes. A educação em saúde tem como objetivo explicitar valores, aumentar a auto percepção acerca do problema, promover informações e habilidades necessárias tomando-se decisões acertadas, completa Fontana; Lautert, 2006.

Embora recaia sobre os enfermeiros a grande responsabilidade na prevenção e controle das infecções, cumpre mencionar que suas ações são dependentes e relacionadas, logo sob essa visão os desafios para o controle de infecção podem ser considerados coletivos e agrupados em: estrutura organizacional que envolve políticas governamentais, institucionais e administrativas, relações interpessoais e intersetorias no trabalho e normatização do serviço; batalha biológica que aborda a identificação de novos microrganismos e a ressurgência de outros, bem como a resistência aos antimicrobianos; com um envolvimento profissional, com enfoque para a falta de conscientização dos profissional, adesão às medidas de controle e o comprometimento com o serviço e o paciente; capacitação profissional, destacando-se a educação continuada; epidemiologia das infecções e; medidas de prevenção e controle, finaliza Pereira *et al* 2005.

2.5 Comissão de controle de infecção hospital

A Lei Federal 9.431, de 06/01/97 obriga a todos os hospitais brasileiros a constituírem uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), assim como, a obrigatoriedade da instauração e manutenção de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), destaca Cunha; Cohem, 2016.

O objetivo de um PCIH é suprimir problemas, pela identificação de resultados desfavoráveis, principalmente a IH, identificando suas causas e recomendando medidas corretivas e preventivas com a finalidade de retomar os níveis endêmicos previamente estabelecidos, sendo que a primeira etapa para implantar um PCIH é organizar um sistema de vigilância, onde a escolha do modelo depende das características da organização, bem como dos recursos disponíveis, ressalta Cunha; Cohem, 2016.

Através dos resultados iniciais dessa vigilância, poderá ser feito um diagnóstico mais acertado dos problemas da organização, o qual será um subsídio na escolha das prioridades (FERNANDES; NOCA, 2000, p.99).

A CCIH do hospital deverá: elaborar, implementar, manter e avaliar o 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; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais-hospitalares; elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento (BRASIL, 1998).

A CCHI deve ser composta por profissionais da área da saúde de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores. A Portaria 2.616, que rege o controle de IH no âmbito nacional, recomenda aos hospitais constituírem uma CCIH para a execução do PCIH, composta por membros consultores e executores. O PCIH, então, passou a ser constituído pela CCIH e pelo SCIH (serviço de controle de infecções hospitalares), sendo a CCIH de natureza consultiva e o SCIH, de natureza executiva (BRASIL, 1998).

A CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima da organização, para o fornecimento de informação e auxílio à tomada de decisão, e de execução das ações de controle da IH, possuindo caráter deliberativo. É imprescindível o apoio político da administração para que a CCIH obtenha êxito no seu trabalho, através do fornecimento de condições mínimas essenciais para o seu funcionamento e desenvolvimento, como estrutura física, privacidade e recursos materiais e humanos (CASTRO; BOSIO, 2011).

Segundo Fernandes; Fernandes (2000) os membros do SCIH precisam ter autonomia para iniciar ações que julgarem necessárias à prevenção das IH.

Segundo Cerqueira (2006), a finalidade é apresentar os problemas, suas causas, analisar as estratégias de superação, fazer com que os membros das equipes compreendam os propósitos das recomendações e sua importância para melhor aceitá-las, garantindo seu compromisso no cumprimento destas. As vantagens do PCIH são inquestionáveis e, entre elas está a redução da morbidade, da mortalidade e dos custos. O esperado é que as CCIH alcancem os objetivos de impacto, com redução das taxas de IH, ao menor custo/benefício possível. O monitoramento e a avaliação das IH são realizados pelo SCIH, o qual é monitorado e avaliado pela CCIH.

3 MATERIAL E METODO

O presente estudo foi realizado através de uma revisão bibliográfica de literatura nacional e internacional, baseando-se nos mais diversos artigos científicos, teses, Dissertações de Mestrado, livros, manuais de saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde, internet, como a base de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde), Scielo e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sobre as infecções hospitalares que são um grande problema apresentado nas instituições de Saúde. Por revisão bibliográfica pode ser entendida aquela que esclarece um problema através de referencias teóricas já publicadas em documentos, e em sua maioria busca compreender ou analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre determinada temática. (GIAROLA, 2012)

A revisão e a coleta de dados realizou-se nos meses de dezembro de 2009 a fevereiro de 2020, iniciando uma seleção de material publicados entre os anos de 2009 a 2019, tendo como critérios de inclusão: abordar o tema referido, ser em língua portuguesa ou estar traduzido, texto completo em Word ou PDF, sendo estes ainda disponíveis para acesso.

Foram pesquisas realizadas com o intuito de responder a questão que norteou o trabalho abordando o tema sobre a importância do controle de infecção hospitalar em um bloco cirúrgico, investigando se os procedimentos relativos ao expurgo e a desinfecção se encontram em concordância com o disposto pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), bem como com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), dentro da unidade hospitalar. Os resultados encontrados foram citados ainda no corpo deste trabalho.

4 RESULTADO

Como resultados finais para o encerramento deste trabalho buscou-se saber o grau de conhecimento das enfermeiras sobre o controle das infecções hospitalares, quais as dificuldades encontradas, bem como os sentimentos de impotência relacionados frente ao cotidiano do trabalho, como também as dificuldades relacionadas as questões administrativas e técnicas que não favorecem o controle das infecções hospitalares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal arma dos profissionais da saúde contra as infecções hospitalares é a prevenção, onde medidas simples como a lavagem das mãos, o uso de EPIs e o cuidado na desinfecção de equipamentos e ambientes pode na verdade mudar essa realidade, porém a adesão a esses métodos ainda é muito deficiente, seja por descaso dos profissionais ou por parte da própria instituição pela falta de incentivo e apoio à implementação dessas práticas.

A prevenção de infecções hospitalares incluem principalmente ações educativas, a vigilância em hospitais. Pode-se, contudo, verificar que não foi possível esgotar o tema. Pelo contrário, muitas são as indagações pertinentes a ele. De certo, considera-se de grande valia, uma vez que o trabalho não esgotou o assunto, mas buscou responder as questões que se propôs este estudo, contribuindo de certa forma com as discussões sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1 Higienização das mãos em serviços de saúde [Internet]. Brasília: 2007. [citado 2011 Fe 27]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/portal/control-feccoes/documento-doe-manual-higienizacao-das-maos.pdf>.
- BARBOSA ME, VIEIRA MCU, ABBOT A. A eficácia da educação continuada na prevenção de acidentes com riscos biológicos: uma análise qualitativa. In: Anais do 6° Congresso Pan-Americano e 10° Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar; 2006 set. 11-15; Porto Alegre. Porto Alegre; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instruções para o controle das infecções hospitalares. Portaria 196/1983. Brasília, Diário Oficial da União, 26/03/83, p.19-23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Normas para o controle das infecções hospitalares. Portaria 930/1992. Brasília, Diário Oficial da União, 04/09//92, p.1227-86.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 140/87. Brasília, Diário Oficial da União, abril, 1987.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre normas destinadas ao controle de infecções hospitalares [Internet]. Brasília: 1998. [citado 2011 Fe 27]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos/normativos/legislacoes/atualizadas/atos-saude/control-feccoes-hospitalares/portaria-2616.pdf>.
- CARRILHO, C. M. D. M *et al*. Pneumonia em UTI: Incidência, Etiologia e Mortalidade em Hospital Universitário. RBTI - Revista Brasileira de Terapia Intensiva. v. 16 – n. 4, p. 222-227, 2004.
- CASTRO, Izabel Cristina Costa Pires de; BOSIO, Regina Shiraishi. Gestão do Controle de Infecção Hospitalar: Administrando a Qualidade do Serviço e a Marca do Hospital. In: VIII SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA. Rio de Janeiro, 2011
- CUNHA, Barros, Cohen, Juliana Vieira Frezza Bernardes. Aspectos relevantes da prevenção e controle de infecções hospitalares. 2016. Disponível em [HTTP://REVISTA.SAOLUCAS.EDU.BR/INDEX.PHP/RESC/ARTICLE/VIEW/666](http://revista.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/666)
- FERRAZ A . A . B. Infecção em ferida cirúrgica. , Rio de Janeiro, MEDSI, Cap. 20, p.267-275, 1997.
- FONTANA, Rosane T.; LAUTERT, Liana. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. *Rev. bras. enferm.*, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 257-261, maio/jun. 2006
- GIAROLA, L.B. Infecção Hospitalar na perspectiva dos profissionais de Enfermagem: um estudo bibliográfico. *Cogitare Enferm.* v.17, n.1, p.151-7, jan./mar. 2012. Disponível em: . Acesso em: 5 dez. 2020.
- GONTIJO, O. M. J. Avaliação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em Belo Horizonte: Proposta para incremento da resolatividade. Belo Horizonte, 1991. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Medicina Tropical.

KUNZLE, Sônia R.M. *et al.* Auxiliares e técnicos de enfermagem e controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico: mitos e verdades. *Rev. esc.enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 214-220, 2006. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 07 dez. 2020.

MELDAU, D. C. Prevenção da infecção hospitalar. *Info Escola*, 2010.

MOURA, M.E.B. *et al.* Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n.4, p. 416-421, 2007.

OLIVEIRA, C. C. S.; CARVALHO, H. R. L. F. Infecção Hospitalar: Principais agentes e drogas administradas. *Veredas Favip - Revista Eletrônica de Ciências*, v. 3, n. 1, 2007.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual – cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009. 211 p.

PEREIRA, Milca S. *et al.* A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 250-257,abr./jun. 200

RODRIGUES, E. A .C. Histórico das infecções hospitalares. São Paulo: SARVIER, cap.1, p.1-27, 1997.

RODRIGUES, Maria C.S. Um projeto interdisciplinar de controle de infecções hospitalares: passos para a implantação e possíveis desdobramentos. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 572-579, dez. 2006.

SOUZA, A. C. S *et al.* Desafios para controle de infecção nas Instituições de Saúde. Percepção dos Enfermeiros. *Ciencia Y Enfermeria*. Chile, v.8, n.1, 2002. Disponível em www.scielod/s/2002.