

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

MARIA OLIVIA DE OLIVEIRA SILVA

**INFECÇÃO HOSPITALAR: a atuação do enfermeiro
como elo referencial na prevenção e controle em
ambiente hospitalar**

**PATOS DE MINAS
2009**

MARIA OLIVIA DE OLIVEIRA SILVA

**INFECÇÃO HOSPITALAR: a atuação do enfermeiro
como elo referencial na prevenção e controle em
ambiente hospitalar**

Monografia apresentada à Faculdade de
Patos de Minas como requisito parcial
para conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Leonardo Gomes
Peixoto

**PATOS DE MINAS
2009**

SILVA, Maria Olívia de Oliveira.

Infecção Hospitalar: atuação do enfermeiro como elo referencial na prevenção em ambiente hospitalar / Maria Olívia de Oliveira Silva. Patos de Minas/MG, 2009, p. 46.

Monografia – Faculdade Patos de Minas – FPM

Orientador: Prof. Ms. Leonardo Gomes Peixoto

1 Enfermeiro 2 Prevenção e Controle 3 Infecção Hospitalar

Fonte: Faculdade Patos de Minas – FPM . Biblioteca 616.98 S586i.

MARIA OLIVIA DE OLIVEIRA SILVA

INFECÇÃO HOSPITALAR: a atuação do enfermeiro como elo referencial na prevenção e controle em ambiente hospitalar

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador:

Prof. Ms. Leonardo Gomes Peixoto
Faculdade Cidade Patos de Minas

Examinador:

Prof.
Faculdade Cidade Patos de Minas

Examinador:

Prof.
Faculdade Cidade Patos de Minas

Dedico esse trabalho aos meus pais pela
estimada ajuda.

Agradeço a Deus pelo dom da vida.

Aos professores da Faculdade de Patos de Minas em especial a meu orientador que tanto contribuiu para a realização deste estudo.

Se alguém procura saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrario abstêm-se de ajudá-lo.

Sócrates

RESUMO

Temáticas referentes à saúde são bastante vivenciadas no contexto das pessoas, principalmente no cotidiano dos profissionais de saúde. A infecção hospitalar tem recebido notória atenção por parte desses profissionais, especialmente pelos enfermeiros. Eles têm ligação direta com todos os segmentos dos hospitais estando bastante predispostos nesse processo. Esse estudo ressalta a prática do enfermeiro no controle da IH. Para tanto, o objetivo principal Identificar e analisar a atuação do enfermeiro mediante o controle e prevenção da IH até os dias atuais. Como metodologia de pesquisa Foi realizada pesquisa bibliográfica onde foi feita uma busca junto a livros, artigos científicos, revistas, monografias, teses, dissertações e sites na internet. Os resultados e as considerações finais ressaltaram que o enfermeiro é um dos profissionais mais requisitados no controle e prevenção da IH, sua ação deve está voltada para diversas práticas que privilegiam os processos de CIH.

Palavras-chave: Enfermeiro, Prevenção e controle, Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

Thematic referring the health sufficiently is lived deeply in the context of the people, mainly in the daily one of the health professionals. The hospital infection has received well-known attention on the part from these professionals, especially for the nurses. They have direct bonding with all sufficiently the segments of the premade use hospitals being in this process. This study the practical one of the nurse in the control of the IH standes out. For in such a way, the main objective To identify and to analyze the performance of the nurse by means of the control and prevention of the IH until the current days. As research methodology bibliographical research was carried through where a search next to scientific books, articles, magazines, monographs, teses, dissertações and sites in the Internet was made. The final results and considerações had standed out that the nurse is one of the professionals more requested in the control and prevention of the IH, its action must are come back toward diverse practical that they privilege the CIH processes.

Keywords: Nurse, Prevention y Control, Hospital Infection.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	- Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina
CCIH	- Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
CIH	- Controle da Infecção Hospitalar
IH	- Infecção Hospitalar
MS	- Ministério da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11	
1	INFECÇÃO HOSPITALAR	
1.1	Gênese da Infecção Hospitalar..... 14	
1.1.1	As contribuições Florence Nightingale.....	17
1.1.2	A Infecção Hospitalar da década de 50 aos dias atuais.....	18
2	CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA INFECÇÃO HOSPITALAR	
2.1	Classificação das infecções hospitalares..... 27	
2.2	Estratégias contra a infecção hospitalar..... 28	
2.3	Comissão de controle de Infecção Hospitalar e suas atribuições. 29	
3	O ENFERMEIRO E O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR	
3.1	A formação acadêmica do enfermeiro..... 33	
3.2	Atuação do enfermeiro..... 35	
4	MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR	
4.1	A importância do uso do antibiótico no combate a Infecção Hospitalar..... 38	
4.2	Desenvolvimento e prevenção da infecção do trato urinário..... 41	
4.3	Controle da infecção cirúrgica..... 42	
4.4	Infecção gastro intestinal..... 43	
4.5	Lavagem das mãos..... 43	
CONCLUSÃO.....	45	
REFERÊNCIAS.....	47	

INTRODUÇÃO

O controle da Infecção Hospitalar é relevante para um verdadeiro funcionamento de uma instituição hospitalar. Sabendo-se desta importância faz-se necessário a observação e o manuseio correto das atuais práticas e meios de prevenção.

A realização deste trabalho justificou-se pela necessidade de identificar e analisar a o surgimento, a prevenção e o controle da Infecção Hospitalar, além de fornecer aos profissionais da área de saúde, principalmente aos enfermeiros, temas como educação continuada dentro das instituições hospitalares onde atuam implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar objetivando a prevenção e controle da infecção.

De acordo com (Pereira et al, 2005) a Infecção Hospitalar é definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando a infecção puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A grande maioria das Infecções Hospitalares é causada por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro.

O presente trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica, descritiva e qualitativa sobre a infecção hospitalar. O objetivo principal deste trabalho foi Identificar e analisar a atuação do enfermeiro mediante o controle e prevenção da Infecção Hospitalar até os dias atuais. Lacerda e colaboradores mostraram ampla referência sobre a temática da Infecção Hospitalar, possibilitando assim reconhecer pressupostos sobre o tema em questão desde os seus primórdios até os dias atuais. Outra questão interessante é que tais autores apresentaram estudos teóricos e práticos capazes de fomentar o tema com segurança.

Este trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo mostra a gênese da Infecção Hospitalar até os dias atuais. O segundo capítulo ressalta as causas e conseqüências da Infecção Hospitalar mostrando a classificação das

infecções hospitalares bem como as estratégias no controle da Infecção Hospitalar. Também é dada referida importância a Comissão de controle da Infecção Hospitalar bem como suas contribuições. O terceiro capítulo enfatiza a ação do enfermeiro no controle da Infecção Hospitalar, é identificada também a sua formação acadêmica para melhor entendimento da temática. O quarto capítulo destaca medidas de prevenção e o controle da Infecção Hospitalar. Em seguida encontram-se as considerações finais deste estudo.

1 INFECÇÃO HOSPITALAR

Na atualidade são comuns questionamentos voltados para a prática da saúde. Neste recorte inúmeros assuntos são apontados tentando promover uma vida mais longa e saudável. A infecção hospitalar passou a existir neste contexto através do imperativo de promover melhores práticas de atendimento aos pacientes e menores tempos de internação. Além de tudo é um dado preocupante porque pode promover até mesmo a morte do indivíduo.

Segundo Lacerda (1997) a Infecção Hospitalar surgiu no período medieval, época em que foram criadas instituições para alojar pessoas doentes, peregrinos, pobres e inválidos. Este aglomerado de pessoas em ambiente confinado facilitava a transmissão de doenças. “No período Medieval as doenças não eram identificadas tampouco analisadas, assim em detrimento ao desconhecimento das mesmas não existiam práticas de controle destas contaminações”. (LACERDA, 1997, p. 111).

De acordo com Pereira (2005) o progresso da tecnologia e a evolução da ciência referente aos tradicionais métodos de exames bem como o surgimento dos métodos terapêuticos e a manifestação de atuantes multirresistentes aos agentes que exterminam os micróbios, chamados de antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar, tornaram as infecções hospitalares um entrave voltado para o bem-estar público. Fala-se de tradicionais métodos de exames porque eles não apresentavam exatidão e rapidez se comparados às estratégias usadas atualmente para diagnosticar enfermidades.

Juntamente a este progresso surgiu o reconhecimento e a necessidade de práticas voltadas para a saúde. Neste contexto vão surgir questionamentos voltados para o bem estar das pessoas. A população passa a perceber a necessidade de se identificar e analisar a doença tanto no contexto do hospital quanto social assim surge os pressupostos voltados para a epidemiologia. “A infecção hospitalar passou a ser definida como um pressuposto a ser analisado e questionado a fim de que se possam melhorar as condições de vida do paciente”. (PEREIRA, 2005, p. 148).

Pereira (2005) faz referência à definição de infecção hospitalar, bem como suas causas. De acordo com este autor:

A infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A grande maioria das infecções hospitalares é causada por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Isto pode ocorrer devido a própria patologia de base do paciente, procedimentos invasivos e alterações da população microbiana geralmente induzida pelo uso de antibióticos. (2005, p. 251).

O processo infeccioso desenvolve-se a partir da incapacidade de resistência do paciente para as bactérias apresentadas em seu organismo. Os mecanismos de defesas do corpo se tornam incapazes de lidar com os invasores surgindo assim a Infecção Hospitalar.

1.1 Gênese da Infecção Hospitalar

O surgimento das infecções hospitalares bem como suas medidas de controle está intimamente relacionado aos fatos históricos, sociais e culturais onde estabelecem íntima relação com os conceitos de saúde e de doença. Nesse sentido Foucalt, (1985, p.101) ressalta que “a Infecção Hospitalar surgiu no período medieval, época em que foram criadas instituições para alojar pessoas, doentes, peregrinos, pobres e inválidos constituindo, inclusive locais de separação e exclusão”. Por estarem aglomeradas em um espaço pequeno as pessoas ficavam mais suscetíveis as infecções, caso muito comum no período de guerras.

“No período medieval as causas das doenças eram salientadas através dos preceitos da religião, a sua cura também era voltada para a magia da igreja sendo o sobrenatural e a ausência da ciência a explicação para todos os males”. (NELSON, 2005, p. 99). Não importava a enfermidade que a pessoa possuía, todas ficavam abrigadas em um mesmo local. Muitas pessoas morriam porque não tinham os cuidados necessários para tratar da doença.

Neste os cuidados voltados para os doentes eram basicamente assistencialistas, onde eram feitos por religiosos e por outras pessoas sem

qualificação para lidarem com a saúde. Para Oliveira e Maruyama (2008) a assistência era feita mais por mulheres como religiosas e prostitutas. As mesmas não possuíam habilitação para lidarem com a doença, elas buscavam a salvação divina através do trabalho que elas realizavam. A preocupação era voltada para salvar a alma do doente e não o corpo não existindo a preocupação para com os cuidados terapêuticos e medicinais.

Para Oliveira e Maruyama (2008) com o passar dos anos surge à ascensão do capitalismo promovendo assim a valorização do corpo para o trabalho, pessoas sadias ofereciam mais lucro. Mediante esta temática aconteceu a necessidade de se elaborar um espaço onde os indivíduos poderiam ser medicados e tratados. Foi neste cenário que no século XVIII começaram a aparecer os primeiros indícios de cuidados específicos contra as doenças.

Para Nelson (2005) no século XVIII com o advento das ciências humanas e com a necessidade de disciplinar as pessoas através de instituições como o exército, as escolas e os hospitais as práticas hospitalares começaram a ser organizadas. As práticas médicas ditadas pelo empirismo na época medieval só começaram a cair na difamação muitos anos depois no século XVIII. Esse declínio aconteceu porque a ciência do empirismo caiu no descrédito em detrimento das ciências humanas gerando assim provação científica. Com o avanço tecnológico puderam ser criados medicamentos que privilegiavam tratar as doenças que ocorriam no meio em que as pessoas estavam inseridas.

Nesta perspectiva, Foucault (1985) mostra o novo modelo contra a Infecção Hospitalar: analisar a doença através de perspectivas da botânica e da história natural. Assim ela é vista como um processo que se desenvolve naturalmente em relação aos fenômenos do meio sendo o seu desenvolvimento observável. Se a transformação da planta poderia ser observada as modificações da doença no ser humano também poderiam ser notadas.

A água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doenças. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida para uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, com na medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiental, o regime, a alimentação, etc. (FOUCAULT, 1985, P. 107).

Desse modo, começava-se a identificar e analisar os fatores o processo da Infecção Hospitalar em detrimento as ciências naturais. A doença já não era mais explicada exclusivamente pelos preceitos religiosos e empíricos, os fatores do ambiente começaram a ser considerados no processo de identificação, análise e tratamento da doença.

Sua teoria está intimamente ligada às teorias científicas focalizadas atualmente como a Teoria de adaptação divulgada por Levine e Callista Roy, que reflete o ajustamento do homem no ambiente em que se encontra e a Teoria das necessidades que realça a habilidade do homem em sobreviver e satisfazer suas necessidades em contexto adverso.

Fernandes (2000) acrescenta que as transformações hospitalares aconteceram de acordo com os acontecimentos históricos, sociais e políticos da civilização. Com o advento do capitalismo surgiu a necessidade da mão de obra técnica, pessoas com boa saúde poderiam ser mais produtivas e conseqüentemente gerariam mais lucros para a empresa. Nesta perspectiva a sociedade civil é reorganizada necessitando agora de mão de obra especializada. A saúde acompanhou esta evolução, sendo que neste novo contexto privilegiaria a saúde.

Canguilhem (1977) ressalta que o capitalismo foi responsável pela passagem de uma prática individual médica, aquela exercida no período medieval, para uma prática médica coletiva. Isso porque o Estado passou a preocupar-se com o novo modelo social existente voltado para o desenvolvimento técnico das pessoas. Se ao corpo era dada relativa importância eram necessários cuidados referentes à corporeidade.

Para Lacerda (1997, p. 04):

Foram as observações, os registros e as coletas de dados coletivos sobre os corpos individuais que possibilitaram, gradualmente, o desenvolvimento de uma ciência de entidades patológicas, objetivando-se o corpo do homem enquanto das doenças e as doenças que se tornavam entidades patológicas a atenção e o desenvolvimento de ações voltavam-se para o corpo doente, as alterações das estruturas anatomo-fisiológicas. Modificou-se, por isso, o objeto do trabalho médico, que passou a ser a recuperação do corpo. Conseqüentemente, transformaram-se também e foram se desenvolvendo novos instrumentos de trabalho para se atuar mais eficazmente sobre esse corpo biológico, permitindo o desenvolvimento de um novo saber predominante na prática médica: o clínico.

O novo cenário clínico da prática médica propôs uma nova maneira de identificar e analisar a doença. Tanto o físico, o biológico e o meio devem ser

analisados segundo a perspectiva clínica. Juntamente com a nova concepção de doença surgiu um novo modelo de hospital dando origem a enfermagem moderna.

O advento da tecnologia e das ciências possibilitaram uma nova maneira de conceber o desenvolvimento do corpo. Conhecendo as transformações físicas e biológicas foi possível repensar novas práticas cirúrgicas e melhorar o controle das infecções hospitalares. Fernandes (2000) aponta que juntamente com a evolução da ciência e da tecnologia uma das maiores conquistas referentes a medicina foram os conhecimentos sobre a assepsia, anti-sepsia, desinfecção, esterilização e antibioticoterapia.

De acordo com Canguilhem (1977) a solução para os problemas patológicos não foram realizados dentro dos hospitais, mas fora deles em laboratórios onde foi e ainda é experimentada química em animais para a cura de diferentes doenças.

1.1.1 As contribuições Florence Nightingale

Silva e Santos (2001) fazem referências ao representante da enfermagem moderna. Para eles Florence Nightingale apresentou dados importantes voltados para a Infecção Hospitalar. Em 1859, ele formulou o primeiro conceito de enfermagem e definiu o seu objetivo: colocar o paciente nas melhores condições a fim de que a natureza desenvolva sua ação, após ter testemunhado a grande incidência de mortalidade entre os soldados devido à falta de higiene ambiental, durante a Guerra da Criméia. Florence cita os elementos que afetam a saúde é a sujeira, umidade, odores, correntes de ar, iluminação inter-relacionando com os aspectos psicológico, social e físico.

De acordo com Silva e Santos (2001) as contribuições de Florence Nightingale foram fundamentais na identificação e na análise dos processos da Infecção Hospitalar, através de seus pressupostos as infecções começaram a ser questionadas de forma sistemática, isto é começou a identificá-la através de processos. De acordo com esses autores Florence Nightingale contribuiu de forma decisiva no controle das infecções hospitalares. Este pensador propôs uma nova maneira de repensar os cuidados com o calor, a luz, a água e o solo. Para que a pessoa ficasse livre da Infecção Hospitalar era necessário que existisse um

ambiente limpo para que a mesma não proliferasse. Outra questão importante foi a ação de isolar a pessoa para que doenças não fossem transmitidas.

Na Inglaterra no séc. XIX, Florence Nightingale representou significativa importância histórica com sua contribuição na re(organização) dos hospitais e, conseqüentemente, na implementação de medidas para o controle das infecções hospitalares, como a preocupação voltada para os cuidados de higienização, o isolamento dos enfermos, o atendimento individual, a utilização controlada da dieta e a redução de leitos no mesmo ambiente, instituindo medidas de organização, sistematização do atendimento e treinamento de pessoal, especialmente as práticas higiênico-sanitárias que estabeleceu e que colaboraram para a redução das taxas de mortalidade hospitalar da época. Considerada a percussora da enfermagem moderna, era dotada de um talento raro muito à frente das pessoas de sua época, e seus conhecimentos e vivências práticas na assistência à saúde tem contribuído até hoje várias décadas depois da sua morte. (OLIVEIRA E MARUYAMA, 2008 p. 778).

1.1.2 A Infecção Hospitalar da década de 50 aos dias atuais

Para Silva e Santos (2001) a década de 50 pode ser considerada como o início de uma novo período para as Infecções Hospitalares e epidemiologias.

De acordo com Braga (1981) o período dos anos 50 aos 60 demarcam o atendimento aos doentes em hospitais públicos e de casas de misericórdia. A assistência era voltada mais para a prevenção do que para o tratamento. No final desta década o governo passou investir mais na saúde. Assim começaram a ser criados os primeiros hospitais particulares.

Para Fernandes (2000) O entendimento da Infecção Hospitalar na década de 60 ainda era explicada em detrimento as ações ambientais como a higiene, o ar, a água, o solo e também em atitudes procedimentais como o caso da higienização do ambiente. Nesse período começaram surgir novas ações e equipamentos capazes de diminuir os riscos das infecções hospitalares como o ar condicionado nos hospitais, a adoção de medidas de assepsia. Na década de 60 O Brasil começou importar algumas tecnologias médicas de países mais desenvolvidos, onde começou a realizar os primeiros transplantes.

Lacerda (2002, p. 57) aponta que na década de 60 “O setor mais presente é o berçário, local onde não se realizam procedimentos eminentemente invasivos, mostrando sua alta possibilidade de transmissão cruzada”. Este autor ainda mostra

uma linha histórica referente aos acontecimentos, assim no ano de 1961 os métodos de esterilização surgem juntamente com o controle nos berçários contra as infecções. No ano de 1964 a preocupação volta-se para o controle da infecção dentro dos hospitais. No ano de 1966 acontece o “Estudo da ação do paraformico nas bactérias em forma esporulada, estudo das condições bacteriológicas do hospital (1968)” (LACERDA, 2007, p.57).

Na década de 70 o Brasil vivenciava a Ditadura Militar, o contexto histórico era voltado para a ampliação da economia e da industrialização, neste cenário a população rural diminui e a urbana aumenta delegando maiores cuidados em relação à saúde. De acordo com Oliveira (1989) a indústria e o urbanismo requerem a assistência à saúde, em resposta a esta requisição o governo unifica a assistência previdenciária em acordo com o INPS onde este foi criado na década de 60. O objetivo dessa unificação era melhorar a qualidade da assistência aos doentes. Porém, esta estratégia não deu certo devido ao atendimento tecnicista, especializado voltado mais para o curativo. O Brasil preocupado com o seu desenvolvimento promoveu nesta década a vinda de indústrias multinacionais. No que se refere à saúde teve como consequência a ampliação das indústrias farmacêuticas e a aquisição de equipamentos hospitalares.

De acordo com Oliveira (1989, p. 57) que:

Uma condição para a aderência a este modelo foi a reforma universitária e em 1968, essencialmente tecnicista e privatizante, repercutindo sobre o saber e o ato médico. A assistência previdenciária unificada viabilizava a expansão de cobertura com a prioridade de contratação de serviços de terceiros. Com isso, os hospitais privados proliferaram, sem o concomitante controle de qualidade. Os fundos sociais financiam a juros baixos, a criação e a remodelação dos hospitais, além de favorecer a importação de recursos tecnológicos.

O problema da assistência previdenciária unificada é que o Brasil começou a trabalhar com mais recursos tanto financeiros quanto tecnológicos voltados para a assistência, mas não possibilitaram à vivência de práticas preventivas as doenças.

De acordo com Lacerda (2002, p. 58) na década de 70 o Brasil entrou na “era das Infecções Hospitalares modernas: endógenas e multiressistentes, tendo em vista as características dessa tecnologia, voltadas para as intervenções diagnósticas e terapêuticas invasivas e Imunossupressoras”. Nota-se que a definição de Infecção Hospitalar com características não só ambientais, mas também biológicas são

entendidas na década de 70. A Infecção Hospitalar moderna propõe que ela deve ser analisada sobre mais duas características a clínica e a individual. Cada ser humano possui um organismo diferente, para tanto suas defesas imunológicas também são distintas. O controle das infecções hospitalares aumenta seu foco, devem ser analisadas não só berçário, mas todos os espaços dos hospitais desde o centro cirúrgico até mesmo a lavanderia.

Os anos 70 acabaram por contribuir para a proliferação da Infecção Hospitalar endógena e exógena. O modelo da assistência médica e as tecnologias introduzidas no contexto brasileiro promoveram erros no cotidiano hospitalar, pois os profissionais de saúde não estavam tecnicamente preparados para lidarem com esta nova situação.

De acordo com Silva e Santos (2001) na década de 70 enquanto os hospitais americanos criavam novas estratégias no combate à infecção, o Brasil implantou um modelo tecnológico de cirurgia cardíaca, neste contexto surgiram às primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Essas comissões acabaram por requisitar o enfermeiro no controle das infecções e o reconheceu como fundamental neste processo.

Na década de 80 a Infecção Hospitalar foi alvo de grandes críticas. A mídia passou a divulgar casos de mortes causados pela Infecção Hospitalar, proporcionando a cobrança da solução desse problema. A consequência dessa crise promoveu várias denúncias, pois o governo não conseguia pagar todos os atendimentos, e os atendimentos que aconteciam não eram satisfatórios. Mediante a este cenário de descaso frente à saúde diversos setores da sociedade começaram a exigir estratégias de superação deste entrave.

No final da década de 80 a Infecção Hospitalar é realizada pela comparação de dois métodos da vigilância epidemiológica.

É nessa década que surgem as principais ações governamentais para validação e padronização de produtos e processos desinfetantes, anti-sépticos e esterilizantes. As pesquisas nacionais e o maior intercâmbio com centros internacionais favorecem melhor conhecimento de fontes de microorganismos, fatores de riscos e formas de transmissão permitindo discutir mitos e rituais de práticas tradicionais e novas tecnologias. A enfermagem produz contribuição importante, inclusive através de pesquisas. (LACERDA, 2002, p. 61).

Lacerda (2002) conta um caso interessante, para ele as questões voltadas contra a Infecção Hospitalar foram aumentadas em detrimento a morte do presidente Tancredo Neves que foi piorada por causa de uma manifestação de uma Infecção Hospitalar no ano de 1985.

Apesar das grandes críticas em detrimento a Infecção Hospitalar na década de 80 foram criadas algumas estratégias para promover as superações deste entrave. Neste período ela mostrou grandes avanços, foram aperfeiçoados os métodos de vigilância epidemiológica, o tempo de coleta de dados passou a ser mais rápidos sendo os mesmos aperfeiçoados através dos recursos tecnológicos, assim o diagnóstico e a interpretação dos dados era mais preciso e mais veloz.

Fernandes (2000) aponta outra questão importante da década de 80 que foi o desenvolvimento de atividades educativas sobre a Infecção Hospitalar. Pesquisas referentes ao controle da Infecção Hospitalar iam cada vez mais se aprimorando através de métodos de esterilização, da desinfecção, da anti-sepsia, da microbiologia, de estudos clínicos e bacteriológicos. O aperfeiçoamento das novas técnicas de controle das infecções hospitalares promoveu a idéia de que as práticas tradicionais deveriam ser abandonadas, assim novas metodologias deveriam ser elaboradas com o intuito de vivenciar novas tecnologias e modelos no combate a Infecção Hospitalar.

Nesta mesma época vários Estados do Brasil adequou ao modelo de CCIH, apresentado 10 anos atrás pelos EUA. No ano de 1997 o Ministério da Saúde (Brasil) aprovou a Lei 9431, tornando obrigatório a presença da CCIH e do Programa de Controle da Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros.

A identificação e a mobilização mais intensa para o controle de infecção hospitalar (CIH) em âmbito internacional iniciam-se na década de 50 nos países desenvolvidos evidenciando a IH endógena e multi-resistente. No Brasil o reconhecimento generalizado dessa nova modalidade de Infecção Hospitalar, assim como as demandas para o seu controle só vem acontecer em meados da década de 70, estando intimamente relacionada com o modo de desenvolvimento da sociedade brasileira e com as políticas adotadas para o setor da saúde, portanto não ocorrendo simultaneamente com os países da Europa e dos E.U.A. (LACERDA, 1997, p. 17)

Nota-se que o controle da Infecção Hospitalar no Brasil surge 20 anos mais tarde se comparados a países do primeiro mundo. Isso significa que os estudos brasileiros atrasaram 20 anos se comparados com os referidos países.

Para Silva e Santos (2001) a década de 90 promoveu a devida importância para o controle da Infecção Hospitalar. Esse controle deveria ser desenvolvido através de ações técnicas. Nesta perspectiva os profissionais de saúde deveria se qualificar, principalmente o enfermeiro para atuar na CCIH.

Na década de 90 o Brasil vivenciava o Neoliberalismo. O governo preconizava a universalização dos direitos do cidadão nos diversos segmentos da sociedade, porém esse modelo não conseguiu adequar-se a realidade brasileira, dependente de capital estrangeiro. A consequência foi o endividamento externo promovendo grandes crises no setor de saúde. O Sistema Único de Saúde não conseguia atender com qualidade as pessoas que necessitavam desse serviço promovendo uma dicotomia no bem-estar do ser humano, por um lado as pessoas que tinham condições acabavam por pagar por planos de saúde, e os indivíduos que não tinham condições financeiras eram beneficiárias do SUS.

A política do Sistema Único de Saúde era promover a assistência das pessoas, porém isso não aconteceu na prática acabando por se transformar em um modelo excludente.

De acordo com Brasil (1998), na década de 90 foi vivenciado um paradigma em relação à assistência hospitalar. De um lado havia a CCIH que visavam amenizar ou até mesmo excluir a Infecção Hospitalar nos hospitais. De outro, essa comissão tomava muito tempo na coleta de dados epidemiológicos ficando mais a margem da teoria do que da prática. Assim através da Portaria 2616/98 ficou especificado que os hospitais deveriam promover mais práticas mais abrangentes de assistência e controle da Infecção Hospitalar.

Desse modo, era necessário compreender a Infecção Hospitalar de maneira geral, ou seja, seria necessário analisar tanto a predisposição do paciente quanto os ambientais no qual ele estava inserido.

De acordo com Lacerda (2002) o advento da AIDS, da hepatite B e C e da tuberculose no Brasil e no mundo também promoveu grandes mudanças no processo de prevenção da Infecção Hospitalar. Isso aconteceu porque essas epidemias acabaram por gerar novas infecções hospitalares. Surge então um novo modelo de Infecção Hospitalar a ocupacional.

A seriedade a mortalidade, o escasso conhecimento sobre a enfermidade demandou dos hospitais e dos profissionais da saúde rápidas e eficazes medidas de prevenção. De acordo com Pereira (2005), este fato foi o mais significativo no

controle da Infecção Hospitalar em todo o mundo. Em decorrência das medidas epidemiológicas da década de 80 foram publicadas as normas de precaução e isolamentos contra as doenças infectam contagiosos e contra a Infecção Hospitalar.

A década de 90 é marcada pelos estudos experimentais sobre microorganismos causadores da Infecção Hospitalar, pressupostos voltados para a resistência, produção, transmissão e fatores de risco embasam as referidas análises. Os procedimentos técnicos da equipe de enfermagem no controle da Infecção Hospitalar também são enfatizados nesta década.

Os procedimentos técnicos do profissional de enfermagem deveriam propor melhores condições de assistência, para tanto, era necessário reconhecer e identificar as situações que acontecia a Infecção Hospitalar para posteriormente elaborar processos que garantissem a superação deste entrave ou até mesmo ações que pudessem preveni-la.

Outra questão que mereceu importância foi à constatação dos riscos que os profissionais da saúde corriam em adquirir infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Desse modo, passou a ser feita avaliações sobre os riscos que os profissionais de saúde corriam no exercício de sua prática. As referidas avaliações promoviam maiores cuidados e atenção referente aos processos de internação, de cirurgia, de limpeza e de permanência do paciente nos hospitais.

Atualmente as práticas voltadas para o controle da Infecção Hospitalar devem ser elaboradas de forma universal e contextualizadas. Para tanto, Lacerda (2002, p. 62) identificou três níveis em que as referidas práticas devam acontecer “(1) na qualificação da assistência hospitalar em geral, 2) na elaboração de políticas de saúde, que se refiram a modelos e modos de produção dessa assistência, 3) Na responsabilização do CIH a setores intra e extra-hospitalres, além da CCIH”. Nota-se que a CIH deve acontecer de maneira a atender todos os segmentos dos hospitais como lavanderia, refeitório, leitos, sala cirúrgica. Também deve ser evidenciadas práticas de educativas explicativas onde o tema da Infecção Hospitalar deve estar presentes nos diversos modos de comunicação propondo maior entendimento do tema tanto para os profissionais da saúde quanto para as demais pessoas da comunidade.

O contexto atual é marcado pela aceleração tecnológica e os avanços da ciência. Desse modo, o CIH deve evidenciar pesquisas de superação aos problemas da Infecção Hospitalar. Nesta perspectiva Lacerda (2002, p. 63) afirma que:

(...) compatibilidade de uso de barreiras microbiológicas, uso de produtos químicos, processamento de materiais, adequação de ambiente, etc. Resultados esses, que só podem ser obtidos pela continuidade de pesquisas aplicadas e experimentais que evidenciem mitos e rituais, ou que detectem novas necessidades ainda não reveladas.

Pesquisas e experimentações devem ser usadas em prol da CIH. Através dela os profissionais da saúde principalmente os enfermeiros são capazes de elucidar os mitos e as práticas desnecessárias em relação à Infecção Hospitalar, promovendo assim melhores condições de trabalhos e técnicas eficazes no controle dessa problemática.

2 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA INFECÇÃO HOSPITALAR

A Infecção Hospitalar é adquirida tanto em detrimento a sensibilidade do indivíduo quanto em relação às condições clínicas dos procedimentos hospitalares. Ela é um problema não apenas de saúde pública, mas também de ordem social e educacional. Para tanto, necessita de uma ampla análise referente às suas causas e consequências. O profissional da saúde deve estar atento a essas premissas, pois ele é o responsável pelo controle da infecção.

De acordo com Antonello e Godoi (2007), o espaço hospitalar é suscetível de infecções porque nele circulam diferentes pessoas, objetos e alimentos que acolhem dessemelhantes hospedeiros e microorganismos. Neste espaço a Infecção Hospitalar ocorrerá ou não dependendo das medidas de controles infecciosos tanto das pessoas ali presentes quanto do espaço do hospital. Referente à área hospitalar o ambiente pode ser classificado em: áreas não críticas, áreas semi-críticas e áreas críticas. As áreas não críticas são aquelas usadas para outros fins que não seja o operatório ou o pós-operatório como os espaços para exames, os sanitários, a área administrativa entre outros. As áreas semi-críticas são compostas por pessoas que têm doenças não infecciosas. Nas áreas críticas são hospitalizadas pessoas que possuem uma maior incidência de contrair a Infecção Hospitalar como, por exemplo. As dependências de maior risco são: as salas de parto, a UTI, sala de cirurgia, os berçários, a cozinha, o lactário e até mesmo a enfermaria onde doenças comunitárias primárias circundam.

O potencial de contaminação nesses lugares é grande sendo necessária higienização e desinfecção constante do piso, as macas, as cadeiras de rodas, as roupas de cama, das paredes, dos banheiros, dos aparelhos utensílios a serem utilizados e até mesmo o próprio paciente. A pessoa que faz a limpeza ou desinfecção também deve se cuidar usando avental, botas e luvas. A limpeza e a desinfecção devem acontecer de acordo com a área de risco dos ambientes, lugares

com maiores probabilidades de contaminação devem ser limpos mais frequentemente e com produtos adequados, os demais devem ser higienizados com menos rigor.

Concernente as suas causas o sujeito ao chegar ao hospital apresenta modificações em sua flora microbiana podendo contrair infecção hospitalar quando as defesas do corpo não são suficientes para combater a propagação microbiana.

Nesta perspectiva Figueireido (2007, p. 374) afirma que:

Se aceita que as infecções hospitalares resultem basicamente da diminuição das defesas anti-infecciosas do cliente (locais ou sistêmicas), que permite o desenvolvimento excessivo de sua microbiota e a consequente invasão dos tecidos estéreis do seu organismo.

Lacerda (1987) afirma que a Infecção Hospitalar é causada por fatores externos e internos, isto é fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são determinados pelo próprio organismo do paciente. Os fatores extrínsecos estão voltados para os métodos e procedimentos hospitalares onde atenuam a resistência à contaminação. Desse modo, a origem da Infecção Hospitalar pode ser autógena ou exógena. Autógena quando o desenvolvimento da infecção acontece em detrimento da microbiota do indivíduo, sendo esta de procedência comunitária, adquirida fora do contexto hospitalar. Exógena quando o paciente adquire a infecção durante o período que está no hospital, este está ligada basicamente a falta de métodos e planejamento.

Os agentes etiológicos da Infecção Hospitalar podem ser definidos de *patógenos primários* e *patógenos secundários*. Os patógenos primários são capazes de contaminarem hospedeiros saudáveis. Como exemplo pode ser citado agentes etiológicos do sarampo, da febre, da tuberculose entre outros. Os agentes etiológicos patogênicos secundários são adquiridos desde o nascimento da pessoa e perdura até a sua morte.

A assepsia consiste na conjuntura das ações adotadas para impedir a chegada de germes ou impurezas a locais que não os dominam impedindo assim um contato infeccioso. O domínio da Infecção Hospitalar é marcada basicamente pela capacitação que o enfermeiro deve ter na organização do ambiente livrando-o do risco das infecções hospitalares.

Algumas Infecção Hospitalar podem ser previsíveis e evitadas outras não. Prevenir a infecção Hospitalar é adotar medidas de prevenção que vão desde o lavar as mãos até a higienização dos equipamentos e do lugar onde o paciente está inserido.

Nesta perspectiva Pereira (2005, p.251) afirma que:

Algumas Infecções Hospitalares são evitáveis e outras não. Infecções preveníveis são aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão dos microorganismos. A interrupção dessas medidas pode ser realizada por meio de medidas reconhecidamente eficazes como a lavagem das mãos, o processamento dos artigos e superfícies de utilização dos equipamentos de proteção individual, no caso do risco laboral e a observação das medidas de assepsia. Infecções não preveníveis são aquelas que ocorrem a despeito de todas as preocupações adotadas, como se pode constatar em pacientes imunologicamente comprometidos, originárias a partir da sua microbiota.

Para Pimentel (2009) as taxas mais altas de Infecções Hospitalares são encontradas em pacientes com mais de 50 anos, nos serviços de operação, terapia intensiva e nos estudos dos tumores, observando suas causas, estrutura e tratamento. Entre as infecções hospitalares, que promovem maiores mortalidade e a capacidade de produzirem doenças estão as sepses por *Staphylococcus aureus*.

As conseqüências da Infecção Hospitalar apresentam pressupostos voltados para o tempo de recuperação do paciente, para a sua saúde e para os gastos voltados para o doente e/ou para o hospital. A Infecção Hospitalar promove um atraso na recuperação do paciente promovendo assim sua maior permanência no hospital e conseqüentemente maiores gastos no tratamento.

2.1 Classificação das infecções hospitalares

As infecções hospitalares são consideradas em combinação com sua localização corporal. As fundamentais infecções são as infecções urinárias, cirúrgicas, broncopulmonares e septicêmicas. Para tanto é necessário identifica-las e analisa-las.

O ímpeto de contaminação num corte é calculado pela potencialidade de infecção da mesma, isto é, a quantidade de bactérias presentes no tecido operado.

As intervenções cirúrgicas são divididas em limpa, potencialmente limpa, contaminada e infectada.

Atualmente a maioria das supurações é de origem endógena, elas ocorrem em feridas contaminadas. Referente à supuração da ferida limpa elas acontecem em detrimento à falta de cuidado “no manejo de vísceras, debridamento inadequado de tecidos necróticos, drenagem insuficiente de líquidos nos espaços tissulares, tensão demasiada nas pontes” (FIGUEIREDO, 2007, p. 375).

Aproximadamente 30% das infecções hospitalares de um hospital geral localizam-se no trato urinário e tem como causa uma patologia urinária predisponente ou uma cateterização vesical. Cerca de 20% localizam-se na ferida ou na cavidade operada (...). A infecção da ferida cirúrgica depende do número inicial de microorganismos e do estado dos mecanismos locais de defesa para controle da manipulação destes. O conceito de que a infecção incisional depende fundamentalmente do número de microorganismos presentes na ferida foi sugerido por cirurgiões franceses durante a Primeira Guerra Mundial. (FIGUEIREDO, 2007, p. 375).

As infecções bronco pulmonares são complicações estruturais e/ou funcionais produzidas por doença no organismo pulmonar não infecciosa ou de instrumentação do trato respiratório do sujeito. As demais infecções hospitalares são bastante heterogêneas podendo ser: supuração de ulcera de decúbito, queimaduras, lesões traumáticas, matites, endometrites entre outras.

2.2 Estratégias contra a infecção hospitalar

A infecção hospitalar abrange fatores sociais, históricos e biológicos. Dessa maneira, seu controle requer cuidados não apenas em nível hospitalar, mas também social.

As infecções hospitalares são as mais frequentes e importantes complicações ocorridas em pacientes hospitalizados. No Brasil, estima-se que 5% a 15% dos pacientes internados contraem alguma infecção hospitalar. Uma infecção hospitalar acresce, em média, 5 a 10 dias ao período de internação. Entre os principais meios de prevenção incluem-se a lavagem de mãos, isolamento de doenças transmissíveis

e medidas específicas para cada sítio de infecção. A prevenção das infecções hospitalares deve constituir o objetivo de todos os profissionais de saúde.

A infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Para Turrini & Santo (2002) “As maiores taxas de infecção hospitalar são observadas em pacientes nos extremos da idade e nos serviços de oncologia, cirurgia e terapia intensiva” (p.485).

De acordo com Pimentel (2009) o risco de adquirir infecções hospitalares é determinado pela suscetibilidade do cliente, uma vez que, este paciente apresenta alterações significativas em sua flora microbiana, tais alterações resultam em infecção quando suas defesas não são suficientes para controlar a multiplicação microbiana.

2.3 Comissão de controle de Infecção Hospitalar e suas atribuições

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH é a principal agente no combate das Infecções Hospitalares, porém esta ação deve ser coletiva e individual. Coletivo porque precisa da integração de todos os membros e individual porque cada profissional deve ter responsabilidade na execução de seus afazeres.

Pereira (2005) enfatiza a crítica que deve ter um maior relacionamento entre a equipe da CCIH com os demais membros do hospital, pois às vezes o trabalho dessas comissões acaba por excluir a responsabilidade pessoal de cada profissional retribuindo assim um amplo poder às comissões sendo estas consideradas como superiores e não como parceiros.

De acordo com Lacerda (2002, p. 61)

Enquanto isso as principais conquistas no CIH evidenciam-se em estudos experimentais controlados sobre microorganismos e suas resistências, fontes e modos de transmissão, fatores de risco, além de procedimentos técnicos, esses últimos com participação ativa da enfermagem.

Turrini e Santo (2002) fazem referências à gênese da CCIH e ponderam as medidas de segurança adotadas pelos enfermeiros.

A CCIH surgiu na década de 1970 com a preocupação em se conhecer os índices de infecção hospitalar, e tem como principal responsabilidade, a implantação de ações de biossegurança, que corresponde à adoção de normas e procedimentos seguros e adequados à manutenção da saúde dos pacientes, dos profissionais e dos visitantes. O uso de tais medidas pressupõe que todos os profissionais podem ser potencialmente infectados com patógenos, e os acidentes com materiais perfurocortantes é considerada uma urgência médica, sendo indicado o atendimento o mais precoce possível, embora alguns profissionais dêem pouca importância a esse fato pelo motivo de acharem que não irá causar danos para a saúde. (TURRINI & SANTO, 2002, p.485).

A CCIH tem como missão promover a política de prevenção e controle contra a IH, porém os demais membros possuem a obrigação individual de vivenciar a política delimitada pelas constituições. O CIH dependerá do trabalho conjunto da CCIH e dos demais profissionais que trabalham no hospital.

No combate e prevenção contra os agentes da Infecção Hospitalar são vivenciadas inúmeras práticas secundárias que devem ser vivenciadas entre todos os setores do hospital desde a esfera administrativa, os auxiliares de serviços gerais até os profissionais de saúde. Desse modo, existe uma infinidade de ações que devem ser vivenciadas de forma conjunta. São elas:

Boas práticas assistenciais decorrem da integração de todos os setores e o controle da infecção vem assumindo um papel relevante de acessoria. Ele interage com a saúde ocupacional, em medidas de controle referentes a afastamentos de profissionais, imunizações e prevenção de patologias de aquisição hospitalar, atua em conjunto com a comissão interna de prevenção de acidentes, principalmente na ênfase as precauções padrão; nas comissões de revisão de prontuários e óbitos, pois fornecem subsídios para a detecção de casos de infecção hospitalar e seus fatores de riscos; na padronização de materiais e insumos, procurando racionalizar o custo/benefício das medidas de controle das infecções em relação as tecnologias oferecidas; farmácia e medicamentos com padronização de antimicrobiano; auxilia comissões de controle de qualidade por meio de seus indicadores epidemiológicos; integração à administração auxiliando nas decisões sobre conveniência e prioridade no investimento em tecnologia. Além disso, assessora a instituição e seus membros em processos jurídicos. (FERNANDES, 2000, P. 129).

Dentre os principais meios de prevenção da Infecção Hospitalar incluem-se vários procedimentos de grande importância como, o isolamento de doenças transmissíveis, medidas específicas para cada sítio de infecção e sobretudo com

grande ênfase, antes de ser realizado cada procedimento, a lavagem correta das mãos.

Souza (2000) aponta as estratégias no combate na prevenção da infecção hospitalar. São elas:

(...) estrutura organizacional que envolve políticas governamentais, institucionais e administrativas, relações interpessoais e intersetoriais, no trabalho e na normalização do serviço; batalha biológica que aborda a identificação de novos microorganismos e a ressurgência de outros, bem como a resistência aos antimicrobianos; envolvimento profissional com enfoque para a falta de conscientização do 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; medidas de prevenção e controle. (SOUZA, 2000, p.09).

Referente às estratégias no combate a Infecção Hospitalar o enfermeiro constitui-se como fator principal. Desse modo sua atuação é voltada para quatro campos: administrativo, assistencial, ensino e pesquisa.

De acordo com Silva e Santos (2001) a CCIH deve desenvolver diferentes atividades. São elas: atividades de coleta, divulgação dos dados de Infecção Hospitalar, atividades de vigilância de eventos e condições que afetam o risco de ocorrência de infecções, notificação compulsória de zoonoses, avaliação de recursos químicos, recursos materiais e procedimentos, educação continuada, acessória em projetos relacionados a arquitetura física, segurança no trabalho e vigilância de eventos em condições que afetam o risco de ocorrência hospitalar.

3 O ENFERMEIRO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

As ações de prevenir e combater a infecção hospitalar deve partir de um trabalho conjunto entre todos os profissionais da saúde. Somados ao trabalho de equipe surgem os recursos tecnológicos que visam também aperfeiçoar o atendimento nas internações e cirurgias.

Nesta perspectiva Ferreira (2005, p. 253) afirma que:

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 o seu papel bem definido e cumpri-lo com a máxima competência, procurando agir de acordo com os princípios básicos de sua profissão.

Opina Nelson (2005) que o enfermeiro é o profissional mais requisitado e capacitado para atuar no controle da infecção hospitalar, visando à adequação do ambiente como: das vestimentas, dos leitos, dos consultórios, das enfermarias e outros elementos próximos, utilizando de seus conhecimentos técnicos e científicos para que se mantenha um equilíbrio do ambiente de trabalho em todas as suas formas.

Na literatura, o papel do enfermeiro é preconizado em quatro áreas a saber : administrativa, assistencial, ensino e pesquisa. No papel administrativo, o enfermeiro realiza o planejamento, a organização, a direção e o controle das atividades desenvolvidas nesta unidade. No papel assistencial, elabora um plano de cuidados, utilizando metodologia científica para prestar assistência individualizada e o papel de ensino é relevante porque estimula o enfermeiro a buscar conhecimento para propiciar o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem. Como pesquisador, ou seja, em equipe, poderá demonstrar a diferença que existe entre uma assistência que deriva da utilização de conhecimento científico comparada ao cuidado prestado, orientando para o cumprimento de tarefas, normas e rotinas. (LACERDA, 2009, p.01).

De fundamental importância para a prevenção e controle da infecção hospitalar é a implantação da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar,

composta por profissionais do corpo clínico, enfermagem e administrativo; capazes de elaborar um programa de prevenção, controle e assistência das infecções hospitalares, de acordo com as leis vigentes e características de cada hospital.

O enfermeiro deve atentar para todas as formas de poluição do ambiente que possam comprometer o equilíbrio interno do paciente, sua homeostasia, tendo a sabedoria de que o risco existente para se adquirir uma infecção não se restringe só a hospitais com internação, nem só os de procedimento de maior complexidade. É um risco que corre diante de qualquer procedimento, seja ele mais ou menos complexo.

A Portaria de número 2616, publicada no ano de 1998 estabeleceu que o enfermeiro devesse compor a equipe de profissionais no combate da Infecção Hospitalar.

3.1 A formação acadêmica do enfermeiro

A reflexão sobre os paradigmas da formação acadêmica do enfermeiro deve ser evidenciada com o intuito de reconhecer as transformações nos cursos de enfermagem sejam eles técnicos ou universitários, ou seja, reconhecer o atual processo pedagógico do profissional de enfermagem requer identificar e analisar a sua origem até a atualidade.

Para Costa e Miranda (2009) a institucionalização da graduação em enfermagem foi feita pela Lei 775/49. A formação do enfermeiro nesta época foi essencialmente retrocedida para a técnica operacional, centrada na atmosfera hospitalar. As faculdades não tinham autonomia para elaborar o currículo vivenciando uma educação tradicional voltadas apenas para as questões de assistência. Questões voltadas para o social e para a saúde pública não eram evidenciadas na grade curricular da enfermagem nesta época. Mediante a preocupação com o social e com a mão de obra especializada o governo foi recebendo críticas referentes à atual formação dos enfermeiros sendo necessário uma reformulação no processo educativo desse profissional.

Alguns anos mais tarde exatamente no ano de 1996 o Brasil criou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, onde dava as Universidades autonomia

acadêmica e flexibilidade curricular. A organização das instituições escolares poderiam a partir dessa nova Lei reorganizar o seu processo educativo. E foi isso que aconteceu com os cursos de enfermagem, passou a ser elaborados cursos mais flexíveis, criativos e inovadores comprometidos com a saúde tanto dentro do hospital, quanto fora dele.

Na enfermagem, especificamente, as ações em defesa da formação de enfermeiros competentes, éticos comprometidos com a qualidade da assistência em saúde no país foram alavancadas há muitos anos, como resultado efetivo da categoria nos movimentos nacionais político-sanitários da década de 1980 em busca de melhorias na situação de ensino, da construção de estratégias pedagógicas e de ações relevantes para a educação em enfermagem. (COSTA e MIRANDA, 2009, p.303)

Desse modo, no ano de 1994 o MEC cria a Portaria 1721/94 que estabelecia que a formação do enfermeiro devesse ser contextualizada voltada tanto para os problemas individuais quanto coletivos, embasando métodos clínicos e epidemiológicos. Outra questão acrescentada foi a de que o enfermeiro deveria trabalhar com atividades terapêuticas, administrativas e educativas. De acordo com essa nova Portaria, no que se refere à Infecção Hospitalar o enfermeiro deve ser capaz de propor práticas educativas de CIH em todos os segmentos do hospital, bem como na família.

Para Lacerda (2002), a formação acadêmica do enfermeiro passou por diversas transformações. Na década de 70, por exemplo, apesar de marcada pelos recursos tecnológicos, no que se refere à saúde houve uma falta de mão de obra especializada, assim médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde não tinham as habilidades necessárias para trabalharem tanto com os recursos quanto com as medidas de prevenção.

De acordo com Costa e Miranda (2009) várias ações estão transformando as práticas voltadas para a saúde: edificação do SUS, fundação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, as transformações, sociais, econômicas e tecnológicas são alguns exemplos. Várias inovações promovem a mudança de currículos, levantam pedagógicas voltadas para o profissional de saúde, sobretudo no que se refere ao enfermeiro.

Na sua formação os conteúdos e currículos na área da saúde devem está voltados para disciplinas específicas que garantem a identificação e a vivência de

ações favoráveis contra a Infecção Hospitalar. O estágio é um ótimo momento de fomentação entre teoria e prática. As disciplinas trabalhadas devem promover a interdisciplinaridade, isto é tratar todas as matérias em conjunto, pois uma é subsídio para a outra.

3.2 Atuação do enfermeiro

Nota-se que a atuação do enfermeiro é ampla voltada para os setores da administração da assistência, da educação e da pesquisa. Alusivo a administração o enfermeiro deve propor ações de CIH no ambiente em que trabalha promovendo capacitação para as pessoas que diretamente trabalham com ele. Referente a educação ele é um dos responsáveis em promover informações na prevenção e combate da Infecção Hospitalar, podendo ser trabalhado tanto com os colegas quanto com a família e com o paciente, isto porque a infecção pode ser adquirida tanto no hospital quanto fora dele.

Lacerda (2002, p. 62) faz referencias a atuação do enfermeiro na década de 90.

Assim como na produção geral a de enfermagem, sobre a organização de CCIH , vigilância epidemiológica e papel da enfermeira de CIH perdem fôlego. Tais fatos podem ser atribuídos a duas causas. Uma delas, é que o CIH através de um processo de trabalho já bastante divulgado e sedimentado não demanda tanto a continuidade de estudos. Outra se refere provavelmente a própria perda da expressão do enfermeiro como um dos agentes principais da CCIH. A repercussão política e econômica da IH promove disputas de interesses e de representações, colocando em cena nova agente, principalmente, os médicos infectologistas que, apesarem de não estarem legalmente consolidados pela legislação, atualmente dominam esse processo de trabalho, ficando o enfermeiro em muitos casos, meramente coletando dados e elaborando indicadores de Infecção Hospitalar. Enquanto isso acontece na prática, a produção científica da enfermagem começa a abordar novos temas como a preocupação com o ensino de Infecção Hospitalar.

O controle da infecção hospitalar está predisposto a inúmeros fatores, um de fundamental importância é o preparo do profissional de saúde. Voltando mais especificamente ao papel dos enfermeiros o mesmo, deve aliar teoria a prática, mas isso só será possível através do intercâmbio dos cursos de formação de enfermeiros

e das instituições de saúde. Os mesmos deverão colocar em prática os conhecimentos adquiridos nos bancos escolares. O aluno deve estar em constante contato com os preceitos e com as leis que regulamentam todo o processo de combate a Infecção Hospitalar.

Referente a sua prática o enfermeiro deve está bastante atento ao ambiente que trabalha, ele deve adequar o ambiente através de suas próprias roupas e da organização dos leitos, dos ambulatórios e dos próprios objetos de trabalho.

A prática do enfermeiro deve propor a educação na saúde, onde as pessoas são capazes de ponderar as práticas de CIH, vivenciar valores, identificar problemas, propor soluções, promover informações e medidas de prevenção contra a Infecção Hospitalar.

De acordo com Lacerda (2003, p.09):

(...) É preciso considerar que a Infecção Hospitalar não é qualquer doença infecciosa, mas decorrente da evolução das práticas assistenciais formadas no modelo assistencial de característica curativa no qual predominam os procedimentos invasivos tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica. Desse modo, não se trata meramente de um fenômeno meramente biológico e universal e sim histórico social.

A prevenção da Infecção Hospitalar recai principalmente sobre o profissional de enfermagem, porém esta deve ser vivenciada por todos os outros profissionais da instituição hospitalar. O enfermeiro deve buscar seu aprimoramento profissional através de informações, debates, treinamentos e cursos que vislumbrem o CIH.

4 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

As medidas de controle da Infecção Hospitalar são diversas e usadas em diferentes situações. Estas não devem ser exercidas apenas pelos responsáveis da CCIH. Além das medidas adotadas por esta comissão as pessoas que trabalham nos hospitais devem estar atentas para os diferentes tipos de infecção bem como seu tratamento e prevenção. Desse modo para que aconteça a prevenção é necessário que primeiramente exista a identificação dos possíveis problemas ou daqueles que venham a surgir.

Para Figueiredo (2007) reconhecer os problemas inerentes a Infecção Hospitalar requerem primeiramente a identificação da classificação anatômica das diferentes infecções. Assim elas estão divididas em três grupos: o primeiro grupo está voltado para as infecções broncopulmonares, o segundo grupo faz referências as septicemias hospitalares, e o terceiro grupo mostram-se bastante heterogêneo.

Nesta perspectiva Figueiredo (2007, p. 376) afirma que:

As infecções broncopulmonares correspondem aproximadamente 15% do total de infecções hospitalares em um hospital geral. Essas infecções basicamente são complicações de patologia pulmonar não infecciosa ou de instrumentação do trato respiratório do cliente. As septicemias hospitalares representam 13% e resultam da disseminação de um foco endógeno-cutâneo, respiratório geniturinário ou intra-abdominal, ou de um foco exógeno representado pela contaminação de cateteres, equipos ou soluções endovenosas. O restante das infecções hospitalares é constituído por um grupo bastante diversificado, que inclui supuração de úlcera de decúbio, queimaduras, lesões traumáticas, mastites, endometrites, entre outras.

Cada um dos grupos apresentados requer técnicas diferentes voltadas para o controle e a prevenção da infecção, isso porque as causas das mesmas não são iguais. Para cada realidade existe um diagnóstico específico. Desta maneira é necessário que os profissionais da saúde principalmente os enfermeiros fiquem atentos para esta questão.

Antonello e Godoi (2007, p. 02) também fazem referências aos tipos de Infecções Hospitalares. Eles fazem os seguintes comentários:

Do trato urinário sendo assintomática diagnosticada pela cultura da urina, ou sintomática pelos sintomas como dor lombar, suprapúbica e outras. Do trato respiratório superior com manifestações de infecções do nariz, garganta e ouvido, simples ou combinada; inferior com tosse, dor torácica, escarro purulento e outras. Cutâneas em queimados com existência de secreção purulenta ou sinais de bacteriemia outras como dermatites e úlceras de decúbitos; cirúrgicas – qualquer ferida cirúrgica que elimine secreção purulenta. Endometrite – corrimento cervical purulento acompanhado por manifestações locais de infecção ou sistêmicas.

De acordo com ABMC (2008) os estudos das doenças e as estratégias utilizadas no combate as infecções hospitalares são áreas ativas que sofrem modificações constantemente. Isso acontece devido a ocorrência cada vez mais acelerada das transformações tecnológicas e científicas. A identificação dos mecanismos de transmissão das infecções aliadas aos diagnósticos laboratoriais proporcionou medidas mais eficazes e rápidas para o CIH.

4.1 A importância do uso do antibiótico no combate a Infecção Hospitalar

Costa (2009) ressalta que o antibiótico é uma substância que tem a capacidade de interagir com os microorganismos unicelulares ou pluricelulares que causam infecções no organismo. Os antibióticos interferem com estes microorganismos, matando-os ou inibindo seu metabolismo e/ou sua reprodução, permitindo ao sistema imunológico combatê-los com maior eficácia.

O termo antibiótico tem sido utilizado de modo mais restrito para indicar substâncias que atingem bactérias, embora possa ser utilizado em sentido mais amplo (contra fungos, por exemplo). Ele pode ser bactericida, quando tem efeito letal sobre a bactéria ou bacteriostático, se interrompe a sua reprodução. (ANTONELLO, 1997, p. 45).

Segundo Fernandes (2000) chama-se antibioticoterapia o tratamento realizado com antibióticos. Essas substâncias são utilizadas na medicina para controlar infecções, e sua descoberta revolucionou os tratamentos das doenças infecciosas.

O uso de antibióticos faz com que surjam cepas de microorganismos resistentes a estas drogas, sendo necessária à descoberta constante de novos remédios mais eficazes. Isto tem aumentado consideravelmente o custo do tratamento das infecções, e também criado microorganismos resistentes, que são um perigo para a saúde pública.

Figueiredo (2007) argumenta que a auto prescrição de antibióticos, bem como a prescrição indiscriminada por parte dos médicos, é extremamente prejudicial, para o próprio doente e para toda a população. Ao tomar um antibiótico mata-se bactérias da flora natural do nosso corpo, gerando desequilíbrio, e abrindo espaço para bactérias patogênicas crescerem, aumentando a chance de desenvolvermos outras infecções.

O primeiro antibiótico identificado pelo homem foi a penicilina. Alexander Fleming, bacteriologista do St. Mary's Hospital, de Londres, já vinha um tempo pesquisando substâncias capazes de matar ou impedir o crescimento de bactérias nas feridas infectadas, pesquisa justificada pela experiência adquirida na Primeira Grande Guerra 1914-1918, na qual muitos combatentes morreram em consequência da infecção em ferimentos profundos e mal-tratados por falta de tratamento adequado. (NELSON, 2005, p. 100).

No ano de 1922 Fleming descobre uma substância anti-bacteriana no choro e na urina, a qual deu o nome de lisossima.

E em 1928 Fleming desenvolveu pesquisas sobre estafilococos, quando descobriu a penicilina. A descoberta da penicilina deu-se em condições peculiaríssimas, graças a uma seqüência de acontecimentos imprevistos e surpreendentes.

No mês de agosto de 1928 Fleming tirou férias e, por esquecimento, deixou algumas placas com culturas de estafilococos sobre a mesa, em lugar de guardá-las na geladeira ou inutilizá-las, como seria natural, ao retornar ao trabalho, em setembro do mesmo ano, observou que algumas das placas estavam contaminadas com mofo, fato este relativamente freqüente.

Colocou-as então, em uma bandeja para limpeza e esterilização com lisol. Neste exato momento entrou no laboratório um seu colega, Dr. Pryce, e lhe perguntou como iam suas pesquisas. Fleming apanhou novamente as placas para explicar alguns detalhes ao seu colega sobre as culturas de estafilococos que estava realizando, quando notou que havia, em uma das placas, um halo transparente em

torno do mofo contaminante, o que parecia indicar que aquele fungo produzia uma substância bactericida. O assunto foi discutido entre ambos e Fleming decidiu fazer algumas culturas do fungo para estudo posterior.

O fungo foi identificado como pertencente ao gênero *penicillium*, de onde deriva o nome da penicilina dado à substância por ele produzida. Fleming passou a empregá-lo em seu laboratório para selecionar determinadas bactérias, eliminando das culturas as espécies sensíveis à sua ação.

Foi o primeiro teste de reação penicilínica realizado em laboratório. Por outro lado, a descoberta de Fleming não despertou inicialmente maior interesse e não houve a preocupação em utilizá-la para fins terapêuticos em casos de infecção humana até a eclosão da Segunda Guerra Mundial, em 1939. Nesse ano e em decorrência do próprio conflito, a fim de evitarem-se baixas desnecessárias, foram então ampliadas as pesquisas a respeito da penicilina e seu uso humano..

Em 1940, Sir Howard Florey e Ernst Chain, da Universidade de Oxford, retomaram as pesquisas de Fleming e conseguiram produzir penicilina com fins terapêuticos em escala industrial, inaugurando uma nova era para a medicina denominada a era dos antibióticos.

Alguns anos mais tarde, Ronald Hare, colega de trabalho de Fleming, tentou, em vão, "redescobrir" a penicilina em condições semelhantes às que envolveram a descoberta de Fleming. Após um grande número de experiências verificou-se que a descoberta da penicilina só tornou-se possível graças a uma série inacreditável de coincidências, que foram:

- O cogumelo que contaminou a placa, como se demonstrou posteriormente é um dos três melhores produtores de penicilina dentre todas as espécies do gênero *penicilium*;
- O cogumelo contaminante teria vindo pela escada do andar inferior, onde se realizavam pesquisas sobre fungos;
- O crescimento do cogumelo e dos estratococos se fez rapidamente, condição para se evidenciar a lise bacteriana;
- No mês de agosto daquele ano, em pleno verão, sobreveio uma inesperada onda de frio em Londres, que proporcionou a temperatura ideal ao crescimento lento da cultura;

- A providencial saída do Dr. Pryce no Laboratório permitiu que Fleming reexaminasse as placas contaminadas e observasse o halo transparente em torno do fungo, antes de sua inutilização.

Apesar de todas essas felizes coincidências, se Fleming não tivesse a mente preparada e avançada não teria valorizado ou mesmo notado o halo transparente em torno do fungo e descoberto a penicilina.

4.2 Desenvolvimento e prevenção da infecção do trato urinário

As infecções urinárias devem ser alvo de preocupação dos profissionais de saúde. Elas são promovidas por bactérias que afetam todo o sistema urinário principalmente os rins.

A infecção urinária também pode ser abreviada de ITU. A Boa Saúde (2006) define a ITU.

A infecção urinária (ITU) é uma infecção que acomete qualquer parte do sistema urinário, desde os rins, a bexiga, até a uretra. É definida como a presença de microorganismos em alguma parte desse sistema. Quando acomete os rins, chamamos de pielonefrite; quando é a bexiga, chamamos de cistite; na uretra é a uretrite; e quando acomete a próstata, denominamos prostatite.

Para Figueiredo (2007, p. 378) “as infecções referentes ao trato urinário são oriundas de bactérias que alcançam a bexiga através da uretra, e que posteriormente podem ascender os rins através dos ureteres.” Nessa perspectiva é necessário evitar a manipulação uretral através exames de cateter, isso porque este procedimento pode deslocar bactérias para a bexiga ocasionando consequentemente infecção urinária. Figueiredo (2007, p. 378) ainda explica que “o cateterismo deverá ser sempre executado sem trauma, em completas condições de assepsia e com sistema coletor de urina do tipo nos casos de cateterismo prolongado”.

De acordo com a Boa Saúde (2006) as infecções urinárias são mais comuns nas mulheres podendo ocorrer em qualquer idade. O aparecimento da ITU no sexo feminino ocorre devido aos fatores anatômicos do corpo, a uretra da mulher é

próxima a vagina e esta contém inúmeros microorganismos que podem ser conduzidos até a uretra. Os fatores que mais predis põem a ITU são:

Sexo feminino; Gravidez: há uma diminuição das defesas da mulher; além disso, durante a gestação há um aumento da progesterona (um dos hormônios femininos), o que causa um relaxamento maior da bexiga e favorece a estase urinária; Hábitos de higiene inadequados; Diabetes; Climatério: as alterações do organismo da mulher favorecem o desenvolvimento de ITU; Obstrução urinária: qualquer fator que impeça o fluxo constante de urina, como aumento da próstata, defeitos congênitos, cálculos urinários ("pedra nos rins"), tumores; Corpos estranhos: a inserção de corpos estranhos pode carregar as bactérias para o sistema urinário e servir como local de aderência e proliferação, como sondas; Doenças neurológicas: interferem com os mecanismos de esvaziamento da bexiga, favorecendo a estase de urina; Doenças sexualmente transmissíveis; Infecções ginecológicas. (BOA SAÚDE, 2006, internet).

Nota-se que é necessário algumas atitudes para evitar a infecção urinária como, por exemplo: o esvaziamento da bexiga para que as bactérias não se proliferem e conduza a infecção, higienização principalmente da mulher, tomar muito líquido e evitar o uso de medicamentos sem a prescrição médica.

4.3 Controle da infecção cirúrgica

Para entender o controle da infecção cirúrgica é necessário identificar como que esta ocorre. Como já foi dito, a infecção pode ser endógena ou exógena. De acordo com a AMBC (2008) a prática cirúrgica é voltada mais para os preceitos exógenos, pois a infecção na maioria dos casos acontece pela contaminação da ferida ou da cirurgia antes ou após a mesma.

Antonello e Godoi (2007) enfatizam que existem operações limpas e potencialmente contaminadas. As Infecções Hospitalares, cirúrgicas são classificadas de acordo com o número de microorganismos presentes no tecido. "São operações limpas aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência do processo infeccioso local ou de falhas técnicas grosseiras como, por exemplo, a cirurgia cardíaca, a neocirurgia entre outras". (ANTONELLO E GODOI, 2007, p. 03). As cirurgias que contem possíveis chances de contaminação são aquelas feitas em tecidos que se

encontram floras bacterianas de difíceis descontaminações. As cirurgias infectadas acontecem mediante as intervenções cirúrgicas em tecidos já infectados.

De acordo com Pimentel (2009) o controle para se evitar as infecções cirúrgicas depende da higienização do profissional, do paciente, do ambiente e dos materiais a serem utilizados. Desse modo, as técnicas de assepsia se tornam fundamental para evitar a infecção nos processo das cirurgias.

A AMBC (2008) ressalta os principais entraves gerados pela infecção cirúrgica são aumento do tempo de internação e conseqüentemente a elevação o preço do tratamento. A vigilância epidemiológica deve está atenta para as causas da infecção cirúrgica seja ela de origem endógena ou exógena

4.4 Infecção gastro intestinal

De acordo com Antonello e Godoi (1997, p.06)

Por contato o agente infeccioso pode contaminar vários objetos, denominados fomes, que entram em contato pela boca, conjuntiva ocular, a pele e a mucosa do hospedeiro, como o que ocorre com a infecção gastro intestinal causada pelo rotovírus. É necessário que todo o pessoal que mantém contato com a pessoa infectada saiba das normas de prevenção, como o uso de luvas e a lavagem das mãos adequada e frequentemente.

Os microorganismos e bactérias são transportados para o corpo humano através dos olhos, da pele, da boca, do ânus, da vagina, do ouvido e do nariz. Para que estes órgãos não sejam o elo de transporte dos agentes infecciosos é necessário a higienização dos mesmos.

4.5 Lavagem das mãos

As mãos é o elo direto entre o paciente e o profissional de saúde. Para tanto ela deve ser protegida. A proteção das mãos requer pouco tempo, mas merece cuidados e atenção especiais.

Para a ABMC (2008) as mãos devem ser lavadas diariamente sempre antes e depois do contato direto com o paciente. Elas devem ser lavadas preferencialmente com sabão líquido e água. O álcool gel também é indicado, principalmente nas localidades onde em que o profissional encontra dificuldades na lavagem das mãos. Uma questão interessante é que as mãos devem ser lavadas de acordo com técnicas apropriadas de lavagem.

Considerando as técnicas apropriadas de lavagem Figueiredo (2007, p. 379) aponta as seguintes cinco estratégias:

1. Remover os resíduos depositados sobre as mãos, antebraços e cotovelos com o auxílio de uma escova esterilizada (de uso individual) e sabão ou detergente anti-séptico.
2. Escovar durante três minutos e limpar as unhas meticulosamente com um palito ou lima de unha.
3. Rinçar bem com água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, nunca ao contrário. Secar bem com a toalha esterilizada.
4. Aplicar a solução anti-séptica abundantemente embebida em gaze, friccionando sem secar. Não remover a camada de anti-séptico depositada sobre a pele.
5. calçar luvas estéreis, comprovadamente sem furos.

Figueiredo faz referências apenas às luvas estéreis, diferentemente a ABMC apontam que luvas não estéreis também devem ser usadas e disponibilizadas em toda a área clínica do hospital. Elas devem ser usadas com o intuito de proteger profissionais nos momentos em que ele pode ter contato direto com o sangue ou com secreções. Referente aos procedimentos não estéreis, ou seja aqueles que se encontram em áreas de isolamento, ou no momento de cirurgias, drenagens, e entubação ainda é necessário acrescentar o uso de máscaras, óculo e do avental. Mesmo com o uso das luvas o profissional deve mostrar-se bastante atento a sua ação, principalmente no manuseio com agulhas e outros materiais cortantes.

De acordo com Zanon (1987) as mãos contaminadas constituem o elo entre os microorganismos e as bactérias estas por sua vez são alojadas no corpo do paciente causando a Infecção Hospitalar. Nas UTI pediátricas, nos ambulatórios, nas enfermarias e nos laboratórios as mãos do profissional de saúde se não receber os devidos cuidados acabam por disseminar a infecção.

CONCLUSÃO

A formação acadêmica do enfermeiro passou por grandes transformações ao longo dos anos. As novas temáticas da enfermagem requerem enfermeiros conhecedores das diferentes realidades existentes, capazes de trabalharem de forma contextualizada, através do individual, do coletivo, da assistência clínica e do epidemiológico.

É necessário que existam políticas públicas voltadas para o investimento da formação profissional do enfermeiro. Os cursos de habilitação devem ser reformulados prevendo a interdisciplinaridade dos conteúdos alicerçando teoria a prática. No currículo acadêmico desses profissionais deve fazer alusões ao controle da infecção hospitalar.

O CHI requer um conjunto de procedimentos que vão desde a prática do enfermeiro até a ampliação de investimentos, científicos, tecnológicos e humanos. Mais do que teoria esta ação requer práticas eficazes que garantem o controle da infecção hospitalar nos diversos segmentos do hospital. Para tanto o trabalho deve ser coletivo, cada membro do hospital deve fazer a sua parte não deixando apenas a cargo do enfermeiro.

A prevenção da Infecção Hospitalar deve ser alvo de todos os profissionais da saúde. Só existe infecção porque bactérias e microorganismos são transportados para o ambiente hospitalar, exceto é claro os casos de infecções congênitas. Para que se diminua os índices de Infecções Hospitalares é necessário que os profissionais de saúde recebam formação e informação necessária. Eles devem ser capazes de se organizarem e trabalharem em conjunto com o propósito de vivenciar não só o controle da Infecção Hospitalar, mas também a sua prevenção.

A problemática da Infecção Hospitalar deve ser reconhecida de forma integral e contextualizada. O controle da infecção hospitalar deve acontecer através de inúmeras estratégias que garantam melhores condições de trabalho, procedimentos, éticos, responsáveis, quantitativos e qualitativos, ou seja, é necessária tanto a

aquisição de recursos tecnológicos quanto a vivência de recursos humanos qualificados que possua mão de obra capacitada em lidar com os problemas da infecção hospitalar.

REFERÊNCIAS

AMBC. **Projeto Diretrizes. Prevenção da Infecção Hospitalar.** Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008

ANTONELLO, Nádia Regina Bilibio. GODOI, Leoni Pentiado. **O Programa 5Ss utilizado na prevenção e controle das Infecções Hospitalares.** Universidade Federal de Santa Maria. 1997.

BOA SAÚDE. Infecção Urinária. 2006. Retirado do site:<http://www.infeccaourinaria.htm>. Acesso em 25 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2616 de 12 de maio de 1998.** Brasília, 1998.

CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida.** Lisboa: Edições 70. 1977.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza. MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. **Sistema Único da Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro.** Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN. Brasília, mar-abril, 2009.

FERREIRA, Aurélio. B. H. **Mini Aurélio Século XXI Escolar.** O minidicionário da língua portuguesa. Editora Nova Fronteira. 4 ed. Rio de Janeiro. 2001.

FERNANDES, AT. **O desafio da infecção hospitalar: a tecnologia invade um sistema em desequilíbrio.** In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N, organizadores. Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu. 2000.

FIGUEIREDO, Nélia M.A., **Infecções Hospitalares: Questão de saúde pública.** Yendis Edt., 1 edição, São Caetano do Sul-SP. 2007

FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Y., **As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem v.5, n.4 Ribeirão Preto, out/1997.

_____. **Produção científica Nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas**. Revista Latino am enfermagem, janeiro/fevereiro. 2002

_____. **Infecção Hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência a saúde**. In: LACERDA, Rúbia A. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsia. São Paulo: Atheneu, 2003.

NELSON, Mozachi, **O hospital: manual de o ambiente hospitalar**. 10 edição. Os autores. Curitiba-PR. 2005.

OLIVEIRA, A.. TEIXEIRA, SMA. (Im) **Previdência social. 60 anos da história da previdência do Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco. 1989.

OLIVEIRA, Rosangela de. MARUYAMA, Sonya Ayako Tão. Controle de Infecção Hospitalar: controle e histórico do Estado. Revista eletrônica. 2008. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/10/n3/v10n3a23.htm>.

PEREIRA, Milca S. et.al., **A infecção Hospitalar e suas implicações pra o cuidar da Enfermagem**, Texto e Contexto Enfermagem. Abr-Jun;14(2):250-7. 2005.

PIMENTEL, Michely Nascimento., **Atuação do enfermeiro no controle da infecção hospitalar**. Retirado do site <http://webartigos.com>. Acesso em 10 de setembro de 2009.

SILVA, Magda Fabbril Isaac. SANTOS, Branca Maria de Oliveira. **Estudo Histórico Organizacional da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital Universitário**. Revista Mediciana, Ribeirão Preto. Ano 34, abr/jun 2001.

-TURRINI, Ruth N. T., SANTO, Augusto H. **Infecção Hospitalar e causas múltiplas de morte**. Jornal de Pediatria. Vol. 78, Nº6, 2002.

ZANOM, Uriel. & NEVES, Jayme. **Infeções Hospitalares – Prevenção, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro. Ed Médica e científica. 1987.