

O COTIDIANO DE UM ENFERMEIRO DO CONTROLE DE INFECÇÃO: UM RELATO DE CASO

The daily routine of an infection control nurse: a case report

Giovanna Maciel Cappai¹, Marcilene Rezende Silva², Camila Augusta dos Santos³, Lilian Machado Torres⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: A efetiva atuação do enfermeiro que integra a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é relevante para a prevenção de agravos relacionados à assistência em qualquer instituição de saúde. **OBJETIVO:** Caracterizar as dimensões do cotidiano de um enfermeiro de controle de infecção em um hospital de pequeno porte. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, qualitativo, no formato relato de caso. Realizada uma entrevista gravada com a profissional da comissão de um hospital de pequeno porte em Belo Horizonte/MG. A análise do conteúdo baseou-se no referencial de Bardin. **RESULTADOS:** Após a leitura cuidadosa dos depoimentos foram extraídos os conteúdos expressivos, agrupados em quatro categorias: Tarefas do cotidiano; Desafios em relação à qualidade e à legislação; A adesão como um grande desafio; e Mudanças externas e internas são necessárias. Emergiram questões do cotidiano, muito ligadas à coleta de dados para composição de indicadores, o conhecimento e as dificuldades institucionais para o cumprimento de legislações e metas da gestão da qualidade, além da busca pela execução de protocolos comuns a todas as instituições. Emergiram desafios enfrentados e que comprometem a eficácia dos processos de modo geral. **CONCLUSÃO:** O relato de caso fez emergir as dificuldades do enfermeiro em seu cotidiano para que a legislação seja cumprida e para que a mudança de comportamento dos profissionais extrapole o mero cumprimento de normas. Evidenciou-se a sensibilização como peça chave para a mudança.

Palavras-chaves: Controle de infecções; Enfermagem; Enfermeiras e enfermeiros; Infecção hospitalar.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The effective performance of the nurse who is part of the Hospital Infection Control Committee is extremely relevant for the prevention of health care-related illnesses, regardless of the size of the health institution. **OBJECTIVE:** To characterize the daily dimensions of an infection control nurse in a small hospital. **METHODS:** Descriptive, qualitative case report. An interview was conducted with the professional of the commission of a small hospital in Belo Horizonte / MG. The analysis of the content of the testimonies was based on the reference of Bardin. **RESULTS:** After the careful reading of the statements, the parts related to the research question were extracted and were grouped into four categories: Daily tasks; Concern about quality and legislation; Membership with a great challenge; and External e internal changes are needed. Issues of daily life emerged, closely linked to the collection of data for the composition of indicators, and the search for the implementation of protocols more common to all institutions emerged. Challenges have emerged that compromise the effectiveness of processes in general. **CONCLUSION:** The case report allowed the vision of the difficulties of the nurse to comply with the legislation in their daily life and so that the behavior change of the professionals extrapolates the mere compliance with norms. Awareness raising was seen as key to change.

Keywords: Infection control; Nursing; Nurses; Cross infection.

¹Enfermeira graduada pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Bióloga, Pós-doutora em Protozoologia Parasitária Humana, Doutora e Mestre em Ciências da Saúde, Professor Adjunto na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professor Assistente do Curso de Enfermagem na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, e do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴Enfermeira Mestre e Doutor em Ciências, Professor Adjunto do Curso de Enfermagem na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Lilian Machado Torres. Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP 30130-110. Tel: (31)32487155 lilian.torres@superig.com

INTRODUÇÃO

As infecções decorrentes da prestação da assistência à saúde são definidas como aquelas que acometem o indivíduo após sua hospitalização e que se manifestam ainda na internação ou mesmo após a alta, desde que se relacionem a algum procedimento executado por ocasião do cuidado em saúde¹.

A partir de 1968 surgem as primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs) no país, em decorrência dos eventos serem considerados um importante problema de saúde pública². Em seguida, surgiram as legislações específicas e, entre elas, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar e todas as publicações governamentais decorrentes. A série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde pública e revisa cadernos contendo as medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), conceito ampliado das infecções, até então denominadas, hospitalares³. Alguns autores consideram, no entanto, que na prática, os recursos humanos são insuficientes para o seu manejo e não há um financiamento específico para o Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS⁴.

Partindo deste pressuposto, entende-se que as CCIHs atuam em função de protocolos estabelecidos pelo MS, mas, as instituições de portes diferentes tendem a se comportar de maneira distinta nas ações relacionadas à prevenção e controle do agravo. Médicos e enfermeiros, invariavelmente, estão presentes nessas comissões e, diante desse cenário, surge o questionamento: Como é o cotidiano do enfermeiro de uma CCIH de hospital de pequeno porte na prevenção e controle de IRAS?

Prevenção e controle de infecções é um campo relevante e promissor para a atuação da enfermagem, no sentido de qualificação do cuidado prestado. O enfermeiro, além de executar procedimentos técnicos, planeja a assistência em saúde e faz a gestão da equipe que cuida. A proximidade com o indivíduo assistido é constante e, nesse sentido, torna-se importante aprofundar o tema na profissão. O objetivo proposto foi compreender o cotidiano de um enfermeiro de controle de infecção em um hospital de pequeno porte.

MÉTODO

Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa a partir de relato de caso do fenômeno *ser enfermeiro de controle de infecção em hospital de pequeno porte*. O estudo de um caso e seu relato são estratégias que facilitam e promovem a aprendizagem ativa por auxiliar no desenvolvimento de habilidades para o pensamento crítico⁵.

Foi realizado em um hospital de pequeno porte, da rede particular de assistência à saúde, especializado em Urologia. A instituição foi constituída em 1992 por um grupo de renomados urologistas, membros das principais instituições de saúde de Belo Horizonte. Atende prioritariamente clínica privada e tem média de 2000 atendimentos/mês. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2017, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Ciências Médicas – MG, sob o número 2.214.892. Todo o protocolo seguiu orientações expressas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que

envolvem seres humanos⁶.

Participou do relato de caso o único profissional enfermeiro da referida CCIH do hospital de pequeno porte, cenário da pesquisa. Trata-se de enfermeiro capacitado para atuar em controle e prevenção de infecções e designado pela direção da instituição para integrar a comissão e atender às exigências legais na composição da CCIH.

Inicialmente, ocorreu a aproximação do pesquisador junto à instituição, na figura de seu administrador geral, para a apresentação do objetivo da pesquisa, devidamente aprovada pelo cenário. Após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP foi realizada a apresentação do pesquisador e dos pontos principais do estudo ao participante da pesquisa, com posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista a partir de um roteiro semiestruturado com a gravação do depoimento, consentida no TCLE.

A coleta de dados aconteceu na própria instituição onde o enfermeiro atua, com agendamento prévio para o único encontro que teve duração de 60 minutos. Estiveram presentes apenas o pesquisador e o participante e aconteceu na sala de reuniões da instituição.

Após a realização da entrevista a gravação gerada foi transcrita na íntegra, com posterior organização das falas que compuseram o depoimento, para que pudesse identificar o conteúdo latente. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas para descrever o fenômeno a ser estudado de forma transparente, abrangente e confiável⁷. No caso específico, o conteúdo foi analisado no referencial de Bardin⁸. As etapas desta análise de dados foram organizadas em três fases preconizadas por Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os resultados foram agrupados em categorias por aproximação do conteúdo, e comparados com a literatura científica.

RESULTADOS

Os conteúdos expressivos foram agrupados em quatro categorias: Tarefas do cotidiano; Desafios em relação à qualidade e à legislação; A adesão como um grande desafio; e Mudanças externas e internas são necessárias, apresentadas a seguir.

Tarefas do Cotidiano

O enfermeiro afirma que as infecções são em sua maioria das vias urinárias, foco assistencial do hospital, e enumera vários procedimentos preventivos que não são realizados em função da curta permanência dos indivíduos assistidos e da realidade vivida:

“A infecção urinária ocorre em maior escala aqui, se comparamos a um hospital geral, pois temos somente endourologia. Cirurgias abertas são em pequeno número. [...] Há uma alta rotatividade, a permanência dos pacientes é curta, então não trocamos acesso venoso, como é feito em uma instituição de grande porte. Existem situações em maior e menor escala, dependendo do porte e realidade da instituição. [...] Temos muitos cateterismos, inclusive de pacientes externos, que chegam ao hospital para realizar troca de sondas, cistostomias, assim, infecção por acesso venoso central, por exemplo, nós não temos. [...] Como temos apenas pacientes urológicos, a nossa taxa de infecção hospitalar gira em torno de

infecções urinárias.”

O profissional ressalta as tarefas de avaliação da realidade, apoiadas pela diretoria, relacionadas ao levantamento de dados de infecção que ocorre por meio de auditorias internas:

“A médica infectologista participa das auditorias internas da CCIH que são realizadas semestralmente e conduzidas por mim. A partir disto, estabelecemos tratativas em reuniões administrativas, planos de ação, registrados no sistema de gestão da qualidade. [...] Em nível de apoio da diretoria, conseguimos a contratação desta profissional (referindo-se a médica infectologista, em regime terceirizado) que vem periodicamente, uma vez ao mês, para realizarmos a reunião mensal. Ela também participa das reuniões extraordinárias da CCIH e das reuniões da comissão que acontecem trimestralmente, para avaliação de indicadores e respectiva análise crítica.”

O depoente apresenta sua rotina, descrevendo ações cotidianas, mas também apresenta sua preocupação em relação à qualidade e cumprimento da legislação vigente, considerados desafios, apresentados a seguir.

Desafios em relação à qualidade e à legislação

O enfermeiro associa suas tarefas ao controle da gestão da qualidade, ao exemplificar as possíveis tratativas a partir das ferramentas do sistema de informação disponível:

“A visita técnica é realizada por mim, que sou a enfermeira responsável pela CCIH do hospital e por um profissional terceirizado que presta consultoria, a partir do setor da qualidade. [...] todas as não conformidades são tratadas no sistema de gestão da qualidade, então, por exemplo, algumas coisas que estão erradas durante a visita técnica eu vou tratar como o que? Com um e-mail? Com treinamento? Com uma reunião administrativa? Um registro de não conformidade? Um plano de ação?”

O profissional ressalta que as ferramentas da qualidade disponíveis no sistema utilizado na instituição transformam-se nas bases das ações que representam a continuidade do que realiza:

“A continuidade do meu trabalho é a garantia de que a não conformidade identificada será tratada pelas ferramentas que eu tenho no sistema de gestão da qualidade, e que eu vou ter uma continuidade e vou ter como conferir, fazer um PDCA (referindo-se ao ciclo de controle Plan, Do, Check, Act ou Adjust) na próxima auditoria interna.”

O depoimento pontua as principais dificuldades e ressalta a importância da existência de legislações específicas para diferentes portes das instituições de saúde, como é o caso do hospital no qual o profissional está inserido:

“A nossa dificuldade como hospital de pequeno porte é a não diferenciação na legislação para hospitais menores. Tudo o que uma grande instituição cumpre, nós também temos que cumprir, porém, em menor escala, então às vezes as pessoas dizem que o trabalho da CCIH em um hospital pequeno deve ser muito mais fácil.”

O enfermeiro ressalta as barreiras de compreensão dos órgãos específicos de fiscalização no que diz respeito à da legislação,

possíveis adaptações e enfrentamento do que denomina burocracia: *“O que ainda é um pouco difícil, inclusive na legislação, fiscalização e vigilância sanitária, é o entendimento em colocar uma única clínica neste contexto, fora de hospital geral, porque muitas coisas não se aplicam a nós, e de certa forma precisamos nos adaptar para estar conforme a legislação. [...] algumas burocracias temos que adequar à legislação, mas a maior modificação foi em relação à visita técnica, pois, antes utilizávamos um formulário norteado pela base da prefeitura, no qual sinalizávamos o que havia ou não de processos. Hoje transformamos em conformidades ou não conformidades.”*

A estruturação da CCIH é detalhada pelo participante que aponta sua necessidade particular de apoio e colaboração de outros profissionais para cumprir a legislação:

“Como muitos serviços são terceirizados, começamos a pensar em uma consultoria externa de um médico infectologista que pudesse conduzir comigo, enfermeira de CCIH, iniciando a construção dos protocolos, instruções de trabalho, treinamentos e indicadores”. [...] “nós não tínhamos muitos subsídios ou dados para compilar indicadores e realizar treinamentos. Não havia nem pessoal suficiente para realizar estas atividades.”

O profissional explicita as exigências de órgãos fiscalizadores, entre elas, algumas que não tem como cumprir:

“As exigências legais de um hospital de grande porte são as mesmas que as nossas. Tudo o que um hospital grande faz, eu também preciso fazer, porém em menor escala. A dificuldade que temos é a compreensão dos profissionais, porque algumas vezes não tenho dados para atender tudo o que é exigido, por exemplo, pela vigilância sanitária. São exigidas algumas coisas que não são possíveis de serem cumpridas porque não tenho aquilo no meu ambiente com frequência, como por exemplo, coeficiente de mortalidade em relação à taxa de infecção hospitalar.”

A preocupação com a qualidade e com a legislação no cuidado em saúde livre de infecção é apontada para o alcance da excelência. No entanto, para o enfermeiro, a adesão dos demais profissionais, especificamente médicos, ao que é preconizado para prevenção e controle de IRAS, transforma-se em desafio a ser superado, apresentado na próxima categoria.

A adesão como um grande desafio

O profissional reforça a importância da participação do corpo clínico nos processos estabelecidos pela instituição, o que levaria a uma maior autonomia da CCIH:

“Uma dificuldade desde o início, até hoje em dia, é a participação do corpo clínico. [...] A colaboração do corpo clínico na coleta de dados necessários para produzir dados e formar indicadores mais sólidos. [...] Preciso de alguns dados para me nortear. [...] É necessário traçar estratégias, pois algumas coisas não são sabidas por nós, como por exemplo, o coeficiente de sensibilidade, qual microrganismo é prevalente na instituição. Se houvesse adesão ao protocolo de antibioticoprofilaxia e terapia, talvez nós não selecionássemos tanto a flora, o que é algo aceitável de acontecer quando não se adere ao protocolo. Ajudaria se tivéssemos a colaboração do corpo clínico, nessa coleta de dados. [...] Nós não temos uma participação efetiva, o que leva a falta de dados para construir indicadores. Eu não consigo em função da participação

dos profissionais.”

O depoimento aponta a necessidade de sua presença intersetorial que, a seu ver, garante a qualidade da assistência e auxilia os processos internos para a diminuição de erros assistenciais:

“Desde o início até o final do processo temos que estar presentes e realizar observações, treinamentos, acompanhamento do corpo clínico. Por vezes o médico precisa de assessoria em alguma prescrição de antibiótico, então, entramos como ponte para fazer esta interface entre o consultor da CCIH e o médico que precisa da prescrição. Fazemos o papel de elo entre o funcionário da enfermagem e o paciente, entre o funcionário da higienização e a atividade que ele realiza, ainda que indireta, mas de certa forma, envolve o paciente e o processo, desde admissão até a alta.”

A falta de adesão é pontuada quando se detalha a forma como se notificam as infecções sinalizadas pelos profissionais médicos:

“Temos um dossiê para cada paciente quando uma infecção hospitalar é sinalizada, o que é um subsídio indispensável. É importante que o corpo clínico tenha ciência do nosso trabalho, o que temos feito. De certa forma, a insistência pode auxiliar no andamento dos processos em algum momento. Eles podem ver que é um trabalho que está funcionando, gerando resultado e assim se propor a contribuir para que possa ser mais produtivo.”

O profissional elenca as dificuldades na adesão do corpo clínico, ao relatar o enfrentamento para a consecução de dados em função da hierarquia da instituição:

“A dificuldade que temos, mas que não considero paradigma é a comunicação com o corpo clínico. Precisamos de muitos dados que hoje não conseguimos produzir, como por exemplo, a sensibilidade de antibióticos, que se dá pelo preenchimento adequado do formulário de antimicrobiano. [...] Acredito que a hierarquia de um hospital geral é melhor, porque facilita os processos, que vem de cima pra baixo e não horizontalizada como é em um hospital onde todos são donos, como é o nosso caso. A adesão aos processos é mais difícil.”

A não adesão dos profissionais médicos e as características societárias da instituição são apontadas no depoimento como dificuldade no processo de controle de infecções. Mesmo assim, o depoente aponta caminhos possíveis, apresentados em seguida.

Mudanças externas e internas são necessárias

O profissional aponta direcionamentos que poderiam auxiliar na elaboração de indicadores mais produtivos a partir, por exemplo, dos órgãos que aplicam a legislação e fiscalizam sua execução:

“Desenvolvimento, com a colaboração da vigilância sanitária indicadores que sejam mais produtivos para nós, que tenham mais a ver com a nossa realidade, que a gente não execute processos pré-estabelecidos que existem para um hospital grande, porque nós não vamos conseguir cumprir tudo. São vários indicadores que não temos como adaptar.”

“Aqueles que fiscalizam poderiam relativizar as questões e abordá-las considerando-se o porte da instituição. Não significa cobrar menos, significa adaptar as exigências à realidade.... penso dessa forma.”

A identificação de questões pertinentes ao serviço, principalmente no que diz respeito à colaboração do corpo clínico, é identificada como processo chave de mudança e melhoria das rotinas:

“É sempre uma questão de sensibilização do corpo clínico. Seria muito interessante a exigência de cumprimento de algumas regras, caso a CCIH tivesse essa autonomia. Acredito que teríamos indicadores mais efetivos e que pudéssemos ter ação direta sobre eles, uma interferência e, conseqüentemente, um trabalho melhor da CCIH.”

Há uma variedade de fatores que dificultam o andamento efetivo dos processos da CCIH, mas o principal está relacionado ao entendimento do trabalho da comissão. Para o depoente uma equipe multidisciplinar que compreende a importância de cada profissional isoladamente consegue caminhar de forma eficiente contribuindo positivamente.

DISCUSSÃO

As rotinas do enfermeiro de CCIH são bastante abrangentes no que diz respeito ao controle e prevenção de IRAS, principalmente considerando-se os papéis por ele exercidos para alcançar índices satisfatórios relacionados ao objetivo final. Os resultados demonstram uma série de atividades cotidianas procedimentais identificadas pelo profissional como a parte mais importante de suas funções.

Compete ao enfermeiro dentre suas atribuições supervisionar, organizar, planejar e executar medidas que possam favorecer a prevenção de infecções decorrentes da prestação de cuidados em saúde. Deve envolver todos os membros de seu grupo de trabalho e incluir a equipe interdisciplinar de saúde⁹.

De fato, é de responsabilidade da equipe de saúde prestar uma assistência segura, que garanta a proteção do indivíduo durante a execução de seus serviços. E a Enfermagem tem um papel importante neste aspecto, pois compõe o maior grupo de profissionais que assiste o indivíduo, sendo destaque no cuidado e controle das infecções¹⁰.

O participante enumerou muitas atividades relacionadas à coleta de dados relacionados às infecções para sua transformação em indicadores de desempenho, mas o enfermeiro da CCIH, além do trabalho de busca ativa de eventos nos leitos hospitalares, também tem papel preponderante na educação permanente das equipes, ao se considerar a crescente renovação tecnológica diante de novas terapêuticas, cada vez mais invasivas e em cenário de resistência bacteriana. Um estudo que buscou vislumbrar o caminho a percorrer, na Europa, diante desse paradigma, conclama os profissionais a refletirem sobre como se organiza a prevenção, o diagnóstico e o controle de infecções associadas ao cuidado em saúde¹¹. Torna-se uma preocupação qualificar a assistência dispensada ao indivíduo, quando se leva em conta a necessidade de constante aprimoramento dos profissionais, especialmente o enfermeiro, que está presente e próximo ao indivíduo, ao exercer o cuidado.

O enfermeiro, de uma forma geral, destaca-se na gestão de equipes de cuidados assistenciais por sua ampla atuação em atividades

multidisciplinares. Percebe-se que tem ocupado postos gerenciais, tanto na atenção primária quanto na secundária e terciária. Nos hospitais está incluído em suas atividades a prevenção de danos, entre eles as IRAS. Como exemplo, no Reino Unido, em uma instituição terciária a atuação pontual do enfermeiro nas enfermarias que abrigavam infectados por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina reduziu em 88,9% ($p=0,0561$) as bacteremias nesses indivíduos¹².

Além da presença nas 24 horas ao lado dos indivíduos assistidos muitas instituições tem investido na gestão de indicadores de qualidade para a gestão livre de danos. Os hospitais canadenses utilizam o *scorecard* com itens que sinalizam o progresso no alcance de metas estratégicas pré determinadas e que permitem atualização permanente de objetivos¹³.

De fato, a qualidade nos serviços no âmbito da saúde constitui-se fator fundamental para que se obtenha a qualidade assistencial. O controle de IRAS preconiza medidas simples e eficazes para prevenção de infecções hospitalares. Por exemplo, a prática de higienização das mãos pelos profissionais de saúde, a educação permanente já citada, a atualização sobre os agentes infecciosos e os avanços tecnológicos envolvidos na assistência¹⁴⁻¹⁵.

Torna-se evidente o alinhamento necessário entre os gestores da instituição cenário do estudo e o profissional enfermeiro para que a legislação, apesar de não abranger de forma diferente os diversos portes de hospitais existentes, seja alcançada. Assim, promover tal entendimento transforma-se em tarefa das mais complexas e, ao mesmo tempo, fundamental.

Os relatos do participante evidenciaram questões relacionadas à adesão dos profissionais para que se cumpra a legislação e normas preconizadas pelo setor que faz a gestão da qualidade. Alguns autores relacionam as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores em saúde, por questões físicas, emocionais, funcionais e/ou estruturais que interagem na forma de organização da CCIH, assim como a incompreensão sobre o papel do enfermeiro da comissão¹⁶. O enfermeiro deve saber liderar com foco na qualidade da assistência, de modo que haja adesão multiprofissional. Entretanto, para que haja melhoria da assistência, não basta que implante programas, também é necessário empenho e comprometimento da equipe para proporcionar segurança adequada ao indivíduo e ao profissional da saúde¹⁷.

A educação permanente dos profissionais também constitui peça chave para se obter segurança e qualidade na assistência, por promover maior qualificação da equipe¹⁵. E para haver mudança de comportamento nas instituições de saúde é necessária a escolha de estratégias educacionais aliadas a objetivos claros e que envolvam todos os atores no processo. Os profissionais de saúde precisam conhecer e seguir políticas de biossegurança e ser educados de forma permanente, para que se alcance a redução dos agravos infecciosos¹⁸. A educação permanente poderia significar processos diferenciados de crescimento e consolidação do cuidado qualificado em equipe.

O desafio para o futuro no gerenciamento de riscos para IRAS parte do entendimento das características multifatoriais de sua ocorrência¹⁹. A utilização dos indicadores assistenciais pode se constituir em importante ponto de partida para ações de prevenção da ocorrência do evento IRAS. No entanto, é preciso implementar

medidas já conhecidas e comprovadas, desde a higienização das mãos até o monitoramento rigoroso da multirresistência bacteriana. Sem deixar de considerar o contexto, aprendendo uns com os outros e não apenas relatando ocorrências oriundas de dados coletados¹¹.

No Brasil, a importância da CCIH e do enfermeiro nas instituições hospitalares é historicamente comprovada e a divulgação das atividades da comissão, sua finalidade e importância são um desafio no planejamento das ações de prevenção e controle de infecção²⁰. Não significa apenas estabelecer novas modalidades de organização e atuação em assistência, mas principalmente, é preciso averiguar como a assistência se dá nos processos estabelecidos¹⁴.

Isso posto, as barreiras detectadas no estudo tem dimensões externas e internas. As primeiras, entendidas como dificultadores, dizem respeito à interpretação das questões normativas e legais impostas a qualquer serviço de saúde, independente do porte. As determinações legais poderiam levar em conta o contexto assistencial sem infringir princípios básicos. Na dimensão interna sobressai a forma como a instituição de saúde se formou, do ponto de vista societário e vem sendo gerenciada, na lógica capitalista vigente. São os desafios interpostos para a elaboração e planejamento das ações que possibilitem o mesmo foco a todos os envolvidos para o sucesso na prevenção e controle das IRAS.

O relato de caso apresenta algumas limitações, como o fato de ter sido realizado em instituição de pequeno porte, com características específicas, e com um único participante, mas não tem o objetivo de generalizar seus resultados. Poderia não representar a mesma realidade de outras instituições de pequeno porte, no entanto, a reflexão sobre o caso permite aquele que cuida repensar suas atitudes e propor alterações nos processos relacionados, quando em situação semelhante.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar, a partir dos resultados obtidos, preocupação com as tarefas procedimentais específicas de prevenção e controle de IRAS, associadas ao cumprimento da legislação vigente e normas institucionais de qualidade.

Pelo fato da instituição ser de pequeno porte promover a adesão às boas práticas por parte dos profissionais transforma-se em grande desafio. Vislumbram-se possibilidades, porém não com a ênfase esperada, mediante as dificuldades apresentadas, desde aquelas de ordem constitucional da instituição até aquelas que se relacionam à forma como a vigilância em saúde é proposta aos serviços, independente do porte assistencial.

Do ponto de vista prático, buscou-se relatar o cotidiano de um enfermeiro de CCIH em instituição de saúde de pequeno porte. Os resultados encontrados poderiam ser discutidos nas instituições com características similares. A reflexão proposta para outras realidades tem o intuito de possibilitar o desenho de caminhos que vislumbrem a qualificação do cuidado assistencial em saúde.

Na formação dos futuros profissionais evidenciou-se a necessidade de verticalizar os conceitos de prevenção de infecções, para integrá-los durante a execução de práticas assistenciais específicas. A formação dos profissionais ganharia contornos mais abrangentes.

Considerando que o relato de caso apresentado evidencia a escassez de pesquisas que abranjam a superação das limitações e dificuldades vivenciadas, coloca-se premente a necessidade de novos estudos sobre dificuldades, facilitadores e papel dos profissionais ligados diretamente ao controle de infecções e à prestação de cuidados diretos ao indivíduo nos diversos serviços assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso básico de controle de infecção hospitalar - Caderno C. Métodos de proteção anti-infecciosa. Brasília: Anvisa, 1998. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoC.pdf>
2. Souza ES, Belei RA, Carilho CMDM, Matsuo T, Yamada-Ogatta SF, Andrade G, *et al.* Mortality and risks related to healthcare-associated infection. *Texto Contexto Enferm* 2015;24(1):220-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>
4. Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2014;48(6):995-1001.
5. Popil I. Promotion of critical thinking by using case studies as teaching method. *Nurse Educ Today* 2011;31(2):204-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12/12/2012. Dispõe sobre a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU de 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
7. Assaroudi A, Nabavo FH, Amat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J Res Nurs* 2018;23(1):42-55.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad.: Reto LA, Pinheiro A. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
9. Santos AP, Hoyashi CMT, Rodrigues DCGA. Hospital infection control: knowledge acquired at nursing college. *Rev Praxis* 2010;2(3):29-37.
10. Moura BA, Medeiros LKS, Moura VDS, Batista AA. The nursing intervention in the control of hospital infections. *Intesa* 2014;8(2):114-19.
11. Friedrich AW. Control of hospital acquired infections and antimicrobial resistance in Europe: the way to go. *Wien Med Wochenschr* 2019; (S1):25-30.
12. Garvey MI, Bradley CW, Wilkinson MAC, Holden KL, Clewer V, Holden E. The value of the infection prevention and control nurse led MRSA ward round. *Antimicrob Resist Infect Control* 2019;8:53.
13. Merkley J, Amaral N, Sinno M, Jivraj T, Mundle W, Jeffs L. Developing a nurse scorecard using the National Database of Nursing Quality Indicators: a Canadian hospital's experience. *Nurs Leadersh* 2018;31(4):82-91.
14. Oliveira HM, Silva CPR, Lacerda RA. Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis. *Rev Esc Enferm USP* 2016;50(3):502-8.
15. Alves MM, Leal GS, Sadoyama ASP, Fernandes EGV, Gomide MDA, Silveira AOSM, *et al.* The hospital infection control as an indicator for quality in health care. *Blucher Proceedings* 2016;2(1):158-72.
16. Negreiros RV, Brasil ML, Freitas JLGS, Dias JA, Oliveira SP, Medeiros SPC. De olho na infecção: narrativa discente sobre o cotidiano do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 2016;14(2):946-54.
17. Miranda AP, Carvalho AKO, Lopes AAS, Oliveira VRC, Carvalho PMG, Carvalho HEF. Nursing contribution to patient safety: integrative review. *SANARE* 2017;16(1):109-17.
18. Andrade ES, Castro AAP. The importance of health education for hospital infection control. *J Orefac Invest* 2016;3(1):43-52.
19. Sanhudo NF, Moreira MC. The nurse-leader in the management of risk for the prevention and control of infections in patients with cancer. *Cogitare Enferm* 2016;21(3):1-9.
20. Barros MMA, Pereira ED, Cardoso FN, Silva RA. Nurses in the prevention and control of infections related to health care. *Universitas* 2016;14(1):15-21.