

## **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH): ÓTICA CONSTANTE<sup>1</sup>**

*HOSPITAL-INFECTIO CONTROL COMMISSION:  
CONSTANT WATCH*

**Fernanda Sarturi<sup>2</sup>  
Fabiana Porto da Silva<sup>3</sup>**

### **RESUMO**

O Controle de Infecção Hospitalar constituiu-se, a partir da década de 80, com a publicação no diário oficial, em 6 de abril de 1987, da Portaria nº 232, na qual, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH). As evidências epidemiológicas constatadas, no decorrer dos tempos, foram fatores desencadeantes da preocupação com a infecção nosocomial. Partindo da importância que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) possui dentro de uma instituição pública ou privada, decidiu-se, com o auxílio de uma pesquisa descritivo- qualitativa, fenomenológica de caráter exploratório, acompanhar e observar esse serviço em uma instituição pública de médio porte, em Valência/Valência/Espanha e duas entidades também de médio porte: uma pública e outra privada na cidade de Santa Maria/RS/Brasil, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2003. Baseando-se na linha de pesquisa Saúde e Ambiente, tendo como objetivos específicos observar a aplicação dos métodos de controle de infecção hospitalar da equipe de enfermagem; reconhecer os pressupostos éticos existentes durante os serviços prestados pela CCIH, bem como a existência de uma educação continuada dos profissionais de saúde, foi possível perceber que a CCIH, embora tenha dificuldade diante da vigilância epidemiológica, é de extrema importância à qualidade da assistência prestada na instituição que a possui.

**Palavras-chave:** CCIH, equipe, ótica constante.

<sup>1</sup> Trabalho de final de graduação.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem - UNIFRA.

<sup>3</sup> Orientadora - UNIFRA.

## ABSTRACT

The hospital-infection control consists, from the '80s on, with the publication in law, on April 06<sup>th</sup>, 1987, in the 232 decree, in which the Health Department creates the National Program for the Control of Hospital-Infection. The epidemiological evidences checked since then were factors that brought up the worry with the nosocomial infection. Starting with the importance that the hospital-infection control commission has inside a public of private institution, it was decided, with the help of a descriptive-qualitative, explorative-like phenomenological research, to follow up and observe this service at a middle-sized public institution in Valencia, Spain, and other two institutions, also middle-sized: one public and the other private in the city of Santa Maria, Brazil, from January 2002 to October 2003. Based in the Health and Environment research line, having and specific goals to observe the application of the hospital-infection controlling methods of the nursing team; recognize the ethic bases existing during the services made by the commission, as well as the existence of a continuous education for the health professionals, it was possible to realize that the commission, although having some difficulties in the epidemiological vigilance, its presence becomes extremely important for the quality of the assistance made by the institutions.

**Keywords:** team, constant watch.

## INTRODUÇÃO

O controle de infecção hospitalar tornou-se uma grande preocupação a partir da década de 80. Essa foi concretizada quando, em 1987, o Ministério da Saúde (MS) publicou, no Diário Oficial da União, em 6 de abril, a Portaria nº 232, criando o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH). Em 27 de agosto de 1992, com a Portaria 930, o MS (MARTINS, 2001) deu continuidade a essas normativas expedindo, na forma de anexos, as orientações à prática do controle de infecção hospitalar, orientando que todos os hospitais brasileiros, além das Comissões, também teriam que organizar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, do qual devem participar, no mínimo, um médico e uma enfermeira para cada 200 leitos.

Essa preocupação é oriunda de estudos anteriores, pois já com a precursora da enfermagem, Florence Nightingale, iniciaram-se as práticas voltadas para uma boa assistência aos pacientes, desenvolvendo princípios filosóficos como a valorização do meio ambiente, suas condições de limpeza; iluminação; odor; calor; ruídos e sistema de esgotos (LEOPARDI, 1999).

A atenção a esses pressupostos visa a evitar a infecção e sua disseminação, bem como a aquisição de infecção nosocomial e o controle de pacientes que chegam à instituição já infectados e/ou colonizados. Dessa forma, a avaliação constante dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos passam a se constituir como imprescindíveis para um adequado controle de infecção hospitalar.

Devido à importância desse serviço, esta pesquisa busca, por meio de uma observação participante, acompanhar o trabalho da CCIH, nas diversas situações de combate, controle e prevenção das infecções, em três instituições de saúde de médio porte, uma pública na cidade de Valência/Valência/Espanha e duas na cidade de Santa Maria/RS/Brasil, sendo uma pública e outra privada. Os objetivos desta pesquisa são:

- observar a aplicação dos métodos de controle da infecção hospitalar da equipe de enfermagem;
- reconhecer os pressupostos éticos existentes durante os serviços prestados pela CCIH;
- observar a existência de uma educação continuada dos profissionais da saúde.

## REVISÃO LITERÁRIA

Nos estudos de Rodrigues et al. (1997), é possível constatar que, há muitos séculos, os profissionais da saúde vêm acompanhando a evolução do controle de infecção hospitalar. .

A peste bubônica, na Idade Média, matou um quarto da população até então conhecida o que aumentou a preocupação com a higiene e saneamento. Nesse período, segundo Leopardi (1999), foram criados muitos hospitais, dentre eles, o Hospital St. Thomas em 1213 o qual foi utilizado por Florence Nightingale como sede da Escola de Enfermagem, fundada em 1860. Depois de passar anos servindo em hospitais de guerra, com péssimas condições de assistência a seus enfermos, Nightingale desenvolveu diversos princípios filosóficos, dentre eles, a importância de valorizar o ambiente, no qual, os cuidados com a ventilação, odor, calor, ruídos e sistema de esgotos são imprescindíveis.

A assistência hospitalar, no Brasil, surge no século XVI, com as Irmandades de Misericórdias que são conhecidas como as Santas Casas. Os primeiros relatos de infecção hospitalar, embora não utilizassem esses termos, em 1956, foram sobre a esterilização do material hospitalar e o uso indiscriminado de antibióticos, descritos, posteriormente, pelo precursor dos estudos em torno da preocupação com esses temas que foi Francisconi em 1959 (RODRIGUES et al., 1997).

Em 1960, estudos mais específicos sobre o regime metodológico abordavam a microbiologia; as infecções estreptocócicas e estafilocócicas; as infecções em berçários e cirurgias e a antibioticoprofilaxia. A primeira CCIH foi constituída, em 1963, no Hospital Ernesto Dornelles/RS. Com o decorrer dos anos, foi possível perceber um aumento da preocupação com as conseqüências provocadas pela infecção hospitalar, constatado pelo maior número de CCIHs e estudos acerca do tema.

O maior avanço desta temática ocorreu a partir da década de 80, quando o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 232, no Diário Oficial da União de 6 de abril de 1987, com a criação do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH) e, em 27 de agosto de 1992, com a Portaria 930, expediu, na forma de anexos, as normas do controle de infecção hospitalar que prevêm como integrantes desta equipe um médico infectologista e um enfermeiro para cada 200 leitos.(VERONESI & FOCACCIA, 2002).

Para evitar que esta infecção se desenvolva e dissemine, a equipe deve reduzir o número e tipos de microorganismos transmitidos aos locais que a potencializem. A eliminação de reservatórios; a desinfecção; a esterilização; a lavagem adequada das mãos e dos materiais hospitalares são exemplos de métodos de assepsia que os trabalhadores da saúde devem utilizar para controlar a disseminação de microorganismos (PERRY & POTTER, 1998). A preocupação com nossos pacientes promove o comprometimento em protegê-los contra possíveis danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe (Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 2001).

Sabemos que muitas das infecções adquiridas no ambiente hospitalar podem ser de nossa responsabilidade principalmente, quando não são utilizados os princípios básicos de assepsia, como lavar das mãos. A existência de fatores intrínsecos como idade, sexo e estado nutricional, dentre outros, pertencem a cada paciente e podem contribuir também para o seu quadro clínico (GENERALITAT VALENCIANA, 2000). Todavia, a nossa preocupação está em oferecer ao nosso cliente uma assistência adequada e de qualidade, mantendo presente este sentimento entre a equipe multidisciplinar.

A equipe de saúde deve estar atenta aos indicativos de uma infecção, pois a presença e/ou multiplicação de microorganismos na corrente sanguínea; nas feridas; e nos locais de inserção de catéteres podem provocar diversas alterações nos pacientes, como por exemplo: a hipertermia; o calor; o rubor; a dor; a mudança na coloração de secreções; e a má resposta ao tratamento. A observação permanente da equipe diante dessas reações pode promover um tratamento inicial adequado, evitando a proliferação de germens no organismo do enfermo e no ambiente intra-hospitalar.

De acordo com essas idéias, a nossa preocupação não está limitada à diminuição na realização e presença de fatores extrínsecos como sonda nasoesférica, vesical; catéteres de infusão venosa ou arterial; tubo orotraqueal; etc., mas sim, em uma avaliação constante da necessidade da realização desses procedimentos, porque também são considerados importantes os fatores intrínsecos de cada paciente, descritos por Perry & Potter, (1998): idade; estado nutricional; estresse; hereditariedade; doenças e tratamento clínico.

A infecção adquirida no ambiente hospitalar denomina-se Nosocomial ou Infecção Hospitalar (IH), contudo, antes de diagnosticá-la, é necessário ter em consideração a existência de determinados fatores observados por ocasião da admissão do enfermo. A IH ou Infecção Nosocomial é confirmada quando os sintomas de infecção manifestam-se entre 48 e 72 horas após a internação (VERONESI & FOCACCIA, 2002). Se o paciente tiver ingressado na instituição já infectado e/ou colonizado, isso então seria diagnosticado como uma infecção comunitária.

A satisfação do paciente e seus familiares diante do cuidado a eles dispensado pelos profissionais da saúde está diretamente relacionada à melhoria no desempenho, na produtividade e na motivação no trabalho, proporcionando assim qualidade na assistência. Portanto, para conquistar essa credibilidade, devem-se recrutar profissionais competentes e sempre proporcionar-lhes uma reeducação, ressaltando a importância da comunicação e a realização de condutas adequadas o que refletirá à comunidade referências ideais no padrão de qualidade.

A CCIH faz relação direta com essa premissa, porque, quando se realizam técnicas adequadas de assepsia, diminuímos a possibilidade de que o enfermo adquira alguma IH, caso contrário, ele terá seu tempo de permanência dobrado, gerando mais custos à instituição e provando que há sempre a necessidade de reforçar a importância desse serviço às equipes de saúde.

A CCIH deve dividir-se em atividades de vigilância, de treinamento e burocráticas, com prioridade para o treinamento em serviço, atuando com os profissionais de saúde e vivenciando suas dificuldades. O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) é a entidade que estabelece a maioria de normas e rotinas a serem seguidas pelas CCIHs em nível mundial (RODRIGUES et al., 1997) e cada entidade adapta as indicações do CDC a sua realidade, contribuindo à obtenção de dados fidedignos na busca ativa de IHS e no decorrer dos treinamentos. Com isso, reafirmo o quanto o serviço da CCIH, dentro de uma instituição, tem seu patamar de importância para funcionários e pacientes.

Por isso, uma das atividades mais importantes da CCIH é a busca ativa de pacientes colonizados e/ou infectados por algum microorganismo, realizada freqüentemente em pacientes das unidades de tratamento intensivo: adulto; pediátrica; neonatal e coronariana. Nessas unidades, ocorre o monitoramento permanente desses enfermos, até que recebam alta para outras unidades, quando continua sendo avaliada a presença, a necessidade e a eficácia dos antibióticos a eles prescritos, junto à realização de novas culturas, se houver necessidade. Os dados obtidos, na busca ativa, somam-se aos fatores intrínsecos e extrínsecos observados, com a finalidade de obter informações mensais para a realização de uma tabela que demonstrará a existência ou não de IH em um determinado período.

A partir disso, a instituição poderá avaliar a eficácia da assistência prestada a esses enfermos e também, se as técnicas preconizadas pela CCIH estão sendo devidamente empregadas, como no caso da lavagem das mãos, pois se sabe que determinados microorganismos são transmitidos pelo contato. Para que se obtenham os resultados esperados e satisfatórios diante da infecção hospitalar, contamos com um dos serviços mais importantes dentro de um hospital: equipe de higienização. Essa equipe contribui para o êxito nas atividades preconizadas pela CCIH, responsável pela orientação e fiscalização de técnicas e produtos corretos, entre elas, podemos referendar o desenvolvimento de um trabalho em conjunto para detectar a presença de insetos e roedores no ambiente hospitalar, acionando, quando necessário, o serviço responsável para o seu combate.

Nesse sentido, a manutenção da ética, no tratamento dos pacientes, é importante para a qualidade da assistência prestada, porque a ação humana, verdadeira ou falsa, justa ou injusta, está presente no sentido ético a ser aplicado. Devemos então manter a não-ambigüidade entre o que verbalizamos e o modo como executamos as tarefas profissionais. Dessa maneira, isso se torna uma função fundamental principalmente, quando nos deparamos com um caso de isolamento, no qual, o enfermo sente-se como uma ameaça aos demais, pois devido à utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), como luvas; máscaras; óculos de proteção ou escudo facial; protetores respiratórios; avental; gorro e calçados, acabamos por reafirmar esse sentimento no enfermo (OPPERMANN, 2003).

A instituição deve deixar clara a autonomia conferida à CCIH para que ela possa iniciar ações consideradas necessárias à redução do risco de infecções, como coletar material para culturas, afastar profissionais com doenças transmissíveis e interditar leitos para controle de infecções (RODRIGUES *et al.*, 1997). Esse trabalho deve ser realizado em parceria,

pois sem a colaboração da instituição e equipes multidisciplinares, a eficácia no controle das infecções hospitalares fica prejudicada.

Reforça-se então que, para eficácia do serviço da CCIH, faz-se imprescindível a colaboração de toda instituição hospitalar.

## **METODOLOGIA**

A abordagem metodológica deste estudo utilizou os princípios da fenomenologia, pois se está preocupado em realizar uma descrição qualitativa do fenômeno de controle de infecção hospitalar, a partir de uma observação participante em três instituições de saúde de médio porte da iniciativa pública e privada. A observação e o acompanhamento deste objeto de pesquisa ocorreu na cidade de Valência/Valência/Espanha e em outras duas, na cidade de Santa Maria/RS/Brasil, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2003, enquadrando-se na linha de pesquisa Saúde e Ambiente da UNIFRA.

A observação e o acompanhamento das atividades realizadas acerca do Controle de Infecção Hospitalar foram registrados com base em três questionamentos organizados a partir dos objetivos estabelecidos para esta investigação:

- Os profissionais de enfermagem recebem educação continuada sobre o Controle de Infecção Hospitalar na instituição em que trabalham?
- Os profissionais de enfermagem realizam os métodos adequados para o controle da IH?
- A CCIH compromete-se com a qualidade de assistência prestada ao paciente, mantendo a ética na obtenção de dados?

Tomando como referência os dados coletados foi possível promover a sua discussão e, a partir dela, apontar as conclusões deste estudo.

## **DISCUSSÃO DOS DADOS**

Observou-se em Valência/Valência/Espanha, em uma entidade pública de médio porte todas as atividades competentes a um serviço de CCIH, bem estruturado. O serviço atendia a todos os casos de pacientes colonizados e/ou infectados nas visitas que se realizavam três vezes por semana às unidades intensivas. Sempre que houvesse necessidade, também eram feitas visitas as outras unidades pelo enfermeiro responsável que possuía toda autonomia em relação à equipe médica para concordar ou discordar do tratamento proposto, incluindo o uso de antibióticos, isolamento protetor e a prescrição de novas culturas, se houvesse necessidade.

A equipe, em Valência, está composta por três médicos: dois dentro da saúde do trabalho e um infectologista responsável pela CCIH; por três enfermeiros, um para busca ativa de pacientes colonizados e/ou infectados junto à fiscalização do CME e coleta seletiva de resíduos e dois pelas triagens de enfermagem, imunizações e coleta de sangue no laboratório, além de uma secretária.

Em Valência, todas as normas preconizadas pela CCIH levam como base as normas do “*Center for Disease Control*” (CDC), Organização Panamericana de Saúde (OPS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Conselho de Saúde Valenciano e na Sociedade Espanhola de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Higiene adaptadas à realidade da instituição. Observou-se que os funcionários da entidade utilizavam os métodos assépticos que aprenderam durante sua formação, mas como se sabe, sempre se devem lembrar técnicas, métodos e a importância do serviço, a CCIH ministra palestra e, conforme a necessidade, pequenos cursos para as equipes, incentivando a utilização das técnicas adequadas para assim manter a qualidade no serviço.

A CCIH tem acesso direto, via intranet (sistema este que interliga todos os serviços da instituição), ao laboratório de microbiologia, no qual, diariamente, obtêm-se os resultados de pacientes colonizados e/ou infectados para que se possam realizar as visitas caso não ocorra a comunicação à medicina preventiva. Com isso, facilitamos a atividade desenvolvida pelo enfermeiro responsável.

A Espanha, em geral, preocupa-se com o índice de infecções adquiridas no ambiente intra-hospitalar, por isso, desde o ano de 1990, aplica, no mesmo período, em todos os hospitais espanhóis, um Estudo de Prevalência das Infecções Nosocomiais (EPINE), para obter o número de infecções nosocomiais, microorganismos prevalentes e os principais antibióticos utilizados, com ou sem necessidade, dentro dos fatores observados que colaboram na melhoria da qualidade no atendimento hospitalar prestado. O EPINE é aplicado a todos os pacientes que ingressaram durante as datas preestabelecidas, seguindo um manual que é distribuído, anualmente, às instituições para que sigam, igualmente, as normas nele descritas, mas existem divergências entre os profissionais quanto à eficácia do estudo, porque acreditam que acabamos selecionando infecções características da época, pois sabe-se que, nos hospitais espanhóis, existem picos de infecções, ou seja, no período da pesquisa, o nível pode estar alto ou baixo, podendo se obter, com isso, um resultado enganoso na pesquisa. Porém este estudo faz com que cresça a preocupação das equipes em realizar os métodos corretos de assepsia, demonstrando que, mesmo sendo uma instituição mantida com

dinheiro público, observa-se o comprometimento na prestação de um serviço de qualidade do qual todos participam para que haja eficácia da CCIH.

No Brasil, mais especificamente, na cidade de Santa Maria/RS, a pesquisa observou duas entidades de médio porte: a primeira pública e a segunda privada. Durante a observação participante realizada na instituição pública, pôde-se identificar a falta de um serviço de controle de infecção hospitalar e o quanto esse é importante dentro de uma entidade, pois os funcionários acabam por utilizar o que aprenderam durante os cursos, baseando-se nas normas aplicadas por outras instituições e adaptando-as à sua realidade e à disponibilidade financeira. A coleta de resíduos é feita de maneira insatisfatória, pois o lixo considerado infectante como material biológico; sangue e hemoderivados; resíduos cirúrgicos e anatomopatológicos, descritos por Oliveira et al. (1998), misturam-se aos resíduos comuns indo para o “lixão” da cidade, o que está longe de ser o adequado fim para esses materiais.

No período de visitas que se dividiu entre manhã e tarde, confirmou-se o quanto a CCIH tem seu papel de importância dentro de uma instituição e é por meio dessa que ocorre uma educação permanente dos profissionais, pois já descreveu Rodrigues et al. (1997) que os servidores da saúde necessitam formação constante para que se possa exigir a eficácia e eficiência do serviço. A diversidade de idade entre os funcionários também é um fator importante a ressaltar, pois nem todos seguem sua formação, ou seja, funcionários, recentemente aptos, agem ou tentam agir nos procedimentos de forma correta, o que não acontece com os profissionais atuantes há mais tempo na instituição. E é nesse momento que a instituição deve sempre proporcionar uma educação continuada a seus empregados.

Os conceitos de trabalho em equipe foram criados para serem aplicados e experimentados durante as jornadas de trabalho, com isso também reforçamos o quanto todos os funcionários de uma instituição precisam, devem e necessitam trabalhar em conjunto para uma assistência de qualidade, mas para isso, também necessitam do incentivo da administração, gerência e de verbas suficientes para realização de uma educação continuada que provoque o comprometimento dos funcionários durante seu trabalho.

A lavagem das mãos, método singular de prevenção de infecções que deve ser realizado sempre que tivermos atividade com nosso paciente, não foi respeitado na maioria dos procedimentos que foram realizados, e esse tem um custo econômico pequeno para entidade. Isso vem a demonstrar que não faltam somente verbas, mas sim, uma conscientização, responsabilidade e comprometimento que se sustenta dentro da ética profissional. Atitudes equivocadas que são empregadas com o doente mostram que a supremacia

absoluta da razão não se encontra inserida no profissional de saúde, pois nenhuma atitude ou instituição terá valor se não estiver entrelaçada na razão, ou seja, nos valores éticos, que dizem respeito, específica e exclusivamente, ao modo de ser homem. A desorganização observada nesta instituição descreve o ato não-cidadão de ações da área da saúde.

A segunda instituição observada em Santa Maria/RS/Brasil, assim como a de Valência/Valência/Espanha, também possui uma CCIH operante, estando composta por uma enfermeira; um médico infectologista e uma secretária. Realizam-se visitas três vezes durante a semana às unidades intensivas pelo enfermeiro e pelo médico, e o segundo participa com periodicidade de apenas um “round” das visitas. Como, nessa entidade, o enfermeiro não tem total autonomia para prescrever novas culturas e discutir o tratamento do paciente, ele acaba por deixar uma falha na busca ativa de IHS, o que vem a provocar um trabalho adicional.

Essa constatação demonstra a necessidade de rever os princípios orientadores desta prática, porque o enfermeiro apresenta habilidades técnicas, bem como competência para desempenhar tais tarefas. Na observação realizada em Valência/Valência/Espanha, foi possível constatar que o enfermeiro da CCIH possuía total liberdade para discutir e prescrever novas culturas, quando houvesse necessidade, demonstrando a existência de uma centralização do trabalho e de uma atividade profissional mais autônoma.

Na realização da busca ativa, analisam-se a presença de fatores extrínsecos seu tempo de permanência; o tipo de microorganismos; os antibióticos utilizados, tempo de uso e se o tratamento proposto está apresentando resultados. Sempre que há necessidade, prescrevem-se novas culturas e/ou solicita-se a realização de um novo antibiograma, exame esse que detecta o tipo e a quantidade de antibiótico ou agente quimioterápico necessário para inibir o crescimento bacteriano (FISCHBACH, 1998) para que se assegure o uso adequado de antimicrobianos, evitando a aplicação indiscriminada desses. Essa é uma preocupação que deve estar presente na consciência médica, quando realizar a prescrição, porque a solicitação de um início de antibióticos sem necessidade pode ser um fator desencadeador de uma resistência a esses medicamentos, como descreve Schechter (1998). Nesse momento, a CCIH desempenha o seu papel vital, tendo a oportunidade de discutir o tratamento que se vem empregando.

Os dados obtidos durante as visitas às unidades intensivas são, posteriormente, inseridos em uma tabela que demonstrará o número de IHS referentes a cada mês, fortalecendo assim entre os funcionários o cuidado

do manuseio com o enfermo, pois estão sobre reservação constante da CCIH.

Durante as visitas que se realizaram, no período da manhã e tarde, acompanharam-se todas as atividades desenvolvidas pela CCIH e, além da busca ativa também há a educação continuada proporcionada a funcionários novos, antigos, a estagiários presentes na instituição, o que é de extrema importância para qualidade do serviço, pois quando se ministram cursos e palestras pode-se exigir a eficácia do serviço.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) 9394/96, descreve, no capítulo II da Educação Básica, no seu artigo 22, que “ A educação básica tem por finalidade desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores.” (CARNEIRO, 1999, p.82). Isso reafirma a diferença que uma educação continuada provoca em uma equipe, a entidade empregadora responsável também pelo bom atendimento dispensado a seus pacientes.

O Centro de Material Esterilizado (CME) e o serviço de higienização funcionam, separadamente, da CCIH, mas como ambos estão interligados para qualidade da assistência prestada aos pacientes, ocorre um trabalho de equipe, comprovando que a CCIH não trabalha sozinha, ao contrário, necessita da colaboração de todos os funcionários da Instituição para que se mantenha a qualidade na assistência prestada aos pacientes.

Relatos da Era Medieval comprovaram que a sociedade organizava-se hierarquicamente, respeitando os princípios da moralidade. Dessa forma, eram os valores éticos que geravam o sincronismo organizacional, visando ao progresso contínuo do homem. Os indivíduos imersos nessa conjuntura ética interpretavam inúmeros papéis nessa sociedade, porém em momento algum, eram despidos da prática cidadã e da ética profissional. Hoje podemos afirmar que esses pressupostos ainda estão presentes, pois embora sejamos consumidores de bens e serviços, classificamo-nos como atores sociais e também somos responsáveis pelo bem ou mau viver tanto em nível individual quanto coletivo.

Sabemos que, para alcançar a eficácia dos serviços oferecidos pela CCIH e a total qualidade na assistência prestada aos nossos pacientes, é preciso um trabalho em equipe, buscando manter a ética ao realizarmos as nossas atividades. O comprometimento a preocupação, a motivação e a atuação, às dificuldades do grande grupo são fatores determinantes para o êxito no cuidado com nossos enfermos.

## CONCLUSÕES

Neste estudo, foi possível perceber que ocorreu um aumento significativo em relação à preocupação com o controle das infecções, antes restritos apenas aos cuidados pertinentes ao ambiente oferecido ao enfermo, como relatou Nightingale. Hoje, sabe-se que as práticas de vigilância vão muito além da simples ação que envolve a busca para proporcionar um ambiente agradável ao paciente. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) surgiu como um dos mais importantes e maiores avanços nesse sentido, pois os serviços prestados pelas instituições estão comprometidos com a oferta de um serviço de qualidade ao cliente, seja na assistência que compreende evitar a contaminação por microorganismos seja pela satisfação plena deste em relação à totalidade dos serviços prestados.

A CCIH, além do trabalho de busca nos leitos intensivos de uma possível colonização e/ou infecção, também deve proporcionar a reciclagem dos funcionários da entidade, lembrar técnicas e teorias e mantê-los motivados para a jornada de trabalho.

Considerando essas funções como atribuições da comissão, cabe ressaltar que o seu conjunto aliado à participação ativa das equipes multidisciplinares ocasionará êxito na atenção dispensada aos enfermos.

Este estudo demonstrou que a dificuldade está em conseguir acompanhar a evolução desse trabalho junto às equipes e aos pacientes, pois sendo um enfermeiro e um médico para cada 200 leitos (RODRIGUES, 1998), torna-se difícil constatar a qualidade de assistência oferecida. Para alcançar esse objetivo, faz-se necessária a colaboração dos enfermeiros de cada unidade, com outras equipes, para que também venham a ser fiscalizadores e orientadores diante das normas estabelecidas e preconizadas pela CCIH.

O fato de ser uma equipe pequena não é a única dificuldade que a CCIH enfrenta, a escassa conscientização dos profissionais e as dificuldades econômicas experimentadas pelas instituições públicas no Brasil vêm a predispor uma má qualidade na assistência prestada. Há uma grande disparidade entre os espaços público e privado das instituições observadas, tanto nas verbas quanto no comprometimento, durante o cuidado com os pacientes, essa constatação levou-me a um estado reflexivo sobre o que podemos fazer para priorizar os recursos para a saúde? Podemos assistir, de braços cruzados, ao dismantelamento do bem público em favor dos interesses privatizadores da economia mundial? São questionamentos que deixam aberta a necessidade das atitudes éticas e comprometidas dos profissionais da saúde que mantêm contato permanente com as mazelas

sociais, econômicas e culturais enfrentadas pelas classes sociais menos privilegiadas da sociedade.

A obrigatoriedade deste serviço, desde 1987, faz do CCIH uma comissão que requer uma ação atuante dentro das instituições de saúde, exigindo a presença de profissionais habilitados e comprometidos com as suas práticas. Nesse contexto, o enfermeiro necessita de mais autonomia para exercer suas funções, visto que ele é o profissional que mantém um contato mais efetivo e direto com os pacientes e as equipes multidisciplinares.

A postura ética, no acompanhamento e na observação das atividades realizadas pela CCIH, durante as visitas às instituições pesquisadas me proporcionaram a possibilidade de participar, construtivamente, dos serviços prestados por essas comissões, quando pude constatar o papel importante desta equipe dentro de uma instituição de saúde, seja pública seja privada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOLICK, Diana. **Segurança e controle de infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2000.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 232 de 04 de abril de 1987**. Brasília: Diário Oficial da União, 06 de junho de 1987, Seção II, 1987.

CARNEIRO, Moaci. **LDB fácil: leitura crítico-compreensiva artigo a artigo**. 4.ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN)/AUTARQUIA FEDERAL 2001. **Lei nº 5.905/73**. Porto Alegre: COREN, 2001.

FISCHBACH, Frances. **Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnóstico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GENERALITAT VALENCIANA. **Recomendaciones para el control de la infección nosocomial**. Valencia: Textos Imatges, 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

MARTINS, Maria. **Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

OLIVEIRA, Adriana; ALBUQUERQUE, Cláudio, ROCHA, Lúcia. **Infecções hospitalares: abordagem, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

OPPERMANN, Carla. **Manual de biossegurança para serviços de saúde**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/Secretaria Municipal de Saúde/Conselho Geral de Vigilância Sanitária, 2003.

PERRY, Carlos; POTTER, Willian. **Grande tratado de enfermagem prática**. 2. ed. São Paulo: Medsi, 1998.

RODRIGUES; Paulo et al. **Infecções hospitalares prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997.

SCHECHTER, Mauro. **Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002.