

ALINE MASSAROLI

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA O  
APRIMORAMENTO DAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE  
INFECÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Jussara Gue Martini.

Florianópolis  
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Massaroli, Aline

Educação permanente como ferramenta para o aprimoramento das práticas de controle de infecção hospitalar.

[dissertação] / Aline Massaroli ; orientadora, Jussara Gue Martini - Florianópolis, SC, 2012.

133 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Educação continuada. 3. Controle de infecção. 4. Infecção hospitalar. I. Martini, Jussara Gue. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

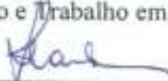
ALINE MASSAROLI

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA  
O APRIMORAMENTO DAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE  
INFECÇÃO HOSPITALAR


Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela  
Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM


e aprovada em 19 de outubro de 2012, atendendo as normas e  
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de  
Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem .

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Jussara Gue Martini  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Vânia Marli Schubert  
Backes  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Marta Lenise do Prado  
Membro Suplente

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Luciana M. Rosa  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Claudinete M. C. B.  
Vasconcelos  
Membro

*Dedico este trabalho aos meus pais,  
Idemar e Claudineia, pelo apoio,  
carinho e compreensão durante mais  
esta etapa de minha caminhada.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus por estar sempre presente em minha vida, por me capacitar para que eu tenha discernimento e equilíbrio durante cada momento de minha caminhada, tornando meus sonhos possíveis.*

*Aos meus pais, Idemar e Claudineia, por todo o amor, carinho, ensinamentos e confiança, por acreditarem e me incentivarem todos os dias para que eu permaneça nesta caminhada. Ao meu irmão Rodrigo e a minha cunhada Daiane, pelo companheirismo e incentivo.*

*A professora Jussara Gue Martini, minha orientadora, por seu exemplo, dedicação, paciência e atenção, expressei meu profundo agradecimento, admiração e respeito, por sua atitude mediadora, nos permitindo encontrar e escolher nossos caminhos.*

*As professoras Vânia Backes, Luciana M. Rosa, Marta Lenise do Prado e a enfermeira Claudiniete Vasconcelos – membros da banca – por todos os apontamentos que contribuíram para enriquecer este trabalho.*

*Aos amigos, Ana Tereza, Luíne, Narciso, Pamilla, Lorenzo, Livia e Adalmir, pelo carinho, incentivo e apoio, também neste período. Por tornarem o caminho mais suave, alegre e interessante.*

*Aos professores e colegas, membros do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde – EDEN – pela possibilidade de crescimento, desenvolvimento e experiências compartilhadas.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC – professores e ao pessoal técnico-administrativo, pelo incentivo, confiança e conhecimentos compartilhados.*

*Ao Hospital e Maternidade Santa Luíza, por me apoiar e incentivar neste processo, flexibilizando e compreendendo minhas necessidades e contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.*

*A professora Marta Lenise do Prado, por compartilhar sua experiência e conhecimentos. Com quem tive o prazer de trabalhar como bolsista do Projeto “Ensino na Saúde: caminhos para a superação da formação profissional para o SUS”. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES – pelo apoio financeiro neste processo de formação e busca pelo conhecimento.*

*Aos profissionais de saúde, participantes desta pesquisa, pela credibilidade, disponibilidade e seriedade ao aceitarem participar desta pesquisa.*

## RESUMO

As infecções relacionadas à assistência à saúde constituem-se em um problema de grande relevância, que precisa ser constantemente trabalhado junto à equipe para que se consiga controlar a sua incidência nas instituições de saúde. Em função da situação que havia se instalado, foi publicada uma resolução que tornou obrigatórias a implantação e a permanência das Comissões de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde. Desde o início, uma das competências dessas comissões era a capacitação dos profissionais de saúde, visando promover a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. A capacitação dos profissionais ainda é reconhecida como uma atividade essencial na atuação dessas comissões. Em 2004, o governo federal, deparando-se com a necessidade de desenvolver novas políticas visando à capacitação dos recursos humanos da área da saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde, publica a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com o intuito de gerar condições favoráveis para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde. Esta pesquisa teve o objetivo de conhecer como os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar de hospitais de médio e grande porte das Regiões de Saúde de Blumenau, Itajaí e Balneário Camboriú têm desenvolvido a Educação Permanente com vistas a promover a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Constituiu-se em uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada com os profissionais médicos e enfermeiros das Comissões de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde(.) de hospitais de médio e grande porte das Regiões de Saúde de Blumenau, Itajaí e Balneário Camboriú do Estado de Santa Catarina. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, proposta por Bardin. A pesquisa seguiu os princípios da Resolução 196/96, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada pelo Parecer nº 2293/2012. Os resultados deste estudo evidenciaram que as Comissões de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde têm buscado desenvolver a educação entre os profissionais de saúde de suas instituições, ficando clara a importância que atribuem à educação para o desenvolvimento de ações de prevenção e de controle das infecções. A estruturação desse processo se dá por meio da elaboração de cronogramas anuais englobando os temas mais relevantes para a área de controle e prevenção de infecções, participando dessa construção, na maioria das comissões, os

profissionais médico e enfermeiro, sendo por vezes envolvidos os demais profissionais. Observou-se, ainda, que, na maioria das comissões, o profissional que desenvolve toda a parte educativa relacionada ao controle de infecções no ambiente hospitalar é o enfermeiro, sendo que o médico que desenvolve as atividades na Comissão se isenta desta responsabilidade junto à equipe de profissionais de saúde, bem como da educação junto a seus colegas médicos. Destaca-se também a dificuldade encontrada por todos os Serviços de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em englobar e atingir os médicos neste processo educativo visando à promoção do controle e da prevenção das infecções. Ao investigar os meios utilizados para atingir este objetivo, encontram-se a utilização de aulas expositivas utilizando apresentações em programas de *slides*, atividades práticas, dinâmicas de grupo, divulgação de protocolos com rotinas assistenciais, visitas técnicas aos setores e unidades com retorno dos resultados aos envolvidos, apontando as conformidades e inconformidades encontradas, bem como apresentando sugestões para modificação da realidade local. Percebe-se que os processos educativos desenvolvidos pelos Serviços de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde aproximam-se das recomendações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, quando tentam encontrar no dia a dia dos profissionais os principais problemas e dificuldades, trabalhando-os com a equipe de saúde por meio de atividades educativas. Entretanto, ainda há o predomínio da utilização de métodos tradicionais de ensino aprendizagem, bem como uma carência do emprego de metodologias ativas e problematizadoras nestes processos educacionais. Sendo necessário que os profissionais controladores de infecção considerem inicialmente a necessidade sentida pelos profissionais de saúde e os coloquem como corresponsáveis deste processo.

**Descritores:** Educação Continuada. Controle de Infecções. Infecção Hospitalar.

## ABSTRACT

Infections in connection with health care constitute a problem of high relevance that must be constantly handled with the staff in order to control its incidence within health institutions. In view of the installed status, a resolution has been published whereby the implantation and permanence of the Health-related Infections Control Commissions are obligatory. Since the beginning, one of these commissions' competences was the qualification of health professionals with the purpose of promoting the prevention and control of infections in connection with health care. The professionals' qualification is still recognized as an activity that is essential for the performance of these commissions. In 2004, considering the need of developing new policies aimed at qualifying human resources from the health sector in order to consolidate the Unique Health System, the Federal Government published the National Policy for Health Permanent Education with the objective of generating the favorable conditions as to the education and development of human resources for the health sector. This research had the objective of learning how Hospital Infection Control Services of medium- and large-sized hospitals from the Health Regions of Blumenau, Itajaí and Balneário Camboriú have developed the Permanent Education with the purpose of promoting the prevention and control of hospital infections. It is a research with qualitative approach, of the exploratory and descriptive type. The data collection was done by means of semi-structured interview with physicians and nurses of the Health-related Infections Control Commissions of medium- and large-sized hospitals from the Health Regions of Blumenau, Itajaí and Balneário Camboriú of the State of Santa Catarina. The data were analyzed by the content analysis as proposed by Bardin. The research followed the principles of the Resolution 196/96, being submitted to the Committee of Ethics in Research with Human Beings of the Federal University of Santa Catarina, approved by the Opinion no. 2293/2012. The results of this study evidenced that the Health-related Infections Control Commissions have made efforts in order to develop education among health professionals of their institutions as well as the importance they assign to education for the development of actions in order to prevent and to control infections. The structure of this process is organized from the elaboration of annual schedules that comprise the most relevant issues for the field of infections control and prevention. Such construction counts on the participation of physicians and nurses from most commissions and sometimes of other professionals as well. It



has also been noted that in most of the commissions, the nurse is the professional that develops all educational program related to the infections control in the hospital environment. Meanwhile, the physician who develops the activities in the Commission is exempted from such responsibility before health professionals as well as regarding education before medical peers. It is also outstanding the difficulty found by all the Health Care-related Infections Control Services in comprising and reaching the physicians within this educational process with the purpose of promoting the control and prevention of infections. Upon investigating the means utilized to reach this objective, there are expositive classes with presentation of slides, practical activities, group dynamics, divulgation of protocols with care routines, technical visits to the sectors and units with feedback of the results to the involved parties by pointing out the conformities and non-conformities found as well as presenting suggestions to modify the local reality. One perceives that the educational processes developed by the Health Care-related Infections Control Services are close to the recommendations of the National Policy of Health Permanent Education when they try to find in the professionals' daily routine, the main problems and difficulties and work them with the health staff by means of educational activities. However, there is still predominance of the utilization of traditional teaching and learning methods as well as a lack of the utilization of active and problem-raising methodologies in these educational processes. The professionals in charge of infection control must initially consider the needs of health professionals and should call them to become co-responsible in this process.

**Keywords:** Continuous Education. Control of Infections. Hospital Infection.

## RESUMEN

Las infecciones relacionadas a la asistencia a la salud se constituyen en un problema de gran relevancia, que precisa ser constantemente trabajado junto al equipo para que se logre controlar su incidencia en las instituciones de salud. Debido a la situación que se había instalado, se publicó una resolución que hizo obligatorias la implantación y la permanencia de las Comisiones de Control de Infecciones Relacionadas a la Salud. Desde el comienzo, una de las competencias de esas comisiones era la capacitación de los profesionales de salud, visando promover la prevención y el control de las infecciones relacionadas a la asistencia a la salud. La capacitación de los profesionales es aún reconocida como una actividad esencial en la actuación de esas comisiones. En 2004, el gobierno federal, deparándose con la necesidad de desarrollar nuevas políticas visando la capacitación de los recursos humanos del área de la salud para la consolidación del Sistema Único de Salud, publicó la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, con el objetivo de generar condiciones favorables para la formación y desenvolvimiento de los recursos humanos para la salud. Esta pesquisa tuvo el objetivo de conocer cómo los Servicios de Control de Infección Hospitalaria de hospitales de mediano y gran tamaño de las Regiones de Salud de Blumenau, Itajaí y Balneário Camboriú han desarrollado la Educación Permanente con vistas a promover la prevención y el control de las infecciones hospitalarias. Se constituyó en una pesquisa con abordaje cualitativo, del tipo exploratorio descriptivo. La recolección de datos se dio por medio de entrevista semiestructurada con los profesionales médicos y enfermeros de las Comisiones de Control de Infecciones Relacionadas a la Salud de hospitales de mediano y gran tamaño de las Regiones de Salud de Blumenau, Itajaí y Balneário Camboriú del Estado de Santa Catarina. Los datos fueron analizados a través del análisis de contenido, propuesto por Bardin. La pesquisa siguió los principios de la Resolución 196/96, siendo sometida al Comité de Ética en Pesquisa con Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina, aprobada por la Opinión nº 2293/2012. Los resultados de este estudio evidenciaron que las Comisiones de Control de Infecciones Relacionadas a la Salud han buscado desenvolver la educación entre los profesionales de salud de sus instituciones, quedando clara la importancia que atribuyen a la educación para el desenvolvimiento de acciones de prevención y de control de las infecciones. La estructuración de este proceso se dio por medio de la elaboración de cronogramas anuales englobando los temas más

relevantes para el área de control y prevención de infecciones, participando de esa construcción, en la mayoría de las comisiones, los profesionales médicos y enfermeros, siendo por veces envueltos los demás profesionales. Se observó, aún, que, en la mayoría de las comisiones, el profesional que desenvuelve toda la parte educativa relacionada al control de infecciones en el ambiente hospitalario es el enfermero, siendo que el médico que desenvuelve las actividades en la Comisión se exime de esta responsabilidad junto al equipo de profesionales de salud, bien como de la educación junto a sus colegas médicos. Se destaca también la dificultad encontrada por todos los Servicios de Control de Infecciones Relacionadas a la Asistencia a la Salud en abarcar y alcanzar a los médicos en este proceso educativo visando la promoción del control y de la prevención de las infecciones. Al investigar los medios utilizados para alcanzar este objetivo, se encuentran la utilización de clases expositivas con presentaciones en programas de diapositivas, actividades prácticas, dinámicas de grupo, divulgación de protocolos con rutinas asistenciales, visitas técnicas a los sectores y unidades con retorno de los resultados a los envueltos, apuntando las conformidades e inconformidades encontradas, así como presentando sugerencias para modificación de la realidad local. Se percibe que los procesos educativos desenvueltos por los Servicios de Control de Infecciones Relacionadas a la Asistencia a la Salud se aproximan de las recomendaciones de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, cuando intentan encontrar en el diario de los profesionales los principales problemas y dificultades, trabajándolos con el equipo de salud por medio de actividades educativas. Sin embargo, todavía hay el predominio de la utilización de métodos tradicionales de enseñanza aprendizaje, así como una carencia del empleo de metodologías activas y problematizadoras en estos procesos educacionales. Además, se hace necesario que los profesionales controladores de infección consideren inicialmente la necesidad sentida por los profesionales de salud y los pongan como coresponsables de este proceso.

**Palabras-Clave:** Educación Continuada. Control de Infecciones. Infección Hospitalaria.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CECISS	Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIH	Controle de Infecção Hospitalar
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ICSRC	Infecção Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter
IH	Infecção Hospitalar
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama detalhando o processo de busca e seleção dos artigos que compuseram o universo deste estudo.....	37
Figura 2 – Mapa político do Estado de Santa Catarina (SC, 2011)....	53
Figura 3 - Diagrama de apresentação das categorias e subcategorias da pesquisa.....	56

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição dos artigos segundo a classificação da área principal dos periódicos na avaliação Qualis/CAPES-2012.....	41
Tabela 2 – Variedade e frequência de assuntos encontrados nos artigos analisados.....	42

## SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
LISTA DE ABREVIATURAS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
1 INTRODUÇÃO .....	17
2 APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	23
2.1 CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR .....	23
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	26
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	28
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	31
3.1 MANUSCRITO 1 – Educação Permanente como ferramenta para o desenvolvimento de práticas de Controle de Infecção Hospitalar .....	31
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....	51
4.1 LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO.....	51
4.2 COLETA E REGISTRO DOS DADOS .....	54
4.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	55
4.4 DIMENSÕES ÉTICAS .....	57
5 RESULTADOS .....	59
5.1 MANUSCRITO 2 – Profissionais do controle de infecção hospitalar: perfil e estratégias utilizadas .....	61
5.2 MANUSCRITO 3 – Educação Permanente em Saúde e Controle de Infecções, como se relacionam.....	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	105
REFERÊNCIAS .....	107
APÊNDICES .....	113
ANEXOS.....	127





## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico tem sido responsável por profundas transformações na sociedade, causando uma verdadeira mutação em sua estrutura e na organização de seus componentes, impondo-lhe novas maneiras de pensar, agir e perceber o mundo (TOFLER, 1970). Como integrante da sociedade, o setor da saúde recebeu igualmente todos os benefícios desse desenvolvimento, tecnologias, facilidades e aprimoramento dos serviços, porém, também se deparou com os problemas gerados por todas essas mudanças (FERRAZ, 2005).

Para a saúde esse desenvolvimento trouxe também, como consequência, a complexidade do atendimento, tornando-o cada vez mais dependente de centros que congreguem os recursos diagnósticos e terapêuticos, em consequência, o hospital se transformou em um polo de atração para profissionais da saúde e pacientes. Este aprimoramento trouxe maior segurança e resolutividade ao sistema, todavia, aumentou os efeitos iatrogênicos, entre eles a infecção hospitalar, que vem consumindo verbas progressivas na manutenção da assistência à saúde (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Apesar de as infecções hospitalares serem conhecidas há centenas de anos e de se ter relatos de ações e trabalhos para o seu controle na mesma proporção, ainda nos dias atuais continua sendo um problema de grande relevância, que precisa ser constantemente trabalhado junto à equipe de saúde para que se consiga controlar a sua incidência nas instituições de saúde (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Durante as primeiras décadas do século XX foram raros os profissionais de saúde que se preocuparam em avaliar continuamente o risco de seus pacientes desenvolverem infecção hospitalar (IH), sendo que esses episódios eram diagnosticados pelos próprios profissionais que estavam assistindo os pacientes e tomavam condutas isoladas a cada caso para a resolução do mesmo. Entretanto, com os avanços que se desenvolveram para a assistência à saúde e com a inexistência de dados centralizados, a detecção de problemas era rara, obtida apenas quando assumia grandes proporções, sendo então criadas comissões provisórias voltadas para aquele surto em particular. A ocorrência cada vez mais frequente de infecções hospitalares causadas por microrganismos resistentes aos antimicrobianos foi o principal fator que motivou a organização de comissões permanentes para o controle de infecções (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Deparando-se cada vez mais com complicações decorrentes de infecções hospitalares e o alto custo para recuperação da saúde do indivíduo que a desenvolvia, bem como o impacto social que esta vinha causando, na década de 80 do século passado, o Estado assumiu a IH como problema de saúde pública, tornando obrigatória a implantação, em todos os hospitais brasileiros, das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (BRASIL, 1983). Naquela época, umas das competências dessas comissões era a capacitação, por meio de centros de treinamento, dos profissionais de saúde, visando promover a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Apesar do avanço no conhecimento das IHS e do aprimoramento da política nacional de controle destas, o treinamento dos profissionais ainda é reconhecido como uma atividade essencial na atuação das CCIHs (BRASIL, 1998).

Paralelo a todas estas transformações acerca do controle das IHS, no transcorrer da década de 80 aumentava a valorização da relação trabalho e educação, desencadeando diversas discussões acerca deste tema, resgatando as dimensões do fenômeno educativo, seu caráter mediador e sua especificidade no processo de transformação da realidade (FERRAZ, 2005).

Na área da saúde, a partir dessa década, se intensificaram as discussões acerca de qual seria o processo de educação mais eficaz, que suprisse as necessidades de disseminação do conhecimento necessário aos profissionais de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes, sendo que a IH passou a ser um dos principais indicadores desta qualidade.

Nessa perspectiva, em 2004 o Ministério da Saúde, reconhecendo sua responsabilidade para com a formação e capacitação dos trabalhadores de saúde, instituiu por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta surge com o intuito de gerar condições favoráveis para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) “é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p. 8). Tem como finalidade aprimorar os processos educacionais, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, atingindo as práticas profissionais e a organização do mesmo, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho.

Paschoal, Mantovani e Méier (2007, p.480) propõem um conceito que considera a Educação Permanente como

[...] um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social.

Dessa forma, percebe-se que a Educação Permanente tem o objetivo de mudar as práticas dos serviços de saúde, por meio da educação dos profissionais, discussão de condições existentes, e da necessidade de mudanças destas possibilidades.

Frente aos objetivos propostos pela educação permanente em saúde, durante minha graduação participei como bolsista do projeto “Avaliação do Processo de Educação Permanente em Atenção Básica”, iniciando minha caminhada junto à educação permanente em saúde e desenvolvendo meu interesse em aprofundar os conhecimentos acerca desse tema. Esse período coincidiu com o desenvolvimento do meu trabalho de conclusão de curso de graduação, intitulado “Avaliação do Processo de Educação Permanente em Atenção Básica, conforme as enfermeiras”, fazendo um recorte do projeto matricial do qual fui bolsista.

Ao concluir minha graduação, fui convidada a trabalhar em uma instituição hospitalar, sendo uma das minhas atribuições desenvolver o serviço de controle de infecção hospitalar junto à CCIH, me deparando com a necessidade de realizar processos educativos relacionados a ações de prevenção e controle de infecção hospitalar, em prol da melhoria da qualidade da assistência oferecida aos pacientes. Tal experiência contribuiu para a reflexão de como ocorre o desenvolvimento dos processos educativos. Ao associar minha experiência profissional com relatos de profissionais, bem como os achados literários, percebo que esses processos são insuficientes para a mudança das atitudes dos profissionais que atuam no cuidado direto ou indireto ao paciente.

Na última década, se intensificaram as discussões acerca da segurança do paciente, tornando este debate cada vez mais emergente, trazendo a prevenção das infecções para o centro das atenções. A partir desse evento, as infecções hospitalares passaram a ser relacionadas e consideradas como resultado de falha na adesão das melhores práticas pelos profissionais da área da saúde, reconhecendo-as como erros relacionados à assistência a saúde (WACHTER, 2010).

Frente à proporção que as IHS vêm tomando e ao impacto destas na vida dos indivíduos e da sociedade, sabendo que muitas vezes sua ocorrência e disseminação é causada pela falta de conhecimento e

comprometimento dos profissionais de saúde, percebemos a necessidade de investigar: **Como os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar de hospitais de médio e grande porte das Regiões de Saúde de Blumenau, Itajaí e Balneário Camboriú têm desenvolvido a Educação Permanente com vistas a promover a prevenção e o controle das infecções hospitalares?**

Com o intuito de responder a esse questionamento, propusemos esta pesquisa com o **objetivo** de Conhecer como os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar de hospitais de médio e grande porte das Regiões de Saúde de Blumenau, Itajaí e Balneário Camboriú têm desenvolvido a Educação Permanente com vistas a promover a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Para atingir esse objetivo, foram definidos três **objetivos específicos**: conhecer as práticas de EP desenvolvidas nos SCIHs; conhecer as estratégias utilizadas para o desenvolvimento da EP nessas instituições hospitalares e ainda conhecer como os SCIHs têm avaliado o impacto de suas práticas de EP na prevenção e no controle das infecções hospitalares.

Esperamos, com os resultados desta pesquisa, contribuir para a disseminação e compartilhamento do conhecimento acumulado pelos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, no que tange às práticas de educação permanente em saúde empregadas em busca do aprimoramento e da transformação do processo de trabalho, para que a assistência prestada à população englobe as práticas seguras de controle de infecção. E ainda apontar fragilidades desse processo que possam ser trabalhadas em prol do fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde.

Utilizaremos, no decorrer desta pesquisa, o termo “profissionais controladores de infecção” para designar os profissionais de saúde que atuam nos SCIHs e nas CCIHs implementando medidas, ações e atividades diversificadas com vistas a alcançar dentro do ambiente de assistência à saúde a prevenção e controle das infecções hospitalares. E o termo “profissionais de saúde”, para denominar todos os demais profissionais que atuam no ambiente de assistência à saúde e que direta ou indiretamente prestam algum tipo de cuidado ao paciente, ou contribuem para tal objetivo.

Visando à compreensão da pesquisa, realizamos inicialmente uma aproximação teórica e histórica sobre as infecções hospitalares e seu controle, e ainda sobre o surgimento e princípios da Educação Permanente em Saúde por meio da PNEPS, bem como sobre o relacionamento do controle de infecção hospitalar com a Educação

Permanente em Saúde. Essa etapa se constituiu no segundo capítulo deste estudo.

Após, apresentamos uma revisão integrativa de literatura que buscou analisar o perfil, conceitos e as estruturas metodológicas de estudos sobre Educação Permanente em Saúde relacionada ao Controle de Infecção Hospitalar. Esse capítulo é apresentado no formato de um manuscrito, permitindo ao leitor conhecer como os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar ou pessoas relacionadas têm desenvolvido as atividades educativas para promover a prevenção e controle das infecções hospitalares.

No capítulo seguinte, descrevemos os procedimentos metodológicos empregados para o desenvolvimento desta pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. No quinto capítulo, apresentamos os resultados, que se dividiram em duas categorias, que foram organizadas cada uma no formato de um manuscrito. O Manuscrito 2, estruturado a partir da categoria Profissionais do controle de infecções no ambiente hospitalar, que se subdivide em outras três subcategorias: Caracterização dos profissionais controladores de infecção; Formação dos profissionais para atuar no controle de infecção; e Desenvolvendo o controle de infecção no ambiente hospitalar, apresentadas neste trabalho. O Manuscrito 3 surgiu a partir da segunda categoria dos resultados: “Educação Permanente em Saúde e Controle de Infecções, como se relacionam”, e esta se divide em outras quatro subcategorias: A educação e controle de infecção, segundo os profissionais controladores de infecção; O preparo e o planejamento dos processos educativos; O impacto dos processos educativos na realidade do controle de infecções; e Educação X Controle de Infecção X PNEPS.

Finalizando, são tecidas algumas considerações a respeito dos resultados encontrados, da realidade vivenciada durante o processo de construção e desenvolvimento desta pesquisa, e ainda das lacunas evidenciadas em torno desta problemática. Bem como sobre a possibilidade de novos estudos que possam contribuir para o fortalecimento dos resultados desta pesquisa, proporcionando o conhecimento das causas que acabam por influenciar a realidade encontrada, que precisa e pode ser transformada por meio da EPS para que se vislumbre uma nova realidade de prevenção e controle de infecções junto aos serviços de assistência à saúde.



## 2 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Este estudo foi composto a partir de dois temas, que articulados entre si sustentaram o mesmo. São eles: o controle de infecção hospitalar e a educação permanente em saúde. Neste momento apresentaremos ao leitor, brevemente, como se desenvolvia a problemática do controle de infecções nos serviços de saúde até a publicação da primeira portaria em 1983, que passou a regulamentar essas ações no âmbito nacional, e como este processo se organiza atualmente. Ainda abordaremos rapidamente o contexto da educação permanente em saúde, que tem o objetivo de reorientar as práticas de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, proporcionando maior compreensão acerca da articulação destas temáticas.

### 2.1 CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A microbiologia e conseqüentemente as infecções hospitalares são tão antigas quanto a origem dos homens. Entretanto, durante muitos anos a associação entre elas foi ignorada. Somente a partir do século XIX é que se registram os primeiros relatos de disseminação de infecções em ambientes destinados ao cuidado à saúde das pessoas, admitindo-se a sua transmissão de uma pessoa a outra, e também a promoção do controle dessas infecções por meio de medidas de prevenção. Os precursores dessa época foram o médico húngaro Ignaz Semmelweis e a enfermeira Florence Nightingale, que conseguiram diminuir o número de mortes de pacientes em seus respectivos campos de atuação, em locais distantes e distintos, por meio da implantação de medidas básicas de controle de infecções (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Com todos os avanços da área da saúde posteriores a Semmelweis e Florence, as medidas de prevenção e controle de infecção passaram a ser obrigatórias e supervisionadas, por vezes definidas pelo Estado. Com a preocupação crescente com a qualidade da assistência prestada aos pacientes e o aumento do nível de conhecimento e preocupação da população com o assunto infecção hospitalar, esse tema passou a ser mais debatido e a ser visto como um indicador de qualidade das instituições de saúde. Conseqüentemente, as instituições passaram a preocupar-se de maneira mais acentuada com os assuntos a ela relacionados.

Devido às profundas mudanças ocorridas na forma de assistência à saúde, e ao aumento do número de casos de infecções relacionadas aos

serviços de saúde, bem como a complexidade destas e os custos para seu tratamento, o Estado passou a fiscalizar e exigir a existência das CCIHs dentro das instituições de saúde, com a consciência de que havia a necessidade de uma equipe de profissionais que se preocupassem em trabalhar as questões relacionadas à prevenção e ao controle das infecções, para reverter a situação que havia se instalado.

O Controle de Infecção Hospitalar (CIH) é entendido como um conjunto de “ações desenvolvidas visando à prevenção e à redução da incidência de infecções hospitalares” (ANVISA, 2000, p. 01). A Infecção Hospitalar é conceituada como: “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998). Santos (2008) complementa que ela pode ser entendida como uma síndrome infecciosa, sendo que somente um profissional médico ou enfermeiro com conhecimento e qualificação na área pode relacionar os sinais e sintomas da infecção apresentada pelo indivíduo com o procedimento realizado e diagnosticar a infecção hospitalar.

As CCIHs são definidas como um

(...) grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da Unidade Hospitalar, constituída de membros consultores e executores (ANVISA, 2000, p.01).

Complementa-se ainda que a CCIH seja considerada como “um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar” (BRASIL, 1998, p. 02). O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) é considerado um “conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, para a máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (ANVISA, 2000, p. 02).

Os Membros Consultores das CCIHs “são os responsáveis pelo estabelecimento das diretrizes para o PCIH”, representando os serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, de microbiologia e administração. Os Membros Executores são os profissionais que representam o SCIH e, portanto, “são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar” (ANVISA, 2000, p. 02).



Dentre as competências descritas na portaria que institui as CCIHs, destacam-se as que se relacionam diretamente com a proposta deste estudo (BRASIL, 1998, p. 03):

3.1 elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a: (...)

3.1.3 capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares; (...)

3.8 cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares; (...)

4. Caberá à autoridade máxima da instituição: (...)

4.8 fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

Seguindo as recomendações da Portaria 2616 (BRASIL, 1998) as CCIHs começaram a atuar em questões pontuais e amplas que contribuíssem para a diminuição da ocorrência e da gravidade das infecções hospitalares. Passaram, ainda, a utilizar processos educativos, na tentativa de disseminar o conhecimento entre os profissionais de saúde. Todavia, apesar de ações simples, conhecidas e comprovadas mundialmente como eficazes para o controle de infecções, e de trabalhos frequentes de educação com os profissionais, o que se observa é que não se consegue transformar a realidade destes atos.

Ao consultar a literatura sobre estudos que analisam a prática dessas ações, recomendadas internacionalmente para a prevenção de controle de infecções - como: degermação das mãos no pré-operatório, uso de touca e máscara pela equipe cirúrgica, preparo do campo operatório, lavagem de mãos antes de realizar procedimentos no paciente, assepsia da pele antes da inserção de dispositivos e da manipulação de pontos de conexão destes (ANVISA, 2004; CDC, 1999) -, observa-se a baixa adesão por parte de toda a equipe de saúde em relação a essas medidas, e a incessante recomendação de todos de se manter um constante acompanhamento da realização destes procedimentos e de processos educativos, na tentativa de sensibilizar e conscientizar os profissionais (MARTINS, et al., 2008; ARSEGO; CAREGNATO, 2010; AGNOLON et al., 2009).

## 2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Analisando a trajetória da educação na saúde, percebemos que inicialmente era conhecida pelo termo “treinamento de profissionais”, e que tinha por objetivo capacitar pessoas para que estas tivessem competência para o desenvolvimento de uma determinada atividade. Com o passar do tempo sentiu-se a necessidade de atualizar todas as classes profissionais que atuavam na área da saúde, propiciando melhores condições para uma assistência melhor à população, dando origem à educação continuada em saúde, que muitas vezes era também chamada de Educação Permanente em Saúde, considerando-se esses termos como sinônimos (KURCGANT et al., 1991).

Posteriormente, frente às novas necessidades apresentadas pelos profissionais da área em decorrência das modificações ocorridas em todo o processo de saúde, e, conseqüentemente, em seu processo de trabalho, a percepção da educação na saúde foi se alterando, passando a ser denominada como Educação Permanente em Saúde, que, além de atualizar os profissionais, veio propor mudanças no modelo assistencial de saúde, que compreendessem os ideais e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERRAZ, 2005).

Buscando maiores esclarecimentos sobre esta questão relacionada ao verdadeiro significado dos termos “Educação Continuada em Saúde” e “Educação Permanente em Saúde”, iniciamos um estudo acerca dos conceitos atribuídos a essas duas formas de se realizar a educação na saúde, que, apesar de passarem a impressão de que se trata de sinônimos, apresentam métodos e objetivos distintos (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Analisando esses conceitos, percebemos que seus sentidos/significados são iguais perante o dicionário, pois ambos expressam um processo de ensino e orientação quanto às ações de um indivíduo de forma ininterrupta, que, após seu início, têm continuação constante, entendendo-se, assim, que é um processo contínuo/permanente. Porém, ao consultar a literatura a respeito desses dois termos, encontra-se uma clara e inequívoca diferença entre os mesmos, o que permite que se faça uma distinção entre Educação Continuada e Educação Permanente (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Entendemos que a educação continuada prevê uma melhora na situação dos serviços de saúde por meio de uma reorganização desses serviços, utilizando-se da atualização dos profissionais, sem se preocupar com o contexto de que tipo de formação ele recebeu, e quais

são as suas condições de trabalho e como intervir para mudar essas condições, podendo assim melhorar os serviços de atendimento em saúde (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

No entanto, a Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar esse método educacional, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado e tornando-os mais acessíveis às populações. Para conseguir atingir essas metas, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e quais são as necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar esses problemas. Ainda nessa perspectiva, a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população (ROVERE, 1994 apud RIBEIRO; MOTTA, 1996; BRASIL, 2004).

Sendo assim, Ferraz (2005) considera que a Educação Permanente é entendida por muitos como sendo algo mais abrangente em termos de educação, como formação integral e contínua do ser humano, com um referencial teórico-metodológico problematizador.

A partir dos resultados de uma pesquisa que evidenciou os principais descritores para o processo de Educação Permanente em atenção básica, e tendo em vista que os documentos oficiais não formalizam um conceito que dê conta da complexidade e amplitude proposta nos mesmos, Saube, Cutolo e Sandri (2008, p.449) propuseram um conceito que considera a Educação Permanente como

[...] a produção, incorporação, reelaboração, aplicação e testagem de conhecimentos, habilidades, atitudes e tecnologias, através de um processo multidimensional de perspectivas e prioridades, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociada entre as partes envolvidas no processo de ensino e aprendizagem, desenvolvida a partir de projetos de curta, média e longa duração, promovendo a valorização da subjetividade, a cooperação, a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente, para construção da realidade almejada e possível. Os espaços de interação desta educação incluem a vida cotidiana, a educação formal e informal, o preparo para o trabalho, a organização e controle social, a cultura e o lazer.

Dessa forma, percebemos que os estudiosos da área da educação na saúde entendem a educação continuada como um processo de atualização dos trabalhadores, para uma qualidade maior nos serviços. Enquanto que a Educação Permanente tem o objetivo de mudar as práticas dos serviços de saúde, por meio de atualização profissional, discussão de condições existentes, e sobre como realizar mudanças nessas possibilidades. Evidenciando, assim, que a Educação Permanente é mais ampla do que a educação continuada.

### 2.3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Frente à necessidade de mudanças nos serviços de saúde, na formação dos profissionais para a área da saúde e nas políticas de educação do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2004 é aprovada a Portaria GM/MS nº 198/2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004).

Essa política surgiu após longos anos de debates e discussões acerca da educação dos recursos humanos em saúde, sendo que sua elaboração foi baseada em documentos existentes (estratégias, políticas) que havia muitos anos vinham tentando regulamentar formas mais eficazes de educação e capacitação para os trabalhadores e que, conseqüentemente, contribuísssem para a mudança do modelo assistencial, fazendo com que se cumpram os princípios e diretrizes do SUS, consolidando, assim, a tão sonhada e almejada Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2004).

Em 2004, quando a política foi lançada, resolveu-se que a implementação dessa política se daria por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sendo que estes seriam instâncias interinstitucionais e localregionais dirigidas por Colegiados de Gestão, com a função de conduzir o desenvolvimento desse trabalho. Ficou estabelecido que cada Polo seria referência para um determinado território, ressaltando que nenhum município poderia ficar sem um Polo como referência (BRASIL, 2004).

Sobre esse contexto, Bonetti e Kruse (2004, pág. 377) afirmam que:

[...] se propõe a alterar a atual estrutura de verticalidade única e hierarquizada na construção das políticas de RH, no momento em que coloca como princípio construtivo e deliberativo a gestão

colegiada nestes Pólos, afirmando que tais agentes detêm os conhecimentos necessários para a construção das políticas, em conformidade com a realidade local da saúde.

Os Colegiados deveriam ser compostos por representantes de todas as instituições participantes e ainda podendo contar com um Conselho Gestor. As instituições que poderiam participar dos Polos de Educação Permanente são os gestores estaduais e municipais de saúde e educação, conselhos municipais e estaduais de saúde, instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas de saúde pública e outros centros formadores das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes e trabalhadores de saúde, movimentos sociais ligados à gestão de políticas públicas de saúde, e outras instituições que quisessem participar e fossem aceitas pelos Colegiados de Gestão (BRASIL, 2004).

Os Polos eram responsáveis por identificar e estabelecer formas de resolver as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, articulando e estimulando a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no contexto do SUS, levando em consideração as diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2004). Segundo Bonetti e Kruse (2004, p. 377), os Polos de Educação Permanente “[...] buscam superar os limites da formação e da prática clínica: estabelecendo vínculo, a responsabilização, a integralidade da atenção, a clínica ampliada, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e a intersetorialidade”.

Sendo de responsabilidade dessas instâncias locais promover a integração da rede de atenção, tornando-a única e capaz de atender às necessidades de saúde da população, além de formular políticas de formação e realizar o desenvolvimento de formadores, ampliando a área docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base territorial (BRASIL, 2004).

Essa política ainda inclui a articulação permanente dos trabalhadores do SUS com os docentes e os estudantes da área da saúde, além de manter relações com outros polos, a fim de que houvesse uma colaboração entre estes no desenvolvimento dessa política. Ficando sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde promover os encontros das localidades periodicamente. Sendo estabelecido que todas essas ações serão devidamente financiadas pelo governo federal (BRASIL, 2004).

Em 2007, após se realizar uma pesquisa de avaliação e acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em

Saúde (BRASIL, 2007) e seu confronto com outras políticas de saúde da época, Pacto pela Saúde e Pacto pela Vida e de Gestão, foram realizadas alterações na PNEPS de 2004, visando o avanço da proposta de Educação Permanente em Saúde.

Dentre as modificações realizadas pela Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, que substituiu a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, destacamos a constituição das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) locais, configurando uma rede estadual de CIES, substituindo os Polos de Educação Permanente em Saúde. Maior ênfase para a descentralização do processo, com maior autonomia para o planejamento de acordo com as necessidades locais e regionais, até o financiamento, execução e monitoramento deste processo.

Ainda determinou-se a formulação de um plano de Educação Permanente em Saúde, que caracterize a demanda regional e auxilie no desenvolvimento das ações educativas em saúde. Agregado a todas essas alterações, foi definido o monitoramento dessa política, identificando pontos que contribuam para o desenvolvimento da política no âmbito regional e estadual.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Na busca por informações que oportunizem maiores esclarecimentos sobre o tema desta pesquisa, realizamos uma pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (GANONG, 1987).

Esta revisão integrativa de literatura teve o intuito de analisar os conceitos e estruturas metodológicas de estudos e pesquisas sobre Educação Permanente em Saúde relacionadas ao Controle de Infecção Hospitalar, orientando-se por meio do protocolo de revisão integrativa de literatura (Apêndice A).

Os resultados dessa pesquisa foram organizados e estão apresentados no formato de um manuscrito, que será submetido a um periódico científico após análise da banca examinadora. Esse procedimento cumpre as exigências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011 (Anexo 1).

#### 3.1 MANUSCRITO 1 – Educação Permanente como ferramenta para o desenvolvimento de práticas de Controle de Infecção Hospitalar

MANUSCRIPT 1 - Permanent education as a tool for the development of hospital infection control practices

MANUSCRITO 1 - Educación permanente como herramienta para el desenvolvimiento de prácticas de control de infección hospitalaria

#### RESUMO

A Educação Permanente em Saúde visa aprimorar a formação dos profissionais da saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação. O intuito desta pesquisa foi analisar o perfil, conceitos e as estruturas metodológicas de estudos sobre Educação Permanente em Saúde relacionada ao Controle de Infecção Hospitalar. Utilizaram-se os pressupostos da revisão integrativa de literatura, com busca em bases de dados *online*. Verifica-se que apenas um trabalho apresenta um conceito específico de Educação Permanente em Saúde, e os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Dentre as metodologias utilizadas, observa-se o emprego de métodos dialógicos e participativos em alguns trabalhos, mas ainda é marcante a presença do método tradicional, bem como o distanciamento das recomendações

governamentais e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esses resultados devem instigar os profissionais a refletirem sobre seu trabalho, tornando-se autocríticos e estimulando-os na busca constante pelo aperfeiçoamento de seus saberes e práticas.

**Palavras-Chave:** Educação continuada. Controle de Infecção. Infecção Hospitalar.

### **ABSTRACT**

Health Permanent Education aims at improving the education of health professionals by considering the working process as its transformation object. The target of this research was analyzing the profile, concepts and methodological structures of studies on Health Permanent Education in connection with Hospital Infection Control. One utilized the presuppositions of the literature integrative review by searching data bases online. It has been found out that one only paper presents a specific concept of Health Permanent Education and the presuppositions of the National Policy for Permanent Education on Health. Among the utilized methodologies, one observed the utilization of dialogic and participative methods in some papers but it is still outstanding the presence of the traditional method as well as a significant distance from the governmental recommendations and from the National Policy for Permanent Education on Health. These findings should instigate professionals to reflect about their work and to become self-critical besides stimulating them for constant search in order to improve their knowledge and practices.

**Key words:** Continuous education. Infection control. Hospital infection.

### **RESUMEN**

La Educación Permanente en Salud visa perfeccionar la formación de los profesionales de salud, teniendo el proceso de trabajo como su objeto de transformación. El intuio de esta pesquisa fue analizar el perfil, los conceptos y las estructuras metodológicas de estudios acerca de la Educación Permanente en Salud relacionada al Control de Infección Hospitalaria. Se utilizaron los presupuestos de la revisión integrativa de literatura, con búsqueda en bases de datos en línea. Se constata que solo un trabajo presenta un concepto específico de Educación Permanente en Salud y los presupuestos de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud. De entre las metodologías utilizadas, se observa el empleo de métodos dialógicos y participativos en algunos trabajos pero todavía se destaca la presencia del método tradicional así como una significativa distancia de las recomendaciones



gubernamentales y de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud. Eses resultados deben instigar a los profesionales a reflexionar acerca de su trabajo y a hacerse autocríticos, estimulándolos en la búsqueda constante del perfeccionamiento de sus saberes y prácticas.

**Palabras-Clave:** Educación continuada. Control de Infección. Infección Hospitalaria.

## INTRODUÇÃO

Apesar de as infecções hospitalares serem conhecidas há centenas de anos e de se ter relatos de ações e trabalhos para o seu controle na mesma proporção, ainda nos dias atuais continuam sendo um problema de grande relevância, que precisa ser constantemente trabalhado junto à equipe de saúde para que se consiga controlar a sua incidência nas instituições de atenção à saúde (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Durante as primeiras décadas do século XX foram raros os profissionais de saúde que se preocuparam em avaliar continuamente o risco de seus pacientes desenvolverem infecção hospitalar (IH), sendo que esses episódios eram diagnosticados pelos próprios profissionais que estavam prestando assistência e aplicavam condutas isoladas em cada caso, buscando sua resolução. Entretanto com os avanços que se desenvolviam para a assistência aos pacientes e com a inexistência de dados centralizados, a detecção de problemas era rara, obtida apenas quando assumia grandes proporções, sendo então criadas comissões provisórias voltadas para aquele surto em particular. A ocorrência cada vez mais frequente de IH causada por microrganismos resistentes aos antimicrobianos foi o principal fator que motivou a organização de comissões permanentes para o controle de infecções (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Deparando-se cada vez mais com complicações decorrentes de IH e o alto custo para recuperação da saúde do indivíduo que a adquiria, e considerando o impacto social que esta vinha causando, na década de 80 do século passado o Estado assumiu a IH como problema de saúde pública, tornando obrigatória a implantação, em todos os hospitais brasileiros, das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (BRASIL, 1983). Nessa época, umas das atribuições dessas comissões era o treinamento dos profissionais de saúde, visando à prevenção e o controle das infecções. Apesar do avanço no conhecimento das IHS e da política de controle destas, a formação dos profissionais ainda é

reconhecida como uma atividade essencial na atuação das CCIHs (BRASIL, 1998).

Paralelo a todas essas transformações acerca do controle das IHs, no transcorrer da década de 80 aumentava a valorização da relação entre trabalho e educação, desencadeando diversas discussões acerca desse tema, resgatando as dimensões do fenômeno educativo, seu caráter mediador e sua especificidade no processo de transformação da realidade (FERRAZ, 2005).

Na área da saúde, a partir dessa década, se intensificaram as discussões acerca de qual seria o processo de educação mais eficaz, que suprisse as necessidades de disseminação do conhecimento necessário aos profissionais de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes, sendo que a IH passou a ser um dos principais indicadores desta qualidade.

Nessa perspectiva, em 2004 o Ministério da Saúde, reconhecendo sua responsabilidade com a formação e capacitação dos trabalhadores de saúde, instituiu por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta surge com o intuito de gerar condições favoráveis para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) também foi conceituada como “[...] um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social”. Dessa forma, percebe-se que a EPS tem o objetivo de mudar as práticas dos serviços de saúde, por meio da educação dos profissionais, discussão de condições existentes, e sobre como realizar mudanças dentro destas possibilidades (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007, p.480).

Com a implantação das CCIHs, estas começaram a atuar em questões pontuais e amplas que contribuíssem para a diminuição da ocorrência e gravidade das infecções hospitalares. Seguindo as recomendações da Portaria 2.616 de 1998 (BRASIL, 1998)[,] passaram a utilizar processos educativos, na tentativa de disseminar o conhecimento entre os profissionais de saúde.

Todavia, apesar de ações simples, conhecidas e comprovadas mundialmente como eficazes para o controle de infecções – como a degermação das mãos no pré-operatório, uso de touca e máscara pela equipe cirúrgica, preparo do campo operatório, lavagem de mãos antes de realizar procedimentos no paciente, assepsia da pele antes da inserção de dispositivos e da manipulação de pontos de conexão destes

(ANVISA, 2004; CDC, 1999) –, serem constantemente trabalhados junto aos profissionais de saúde, o que se observa é que não se consegue transformar a realidade desses atos. Ao consultar a literatura sobre estudos que analisam essas práticas, observa-se a baixa adesão por parte de toda a equipe de saúde em relação a essas medidas, e a incessante recomendação de todos de se manter um constante acompanhamento da realização desses procedimentos e de processos educativos, na tentativa de conscientizar os profissionais (MARTINS *et al.* 2008; ARSEGO; CAREGNATO, 2010; AGNOLON *et al.* 2009).

Frente a todas essas constatações, e à proporção que as IHS vêm tomando e ao impacto destas na vida dos indivíduos e da sociedade, sabendo-se que muitas vezes sua disseminação é causada pela falta de conhecimento e comprometimento dos profissionais de saúde, deu-se início à investigação de: Quais metodologias educativas tem sido utilizadas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar nos processos de Educação Permanente?

Com o intuito de responder a esse questionamento, desenvolveu-se uma pesquisa, do tipo revisão integrativa de literatura, para analisar o perfil, conceitos e as estruturas metodológicas de estudos sobre Educação Permanente em Saúde relacionada ao Controle de Infecção Hospitalar.

## **PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Este estudo se constituiu em uma pesquisa exploratório-descritiva, em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (GANONG, 1987). Com o intuito de analisar o perfil, conceitos e as estruturas metodológicas de estudos sobre Educação Permanente em Saúde relacionada ao Controle de Infecção Hospitalar.

Para a seleção dos estudos que compuseram o universo deste trabalho foram considerados como critérios de inclusão: trabalhos derivados de pesquisas originais e relatos de experiência, publicados na forma de artigos em periódicos; estudos cujo objetivo geral e/ou específicos refere(m)-se explicitamente à EPS relacionada ao Controle de Infecção Hospitalar; artigos completos publicados em periódicos científicos disponibilizados *online*, no período 2002-2012, nos idiomas português, espanhol e inglês.

Para os critérios de exclusão foram considerados: trabalhos cuja temática proposta nesta revisão esteja apresentada como recomendação nos resultados e conclusões, ou esteja apresentada apenas na revisão de

literatura, ou referencial teórico; artigos originais e relatos de experiência que estão publicados em outros meios de comunicação que não sejam periódicos científicos; e os estudos duplicados.

A busca dos estudos ocorreu no período de 23 de março de 2012 até 8 de abril de 2012. Por meio do portal CAPES/UFSC, nas bases de dados:

**BIREME:** a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), *site* <[www.regional.bvsalud.org](http://www.regional.bvsalud.org)> congrega as seguintes bases – “Ciências da Saúde em Geral: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SCIELO. Portal de Evidências: Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínico, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica. Áreas Especializadas: BIOÉTICA, CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA. Organismos Internacionais: PAHO, WHOLIS”. Utilizando a busca livre na BVS-BIREME – item “pesquisa na bvs” usando os descritores: “educação continuada” AND “controle de infecção AND infecção hospitalar”. Selecionando o “método integrado”, “todos os índices”, “todas as fontes”, o último item significa que a busca foi realizada em todas as bases que compõem a BIREME.

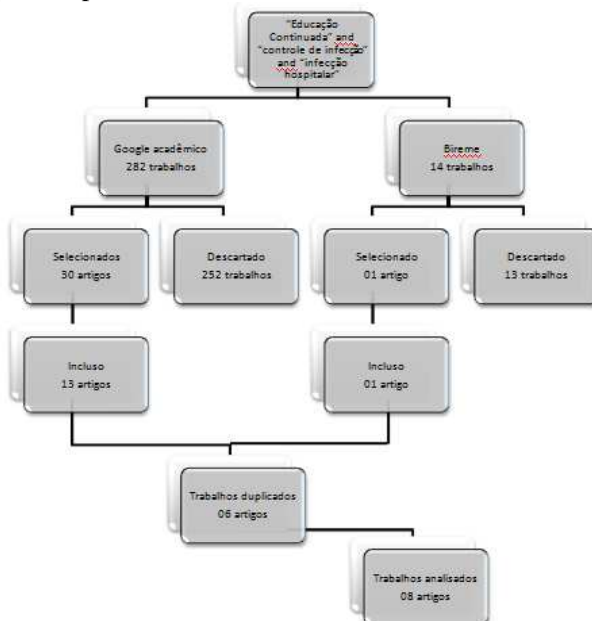
**GOOGLE ACADÊMICO:** *site* <<http://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR>>, congrega artigos revisados por especialistas (*peer-reviewed*), teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, universidades e outras entidades acadêmicas. O Google Acadêmico ajuda a identificar as pesquisas mais relevantes do mundo acadêmico. Utilizando a busca livre no GOOGLE ACADÊMICO – item “pesquisa” usando os termos: “educação continuada” AND “controle de infecção” AND “infecção hospitalar”. Selecionando “pesquisar na WEB”, período “desde 2002” e “com pelo menos um resumo”.

A garimpagem inicial dos trabalhos ocorreu pela leitura dos títulos e resumos dos trabalhos encontrados nas bases supracitadas. Os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram coletados e armazenados, sendo posteriormente revisados por pares. A partir dessa definição, buscaram-se os trabalhos completos que não foram encontrados diretamente na primeira seleção.

Na etapa seguinte foi realizada uma leitura flutuante dos artigos completos, de modo independente (duplo cego); os trabalhos excluídos por ambos foram retirados da análise, os trabalhos que apenas um excluiu foram analisados novamente por ambos, culminando na

definição conjunta de inclusão ou exclusão do estudo. Na Figura 1 apresentam-se todas as etapas de busca e seleção dos artigos.

Figura 1 – Diagrama detalhando o processo de busca e seleção dos artigos que compuseram o universo deste estudo.



Para organização dos trabalhos, utilizou-se o gerenciador de referências bibliográfico EndNote, que possibilita o armazenamento dos dados de maneira organizada e sistematizada, gerenciando todos os achados em pastas, que permitem a classificação dos estudos encontrados por ano de publicação, local ou região onde o estudo foi desenvolvido, bem como outras diferenciações que se fizerem necessárias e úteis para facilitar posteriormente a etapa de análise dos mesmos.

Os trabalhos selecionados foram submetidos à análise temática, que se desdobra em três procedimentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações (BARDIN, 2010).

Na *pré-análise*, realizou-se a leitura flutuante dos trabalhos para iniciar, que é a leitura dos resumos de todos os trabalhos selecionados, e realizou-se a leitura dinâmica de todos os trabalhos selecionados na íntegra, para a impregnação do pesquisador. Neste momento, foi revisada a temática de cada trabalho, destacando-se os elementos de

cada trabalho, organizando-os de acordo com sua temática principal. Foram extraídos dados que alimentaram alguns itens de uma matriz construída para organização e análise dos dados, originando a categoria *perfil dos estudos sobre a educação permanente em saúde utilizada como ferramenta pelos serviços de controle de infecção hospitalar*.

Posteriormente, seguiu-se para a etapa de *exploração do material*, onde os trabalhos foram submetidos ao instrumento de análise, proporcionando a organização sistemática dos dados, realizando operações de recorte do texto para posterior comparação e definição de categorias, diferenciando o conteúdo extraído nesta etapa em duas categorias: *conceitos e estruturas de estudos sobre educação permanente em saúde no controle de infecção hospitalar* e *estruturas metodológicas de estudos sobre educação permanente em saúde no controle de infecção hospitalar*.

O *tratamento dos resultados e interpretação* permitiu ressaltar as informações relevantes que surgiram a partir das categorias, tornando possível a proposição de inferências que precedem a interpretação em torno dos objetivos previstos ou a respeito das descobertas inesperadas.

Considerando que neste estudo não ocorreu o envolvimento de seres humanos como sujeitos diretos do estudo, esta investigação não foi submetida à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, visto que todas as informações analisadas nesta pesquisa já eram de conhecimento de toda a comunidade científica e, portanto, de domínio público. Ressalta-se que os resultados oriundos deste estudo seguiram o rigor científico da pesquisa qualitativa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Perfil dos estudos sobre a educação permanente em saúde utilizada como ferramenta pelos serviços de controle de infecção hospitalar**

Os achados desta pesquisa nos mostraram que, dos oito artigos analisados, seis eram artigos originais, enquanto que dois eram relatos de experiências. O número de artigos encontrados revela a reduzida literatura disponível sobre este assunto. Considerando que as CCIHs têm o compromisso de implementar medidas que interfiram na prevenção e no controle das Infecções Hospitalares, e que para alcançar esse objetivo deve-se trabalhar diretamente com a equipe de saúde, e que para isso necessitam desenvolver ações de educação junto aos profissionais (BRASIL, 1998), podemos inferir que: as comissões desenvolvem essas ações, entretanto não as descrevem de forma a compartilhá-las com a

comunidade científica por meio dos periódicos, ficando restritas aos seus ambientes de trabalho ou outros formatos de publicação. Ou ainda, que essas ações não estão sendo desenvolvidas, ou estão, porém de maneira muito tímida, sem alcançar resultados significativos, o que poderia justificar o desinteresse dos profissionais em as compartilhar, mantendo-as anônimas em seus arquivos institucionais.

Com relação à autoria desses trabalhos, observamos a presença de 35 autores. A diferença entre o número de trabalhos e o de autores se dá pela multiautoria dos trabalhos. Em 50% dos trabalhos analisados evidenciou-se a associação de seis pessoas compartilhando a autoria de um artigo. Ainda foi possível perceber que dois artigos foram escritos pelo mesmo grupo de autores, demonstrando um caráter de continuidade e interesse nesta linha de pesquisa.

Referente à autoria dos trabalhos, ainda foi possível observar que 89% dos autores eram do sexo feminino, e apenas 11%, do sexo masculino. Esse achado deve ter relação com a profissão dos mesmos, onde 91% dos autores eram enfermeiros, e apenas 6%, médicos, com a presença ainda de 3% de acadêmicos de enfermagem. A enfermagem é exercida em sua maioria por mulheres, essa predominância tem relação com a história da profissão (MARTINS *et al.* 2006, COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Todavia, esse dado requer atenção pelo fato de esses estudos apresentarem relação direta com o controle de infecção hospitalar. Segundo a Portaria nº 2.616, publicada em 1998, que regulamenta e orienta a constituição e as ações das Comissões e Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, essas atividades devem ser exercidas minimamente por enfermeiros e médicos, que juntos devem planejar e implementar ações que visem o controle e a prevenção de infecções hospitalares. Esse fato pode ter influência da carga horária despendida de cada profissional para essa atividade, onde é preconizado que o enfermeiro atue no mínimo seis horas diárias, e o médico, assim como outros profissionais que podem compor essa comissão, deve atuar no mínimo quatro horas diárias (BRASIL, 1998). O fato de não encontrarmos outros profissionais como autores desta temática justifica-se pela obrigatoriedade apenas de enfermeiros e médicos desenvolvendo as ações de detecção, prevenção e controle de IH, membros executores da CCIH, sendo que outros profissionais são exigidos apenas como membros consultores da comissão (BRASIL, 1998).

Com relação ao vínculo dos autores, pôde-se observar que 34% dos autores eram profissionais que possuíam vínculo com instituições de assistência à saúde, 40% dos autores atuavam como docentes de

faculdades de enfermagem e medicina, e 26% dos autores eram discentes de cursos de graduação, mestrado e doutorado. Dos artigos selecionados[,] verificou-se que todos tinham a presença de, no mínimo, um docente na autoria, sendo que esse dado não é recíproco em se tratando da presença de um profissional atuando em instituições de assistência à saúde. Outros três artigos não possuíam nenhum profissional vinculado à instituição de assistência à saúde como autores. Dois artigos possuíam autoria compartilhada entre docentes e discentes e um artigo a autoria era somente de docentes. Ainda ressalta-se que alguns artigos que não incluem como autores os profissionais com vínculo em instituições de assistência à saúde, no corpo do artigo os autores citam a colaboração da SCIH institucional no desenvolvimento do trabalho.

A forte presença de docentes e discentes como autores desses artigos se justifica pela exigência cada vez mais presente no meio acadêmico de disponibilizar as produções científicas para a comunidade por meio dos periódicos, devido à facilidade de consulta e, conseqüentemente, de consumo dos resultados desses estudos. Essa exigência se torna ainda mais instigada e visada pela importância atribuída a este ato pelos órgãos de fomento a pesquisa (LUZ, 2005).

Do mesmo modo, a ausência de profissionais inseridos em instituições que prestam assistência direta à saúde, e sem vínculo com centros e grupos de pesquisas, ou universidades, na publicação de trabalhos, se justifica pela crescente importância atribuída à titulação dos autores dos artigos publicados nos periódicos, bem como à formação e à prática destes para a produção de pesquisas e à sua potencialidade em tornar seus resultados em textos atrativos ao aceite dos periódicos (LUZ, 2005; RABELO, 2010).

Essa cadeia de produtividade acaba se tornando um ciclo fechado, que dificulta ou inviabiliza a inserção de novos profissionais, principalmente os profissionais que estão presentes no dia a dia das instituições que recebem e assistem as pessoas que apresentam algum desvio do seu estado de saúde.



Tabela 1: Distribuição dos artigos segundo a classificação da área principal dos periódicos na avaliação Qualis/CAPES-2012

<b>Periódico</b>	<b>Número Publicações</b>	<b>Área Principal CAPES</b>	<b>Qualis CAPES Área Principal</b>
Acta Paulista de Enfermagem	2	Enfermagem	A2
Revista Eletrônica de Enfermagem	1	Enfermagem	B1
Revista Paulista de Pediatria	1	Ed. Física	B1
Cogitare Enfermagem	1	Enfermagem	B2
Revista Latino-Americana de Enfermagem	2	Enfermagem	A1
Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	1	Enfermagem	B2

Ao verificar a Tabela 1, observa-se que a maioria dos artigos foi publicada em periódicos cuja área principal é Enfermagem; apenas um artigo variou, sendo a área principal a educação física. Esse achado pode ter relação com a autoria dos trabalhos, uma vez que a maioria dos autores eram enfermeiros, todavia esse dado chama a atenção, visto que o tema abordado é de interesse multiprofissional, ainda que os autores tenham predominado em uma determinada profissão. Ainda podemos inferir que os trabalhos foram publicados nestes periódicos devido a eles estarem abertos a publicações nesta temática.

Com relação à classificação desses periódicos, observou-se uma hegemonia entre periódicos de circulação nacional e internacional, destacando a importância e relevância do tema abordado, pela comunidade científica. Um estudo de revisão integrativa de literatura que analisou os programas e as políticas de educação permanente em saúde no Brasil registrou que a maioria dos artigos analisados havia sido publicada em periódicos de circulação nacional, destacando ainda a necessidade de os pesquisadores estruturarem os achados de seus estudos de maneira a gerar contribuições e inovações significativas, a fim de conseguir maior visibilidade dentro da comunidade científica, e consequentemente a publicação desses trabalhos em periódicos internacionais (FERRAZ *et al.* 2012).

**Conceitos sobre a educação permanente em saúde relacionada ao controle de infecção hospitalar**

Dentre os artigos selecionados para esta revisão integrativa de literatura, verificou-se uma variedade interessante de assuntos relacionados à temática central, EPS e CIH (Tabela 2). Essa diversidade demonstra que os profissionais têm uma visão ampliada da responsabilidade e abrangência das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar, observando um posicionamento positivo junto às instituições de saúde.

Tabela 2 – Variedade e frequência de assuntos encontrados nos artigos analisados

<b>Temática do artigo</b>	<b>Número de artigos</b>	<b>Ano publicação</b>
Infecção Corrente Sanguínea	2	2010/ 2010
Higiene das Mãos	2	2006/ 2009
Avaliação Programa Educativo do SCIH	1	2006
Cuidados com Feridas	1	2010
Higiene do Ambiente Hospitalar	1	2011
Centro de Material e Esterilização	1	2004

Todos os estudos analisados foram desenvolvidos em hospitais, sendo que, destes, seis eram instituições descritas como hospitais-escola ou universitários, e duas instituições não tinha menção quanto à presença de discentes e docentes em seu meio, tampouco se a instituição possuía vínculo público ou privado. Esse dado pode ter relação com a ausência de profissionais vinculados a instituição de assistência à saúde, uma vez que os hospitais que recebem discentes acabam tendo vários estudos desenvolvidos por eles em sua estrutura institucional.

Assim, alerta-se para a necessidade de incluir os profissionais que atuam nas instituições onde se desenvolvem as pesquisas de campo, trabalhando junto com os mesmos, proporcionando que eles saiam da posição de população de uma pesquisa e se transformem em agentes e autores dos novos conhecimentos. Propiciando, ainda, que eles tenham contato com a pesquisa desde a sua concepção, oportunizando o conhecimento e desenvolvimento do método de pesquisa, tornando este momento oportuno ao aprendizado e instrumentalização dos profissionais que atuam nas instituições de assistência à saúde para o desenvolvimento de novas pesquisas, independente da presença dos docentes e discentes.

Essa postura se faz necessária, uma vez que os profissionais comumente descrevem a dificuldade de criar e conceber um projeto de

pesquisa, de trabalhar com os métodos de pesquisa, e toda a complexidade de desenvolvê-la do princípio ao fim, e, ainda, após a conclusão desta, torná-la um produto de qualidade para ser enviado e aceito por um periódico para sua publicação na comunidade científica (RABELO, 2010).

Dentre os artigos analisados, observou-se que em apenas um trabalho os autores citaram e relacionaram a PNEPS (BRASIL, 2007) com seu estudo. Destacando-se que a educação permanente em saúde é uma estratégia fundamental para transformar as práticas de saúde existentes, transformando os indivíduos envolvidos em autores do processo, proporcionando uma atuação crítica, reflexiva, compromissada e competente, ultrapassando os limites do espaço do trabalho e permeando a vida dos indivíduos. Enfatizando-se, ainda, que a transformação das práticas educativas profissionais deve estar baseada na reflexão sobre as práticas reais, de profissionais reais que atuam na rede de serviços de saúde (VALENTE *et al.* 2011).

Os demais trabalhos selecionados não mencionaram a PNEPS, todavia apresentaram conceitos e reflexões que vêm ao encontro das normatizações e recomendações da política nacional e dos conceitos apresentados em estudos que discutem, recriam e contribuem para o aprimoramento da educação permanente em saúde.

Dentre essas reflexões foi expressa a necessidade de a intervenção educativa estabelecer uma relação de diálogo e um campo fecundo para que os participantes do processo possam reconstruir o conhecimento, ultrapassando os limites da teorização, revendo os processos de trabalho dentro da lógica problematizadora (SILVA; GUTIÉRREZ; DOMENICO, 2010). Proporcionando que os indivíduos consigam ordenar os seus pensamentos e as suas necessidades de maneira inovadora (NEVES *et al.* 2009), deixando a posição de receptor para construtor de conhecimento, transformando a realidade vivenciada.

Um dos artigos selecionados trouxe a seguinte reflexão: “Faz-se necessário preparar os funcionários para trabalharem uns com os outros e pelo paciente, saber criar, se posicionar, refletir e agir [...] Recriar todo o processo educativo, mais instrumentalizado, transformado, para dar conta de um trabalho que não é simples transferência de informação aos indivíduos” (SOUZA; CERIBELLI, 2004).

Com isso percebe-se que, apesar de a EPS não ser assim citada na maioria dos artigos, tampouco haver menção à PNEPS, as pessoas têm percebido a necessidade de rever e reestruturar os processos educativos para conseguir transformar as práticas e os comportamentos dos profissionais.

## **Estruturas metodológicas de estudos sobre educação permanente em saúde no controle de infecção hospitalar**

Observou-se, ainda, uma grande variedade de métodos empregados no desenvolvimento dos artigos analisados, permeando desde a utilização de programas de informática até formulários estruturados para a coleta de dados.

Apesar de a maioria dos artigos não apresentar em sua estrutura conceitos declarados sobre a Educação Permanente em Saúde e relação com a PNEPS, alguns trabalhos utilizaram estratégias e metodologias que vêm ao encontro destas. Destacamos um artigo (SILVA; GUTIÉRREZ; DOMENICO, 2010) que relata a utilização de um programa de informática para mediar o processo, optando por este método por entender que ele proporcionava maior flexibilidade de horário aos envolvidos e ainda a inserção de etapas cronologicamente sistematizadas, permitindo que os profissionais tivessem acesso ao conteúdo pensado pouco a pouco, instigando-os a pensar e refletir sobre o assunto que emergiu de sua realidade, partindo para um processo de desconstrução e posterior reconstrução do processo com uma nova visão, criando novas ações que atendessem a suas necessidades e proporcionassem uma mudança da realidade atual.

Outra estratégia foi a utilização de cartazes, paródias musicais e frases permeadas com um toque de humor, que inicialmente provocavam a curiosidade dos profissionais, fazendo que estes dessem atenção ao conteúdo apresentado e, em seguida, propunha-se a reflexão sobre o tema envolvido (NEVES *et al.* 2009; NEVES *et al.* 2006). Alcançando no decorrer do processo a discussão espontânea sobre o assunto, sendo que um profissional alertava o outro sobre a necessidade de realização do procedimento de higiene de mãos, bem como verificando o aumento das taxas de adesão a tal procedimento.

Essas estratégias apresentaram os traços e a lógica pensada para a EPS (BRASIL, 2007; CORIOLANO *et al.* 2012; CECCIM, 2005), pois os profissionais foram chamados a observar a sua realidade, passando a refletir sobre o problema encontrado e a criticá-lo em busca de novos horizontes. Outra característica importante desses processos foi que os profissionais que os idealizaram participaram como mediadores, contribuindo para a reflexão e crítica das ações, porém deixando que os profissionais criassem as suas conclusões e possibilidades, sem interferir no processo, propiciando espaços de reflexões, críticas e novas propostas de soluções do problema. As propostas de mudança surgiram

do debate entre os profissionais da instituição que vivenciavam diariamente o problema em questão. Aproximando-se a cada passo da almejada mudança de comportamento e, conseqüentemente, de sua atitude frente ao seu ambiente de trabalho.

Ainda se observou em dois trabalhos (JACONDINO *et al.* 2010; VILELA; DANTAS; TRABASSO, 2010) a utilização de intervenções educativas e processuais mais pontuais, onde um grupo de profissionais analisava determinada situação, como, por exemplo, as medidas de prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter (ICSRC) ou os cuidados com feridas, em uma determinada unidade. A partir da necessidade observada por esse grupo eram desenvolvidos treinamentos específicos em curto espaço de tempo com os profissionais da unidade observada, no intuito de capacitá-los para sanar as deficiências encontradas. Nesses estudos, foi empregado o método antes e depois, onde os profissionais eram observados antes da intervenção educativa e após a mesma, para comparar se os índices de adesão às medidas recomendadas, bem como as taxas de infecção apresentavam melhora.

O que se verifica é que estes estudos não consideraram os anseios e angústias dos profissionais das unidades com relação à realidade por eles vivenciada, tampouco qual seria a sua atitude para a resolução desses possíveis problemas. Percebe-se que com este método tradicional os profissionais não são convidados a refletir sobre a sua realidade ou a participarem da construção da solução ou mudança de comportamento. Eles apenas são apresentados a uma nova forma de desenvolver suas atividades, sem compreender por vezes o motivo pelo qual as realizam de tal forma, fato que contribui para a desmotivação dos profissionais em aderirem à nova rotina e ainda para o insucesso do processo.

Este método de desenvolvimento ou de resolução de problemas se choca com a perspectiva da EPS, onde os profissionais são convidados a identificar o problema que os perturba, para que, em seguida, eles possam encontrar os caminhos para a melhora do processo observado e mudança do mesmo, de seu ambiente de trabalho e principalmente do seu posicionamento de vida.

Um estudo (VALENTE *et al.* 2011) buscou saber qual era o conhecimento dos profissionais sobre as suas atividades diárias, bem como a implicação de suas ações para com a sua saúde, por meio de um questionário, e a partir das respostas obtidas produziram um *folder* com as dúvidas mais frequentes para ser devolvido aos sujeitos da pesquisa. Apesar de esse método considerar a percepção dos profissionais sobre a sua realidade, ainda falta incluí-los no processo de mudança, chamando-

os a refletir e provocando uma visão crítica, que não permearia somente este processo, mas acabaria por influenciá-los a uma nova postura perante seu trabalho, suas atividades diárias e suas vidas. Praticando assim os princípios da EPS.

Os dois últimos estudos buscaram justamente discutir as práticas educativas desenvolvida pelos SCIHs, todavia se observou métodos distintos empregados, onde um (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007) colocou todos os profissionais em um círculo de conversa para analisar o processo e reconstruí-lo em busca de melhores resultados. O outro (VILELA; DANTAS; TRABASSO, 2010) apenas realizou entrevistas individuais com os profissionais para, com base nos dados, concluir o que precisava ser aprimorado ou reestruturado.

A análise dos artigos permitiu perceber que aqueles que utilizaram metodologias que colocam os profissionais como agentes ativos de seu processo de trabalho e de construção de uma nova realidade apresentavam maior sucesso, proporcionando a mudança da realidade vivenciada. Por outro lado, nos trabalhos onde os profissionais foram apenas público passivo de um processo educativo, o impacto observado no comportamento dos indivíduos foi muito pequeno e de pouca significância, de acordo com as afirmações dos autores dos artigos analisados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao finalizar esta pesquisa, podem-se tecer algumas considerações a respeito de como a EPS vem sendo utilizada no âmbito do Controle de Infecção Hospitalar. Inicialmente, destaca-se o reduzido número de artigos encontrados sobre o tema, o que nos permite visualizar dois caminhos: onde os profissionais estão desenvolvendo este assunto, mas não estão publicando os resultados de seus trabalhos em periódicos, ou, ainda, que os resultados encontrados não sejam suficientemente inovadores para serem publicados e compartilhados com a comunidade científica.

De acordo com a Portaria 2.616 de 1998 (BRASIL, 1998), as atividades inerentes ao controle de infecções hospitalares devem minimamente ser desenvolvidas por um profissional enfermeiro e um profissional médico, e esta determinação trouxe um achado importante, pois a autoria dos trabalhos selecionados em sua maioria se deu por profissionais enfermeiros, exclusivamente.

É necessário que os profissionais que atuam prestando assistência direta à saúde se insiram em centros e grupos de pesquisa, a fim de

desenvolverem seu talento e potencial para a elaboração e desenvolvimento de pesquisas inovadoras (RABELO, 2010), que contribuam significativamente com o crescimento do setor, e com a qualidade da assistência prestada aos pacientes, visando paralelamente o aumento da qualidade de vida dos trabalhadores da saúde e da população assistida por estes profissionais.

A PNEPS (BRASIL, 2007) não se encontra declarada ou explícita na maioria dos artigos analisados, tampouco conceitos definidos e estruturados acerca do paradigma da EPS, todavia se observa que os trabalhos apresentaram reflexões que vêm ao encontro das recomendações e normatizações da PNEPS, bem como da opinião declarada por muitos estudiosos da área. Apontando, assim, a necessidade sentida por todos em reestruturar os processos educativos para galgar e alcançar a transformação das práticas de saúde.

Quanto às metodologias utilizadas para o desenvolvimento da educação nas instituições de saúde, visando o controle e a prevenção das infecções hospitalares, percebe-se que existem iniciativas que buscam colocar os profissionais como autores do processo, utilizando meios que os integrem e os encoragem a observar a sua realidade, percebendo os pontos que precisam ser reestruturados, para então discutirem e buscarem as possibilidades aplicáveis à sua realidade para a resolução dos problemas.

Esse processo instiga os profissionais a refletirem sobre seu trabalho e a se tornarem seres autocríticos, que estão em constante procura pelo aperfeiçoamento de suas práticas.

## REFERÊNCIAS

AGNOLON, A. P. *et al.* Avaliação de procedimentos de degermação das mãos, preparo pré-operatório da pele e uso de antibióticoprofilaxia em um hospital universitário. **Revista SOBECC**, v. 14, n. 3, p. 38-47, 2009.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de infecções em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2004.

ARSEGO, M.; CAREGNATO, R. C. A. Serviço de controle de infecção: vigilância de processo no transoperatório. **Revista SOBECC**, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983**. Institui que todos os hospitais do país deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), independente da entidade mantenedora, traçando diretrizes para tal e definindo suas atribuições. Brasília: MS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.616, de 25 de maio de 1998**. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição da Portaria MS 930/1992. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Guideline for prevention surgical site infection**. Atlanta, 1999.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cien saúde colet**, v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005.

CORIOLO, M. W. L. *et al.* Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab educ saúde**, v. 10, n. 1, p. 37-59, 2012.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev bras enferm**, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

CUCOLO, D. F.; FARIA, J. I. L.; CESARINO, C. B. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. **Acta paul enferm**, v. 20, n. 1, p. 49-54, 2007.



FERNANDES, A. T.; FERNANDES FILHO, M. O. V.; RIBEIRO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional**, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 263 p.

FERRAZ, F. *et al.* Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 2, p. 113-28, 2012.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health**. v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

JACONDINO, C. B. *et al.* Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. **Cogitare enferm**, v. 15, n. 2, p. 314-18, 2010.

LUZ, M. T. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis**, v. 15, n. 1, p. 39-57, 2005.

MARTINS, C. *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 472-478, 2006.

MARTINS, K. A. *et al.* Adesão as medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 7, n. 4, p. 485-492, 2008.

NEVES, Z. C. P. *et al.* Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev latino-am enferm**, v. 14, n. 4, p. 546:552, 2006.

NEVES, Z. C. P. *et al.* Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos. **Rev**

**eletr enferm** [on line], v. 11, n. 3, p. 738-745, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a35.htm>. Acesso em: 13 abr 2013.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

RABELO, E. R. Why do I produce and do not publish? Part I. **Rev. gaúcha enferm**, v. 31, n. 2, p. 209-09, 2010.

SILVA, L. M. G.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; DOMENICO, E. B. L. Ambiente virtual de aprendizagem na educação continuada em enfermagem. **Acta paul enferm**, v. 23, n. 5, p. 701-704, 2010.

SOUZA, M. C. B.; CERIBELLI, M. I. P. F. Enfermagem no centro de material esterilizado - a prática da educação continuada. **Rev latino-am enferm**, v. 12, n. 5, p. 767-774, 2004.

VALENTE, G. S. C. *et al.* O enfermeiro na educação em saúde ao trabalhador da limpeza no ambiente hospitalar. **Rev pesq: cuid fund** [on line], v. 3, n. 1, p. 1702-1710, 2011. Disponível em: [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/64850\\_7339.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/64850_7339.PDF). Acesso em: 14 abr 2011.

VILELA, R.; DANTAS, S. R.; TRABASSO, P. Equipe interdisciplinar reduz infecção sanguínea relacionada ao cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Paul. Pediatr**, v. 28, n. 4, p. 292-98, 2010.

## 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Esta pesquisa baseou-se em uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo, na tentativa de conhecer quais práticas de Educação Permanente os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar estão empregando no processo de transformação da realidade das instituições em que atuam.

Optamos pela abordagem qualitativa pela amplitude de possibilidades de se estudar o objeto, sem reduzi-lo a variáveis, mas contemplando toda a sua complexidade e totalidade (FLICK, 2009). Buscando interpretar o problema investigado em seu cenário natural, considerando os significados que as pessoas a ele conferem (DEZIN; LINCOLN, 2006).

Essa abordagem busca compreender a complexidade das ações humanas sobre determinado aspecto, utilizando nesse processo o método de coletar materiais narrativos e subjetivos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Minayo (2010) salienta que esta metodologia procura entender o significado, valorizando a introspecção e os relatos do indivíduo, tentando compreender a realidade por meio da aproximação dos resultados.

### 4.1 LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO

O Estado de Santa Catarina, localizado na Região Sul do Brasil, em 2008, por meio da Comissão Intergestores Bipartite/SC, em sua reunião ordinária do dia 20 de novembro de 2008, publicou a Deliberação 245/CIB/08, que estabeleceu o Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina (PDR), dividindo o estado em 9 (nove) Macrorregiões e 21 (vinte e uma) Regiões de Saúde, conforme o Anexo 2.

De acordo com a DELIBERAÇÃO 092/CIB/08, a Comissão Intergestores Bipartite, em sua 135ª Reunião Ordinária, no dia 03/07/08, estabeleceu alguns conceitos-chave para o Estabelecimento das Diretrizes do PDR. Dentre estes, encontramos a definição de Macrorregião e Regiões de Saúde:

**MACRORREGIÃO DE SAÚDE** – Formada por uma ou mais regiões de saúde organizadas/estruturadas para atender à parte da média complexidade que se evidencia mais complexa e à Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Não possui município sede e sua

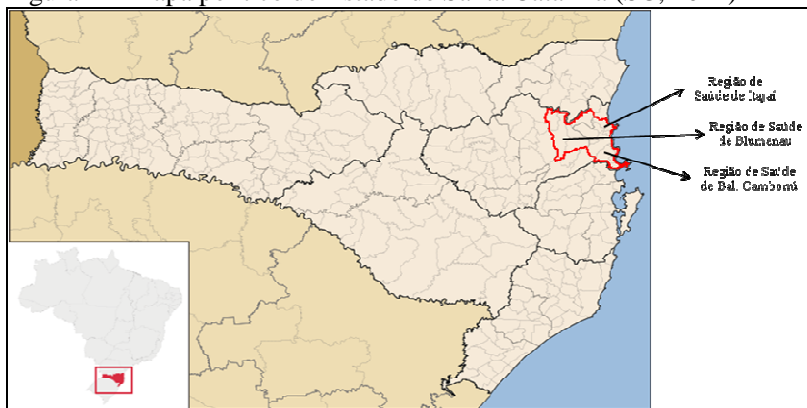
definição depende de cumprimento de critérios que levam em conta serviços de alta complexidade instalados, população referenciada, investimentos feitos pelo estado através de convênios, etc. A macrorregião de saúde deve atender às diretrizes estabelecidas neste documento e ser referência para uma população mínima de 300.000 habitantes.

**REGIÃO DE SAÚDE** – Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela SES, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (PDR, 2002 - (conceito definido na NOAS 01/01)). A região de saúde deve atender às diretrizes estabelecidas neste documento e ser referência para uma população mínima de 100.000 habitantes.

Frente a essa organização estadual, foram definidas como área para o desenvolvimento deste estudo três regiões de saúde, localizadas nas macrorregiões do Vale do Itajaí e da Foz do Rio Itajaí, conforme se segue.

A 9ª Região de Saúde de Blumenau, localizada na macrorregião do Vale do Itajaí, composta pelos municípios de Blumenau, Gaspar e Pomerode. A 10ª Região de Saúde de Itajaí, localizada na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, composta pelos municípios de Itajaí, Balneário de Piçarras, Penha, Luiz Alves, Ilhota e Navegantes. E a 11ª Região de Saúde de Balneário Camboriú, também localizada na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, composta pelos municípios de Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinhas e Porto Belo. De acordo com o mapa exposto na Figura 2.

Figura 2 – Mapa político do Estado de Santa Catarina (SC, 2011)



A escolha dessa região geográfica ocorreu devido à diversidade de instituições de saúde que se localizam nessa área e ainda por coincidir com a região de residência da pesquisadora.

Este estudo foi desenvolvido em hospitais de médio e grande porte, sendo estes de natureza pública, filantrópica ou privada, que contemplam no seu organograma a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Segundo a classificação nacional, instituída pelo Ministério da Saúde, denominam-se como hospital de médio porte instituições com um número de 50 a 150 leitos, e ainda caracteriza-se um hospital como grande porte, quando sua capacidade de leitos for superior a 150 leitos (BRASIL, 1977).

Para a seleção dos hospitais de médio e grande porte localizados na área geográfica que compreende o local de realização da pesquisa, foram utilizados os dados publicados pelo CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, obtidos através de sua página *online* <http://cnes.datasus.gov.br/>. No momento da coleta de dados, que aconteceu no período de 6 a 10 de junho de 2011, apresentavam-se nove instituições hospitalares que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, sendo, destas, quatro instituições hospitalares de médio porte e cinco de grande porte. Todas as instituições apresentavam-se, quanto à esfera administrativa, como privadas, sendo que a natureza de sete destas organizações era beneficente, e apenas duas, privadas.

Das nove instituições que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, cinco concederam carta de aceite para participação no estudo, sendo que, em uma delas, no momento da coleta de dados, por alteração da gerência da instituição não foi autorizada a entrada em campo da

pesquisadora. Finalizando, assim, como locais de pesquisa, quatro das instituições, sendo três de grande porte e uma de médio porte.

A população do estudo é definida por Polit, Beck e Hungler (2004) como um conjunto de indivíduos que possuam características semelhantes e atendam aos critérios da pesquisa. A população constituiu-se de todos os profissionais graduados que atuavam nos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar das instituições inclusas como locais de pesquisa. A amostra foi composta de todos os profissionais graduados que desenvolviam as atividades inerentes ao SCIH e que aceitaram participar. As quatro instituições somavam um quantitativo de seis enfermeiros e quatro médicos, sendo que apenas um enfermeiro se recusou a participar da pesquisa.

#### 4.2 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

Empregamos o método de entrevista semiestruturada, pois este contempla um guia de pesquisa com um planejamento aberto, permitindo aos informantes da pesquisa respostas livres, proporcionando que os mesmos expressem sua percepção e entendimento da realidade, sem influenciá-los (FLICK, 2006).

Para a entrevista semiestruturada (Apêndice B), utilizamos um roteiro elaborado a partir da literatura consultada para fundamentar este estudo, bem como da experiência das pesquisadoras com relação ao assunto, buscando alcançar o objetivo desta pesquisa.

A aproximação com a população do estudo aconteceu inicialmente por meio dos setores que emitiram parecer favorável para a realização da pesquisa, informando o contato das enfermeiras responsáveis pelos SCIHs. Com essa informação, foi realizado contato telefônico ou eletrônico com as mesmas, apresentando brevemente a pesquisa e solicitando o agendamento de um horário para que a pesquisadora pudesse apresentar detalhadamente os objetivos e o método para a coleta dos dados, convidando-as a participarem da pesquisa.

Nesse encontro, as enfermeiras dos SCIHs forneceram o contato dos demais profissionais graduados que atuavam nos serviços e por vezes intermediaram a aproximação. Foi então realizado contato com os demais profissionais e marcado encontro para apresentação da pesquisa e convite para participação, e em seguida foi agendado um horário para realização da entrevista.

A coleta de dados aconteceu no período de 2 de maio até 26 de julho de 2012. As entrevistas foram realizadas individualmente, no

ambiente de trabalho de cada participante, tendo um tempo médio de duração de 17 minutos, variando de 13 até 22 minutos. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se procedeu às entrevistas, que foram gravadas em mídia digital e transcritas logo após sua realização. As entrevistas originais em áudio e transcritas foram armazenadas em pastas em um computador específico e posteriormente analisadas.

### 4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados desta pesquisa, utilizamos a análise conteúdo, proposta por Bardin (2010). Segundo a autora (p. 44), esse método de análise abrange “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Esse método tem a finalidade de efetuar e gerar deduções lógicas e justificadas, a partir das mensagens tomadas para análise, com o intuito de conhecer o que está além das palavras registradas, em busca de outras realidades através das mensagens. Também é possível utilizar diversas operações e técnicas que permitam o enriquecimento dos resultados ou o aumento da validade destes, buscando uma interpretação final fundamentada (BARDIN, 2010).

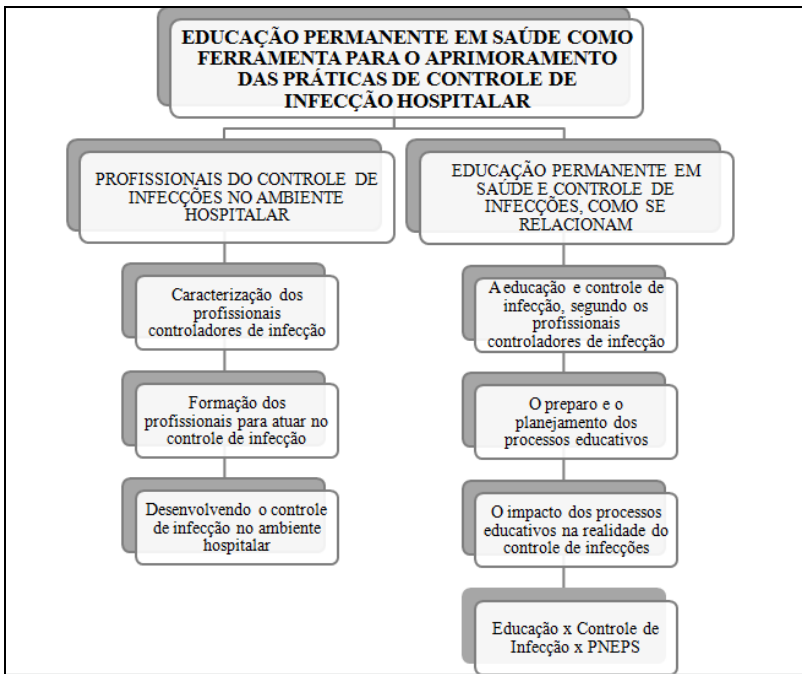
Para a organização da análise de conteúdo, a mesma divide-se em três fases (BARDIN, 2010): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, e a inferência e interpretação.

A pré-análise consistiu na organização de todo o material, buscando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira flexível, conduzindo a um plano de análise. Esta etapa se organizou nos procedimentos de: *leitura flutuante*, onde as pesquisadoras estabeleceram um contato intenso com o material, extraindo as primeiras impressões e orientações a respeito deste. *A escolha dos documentos*, quando se definiu os materiais que constituíram o corpus da pesquisa. *A formulação de hipóteses e objetivos*: a hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos a verificar, através de procedimentos de análise, todavia não é obrigatória, e nem todas as pesquisas têm definida uma hipótese, alguns estudos podem se desenvolver sem ideias pré-concebidas. O objetivo é a finalidade geral a que nos propomos ao desenvolver um estudo. Neste momento, as pesquisadoras se aprofundaram no conhecimento do

material e reavaliaram os objetivos e caminhos da pesquisa. A *referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores*: onde foram realizadas operações de recorte do texto, selecionando os conteúdos que expressavam a representação e as características do material analisado, agrupando-os em unidades comparáveis, visando à categorização destes para a análise temática. A *preparação do material*: antes de partirmos para a análise, foi efetuado o preparo do material, organizando-o de maneira que permitisse a identificação do código de determinado segmento da entrevista e ainda a marcação dos achados e contrastes.

A exploração do material compreendeu a fase de decomposição dos dados, avançando para a classificação e agregação dos mesmos, constituindo as categorias desta pesquisa: *Profissionais do controle de infecções no ambiente hospitalar* e *Educação permanente em saúde e controle de infecções, como se relacionam*. Após a interpretação das categorias surgiram as subcategorias deste estudo, conforme a Figura 3.

Figura 3: Apresentação das categorias e subcategorias da pesquisa





Quanto ao tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, após o tratamento dos dados brutos realizado nas etapas anteriores estes passaram a ser significativos e válidos, permitindo condensar e ressaltar as informações obtidas pela análise. A partir desses resultados, realizaram-se as inferências, seguidas das interpretações condizentes aos objetivos propostos no início da pesquisa e ainda acerca das descobertas inesperadas.

#### 4.4 DIMENSÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento desta pesquisa respeitamos os aspectos éticos, de acordo com a Resolução 196/96. Observando os princípios de anonimato, autonomia, não maleficência e beneficência. Inicialmente foi solicitada autorização das instituições (Apêndice C) que atenderam aos critérios pré-estabelecidos para a seleção dos locais de pesquisa. Essa seleção se deu através dos dados publicados na página *online* do CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Após a autorização da instituição, os profissionais que atuavam nos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar foram contados e convidados a participar desta pesquisa, esclarecendo-se aos mesmos os objetivos e a metodologia adotada, assegurando o direito de acesso aos dados, garantindo o sigilo da identidade dos participantes, bem como seu direito de retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os profissionais que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e somente após foi iniciada a coleta de dados.

Para garantir o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, os mesmos foram identificados desde o arquivo de suas entrevistas por codinomes definidos pelas pesquisadoras, sendo os profissionais enfermeiros Enf 1, Enf 2, Enf 3, Enf 4 e Enf 5, e os profissionais médicos Med 1, Med 2, Med 3 e Med 4. Optou-se pela distinção entre as categorias de profissionais por considerar que isso poderia influenciar na análise dos dados.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – CEPESH, e aprovado pelo Parecer nº 2293/2012 (Anexo 3).

Após a aprovação da banca de avaliadores e apresentação pública da dissertação, comprometo-me a entregar uma cópia do trabalho aos participantes da pesquisa, bem como para as instituições que autorizaram o desenvolvimento da pesquisa em suas dependências.



## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos os resultados desta pesquisa no formato de dois manuscritos, que serão submetidos a diferentes periódicos científicos após análise da banca examinadora. Esse procedimento obedece às exigências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011 (Anexo 1), que dispõe sobre a apresentação e formato dos trabalhos de conclusão de mestrado e doutorado em Enfermagem, instituindo a apresentação dos resultados da pesquisa na modalidade de manuscritos.

O primeiro manuscrito, intitulado “Profissionais do controle de infecção hospitalar: perfil e estratégias utilizadas”, apresenta os resultados acerca das características dos profissionais controladores de infecção, a formação dos mesmos para desenvolver os serviços de controle de infecção hospitalar e as estratégias que têm sido implementadas nos referidos serviços para o controle das infecções.

O segundo manuscrito, denominado “Educação Permanente em Saúde e Controle de Infecção, como se relacionam”, aborda a percepção dos profissionais controladores de infecção referente à educação e à prática de controle de infecções, à formação e ao preparo dos profissionais para desenvolverem esta área dentro do SCIH. Ainda buscamos conhecer como se desenvolvem o planejamento e o preparo dos processos educativos desenvolvidos visando à prevenção e controle das infecções hospitalares, bem como o impacto que estas atividades educativas têm causado na prática das instituições de saúde. Para finalizar, apresentamos a percepção que os profissionais expressaram sobre a relação da educação com o controle de infecção hospitalar e com a PNEPS.



## 5.1 MANUSCRITO 2 – Profissionais do controle de infecção hospitalar: perfil e estratégias utilizadas

MANUSCRIPT 2 - Hospital infection control professionals: profile and strategies

MANUSCRITO 2 - Profesionales del control de infección hospitalaria: perfil y estrategias utilizadas

### **RESUMO**

Frente à complexa responsabilidade imposta aos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), é imprescindível a atuação de profissionais com conhecimento específico na área. O intuito desta pesquisa foi identificar o perfil dos profissionais que desenvolvem o controle de infecção e as estratégias utilizadas pelos mesmos. Empregou-se o método da pesquisa qualitativa, do tipo exploratório descritivo, utilizando a entrevista semiestruturada para a coleta de dados com os profissionais graduados atuantes nos SCIHs dos hospitais de médio e grande porte da 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina. Os resultados demonstraram que os SCIHs da pesquisa são constituídos por profissionais graduados enfermeiros e médicos. Percebeu-se que o preparo dos profissionais em sua maioria ocorre por interesse dos mesmos, sendo que a maior parte dos enfermeiros ingressou no SCIH sem formação específica na área, enquanto que os médicos geralmente possuíam residência em infectologia. As atividades desenvolvidas pelos SCIHs se encontram em sintonia com as recomendações da Portaria 2.616 de 1998. Faz-se necessário traçar o perfil nacional dos profissionais controladores de infecção e dos serviços, conhecendo as necessidades de intervenção para que desenvolvam planos regionais e nacionais em busca de ações mais fortalecidas e disseminadas de controle e prevenção de infecção.

**Palavras-Chave:** Educação Continuada. Controle de Infecções. Infecção Hospitalar.

### **ABSTRACT**

In view of the complex responsibility imposed to the Services of Hospital Infection Control (SCIH), the performance of professionals with specific knowledge in this field is indispensable. The aim of this research was identifying the profile of professionals who develop infection control and the strategies they utilize. The utilized method was the qualitative research, of the exploratory and descriptive type with

semi-structured interview in order to collect the data with graduated professionals performing in the SCIHs (Services of Hospital Infection Control) of medium- and large-sized hospitals from the 9<sup>th</sup>, 10<sup>th</sup> and 11<sup>th</sup> Health Regions of the State of Santa Catarina. Findings showed that the SCIHs from the researched regions comprise graduated professionals, namely nurses and physicians. It has been noted that the preparation of most professionals occur by their own interest. Most of the nurses entered the SCIH without specific qualification in the field while the physicians in general have residency in infectiology. The activities developed by the SCIHs are tuned with the recommendations of the Ordinance 2.616 of 1998. It is essential to outline the national profile of the professionals in charge of controlling infection and respective services and to learn the intervention needs in order to develop regional and national plans for stronger and broader actions for infection control and prevention.

**Key words:** Continuous Education. Control of Infections. Hospital Infection.

## RESUMEN

En vista de la compleja responsabilidad imposta a los Servicios de Control de Infección Hospitalaria (SCIH), es indispensable la actuación de profesionales con conocimiento específico en el área. El objetivo de esta pesquisa fue identificar el perfil de los profesionales que desenvuelven el control de infección y las estrategias utilizadas por los mismos. Se empleó el método de la pesquisa cualitativa, del tipo exploratorio descriptivo, utilizando la entrevista semiestructurada para la recolección de datos con los profesionales graduados que actúan en los SCIHs de los hospitales de mediano y gran tamaño de las 9.<sup>a</sup>, 10.<sup>a</sup> y 11.<sup>a</sup> Regiones de Salud del Estado de Santa Catarina. Los resultados demostraron que los SCIHs de la región de la pesquisa se constituyen de profesionales graduados enfermeros y médicos. Se percibió que el preparo de los profesionales en su mayoría ocurre por interés de los mismos, siendo que la mayor parte de los enfermeros ingresó en el SCIH sin formación específica en el área, mientras que los médicos generalmente poseían residencia en infectología. Las actividades desenvueltas por los SCIHs se encuentran en sintonía con las recomendaciones de la Ordenanza 2.616 de 1998. Se hace necesario trazar el perfil nacional de los profesionales controladores de infección y de los servicios, conociendo las necesidades de intervención para que desenvuelvan planes regionales y nacionales en búsqueda de acciones más fortalecidas y amplias de control y prevención de infección.

**Palabras-Clave:** Educación Continuada. Control de Infecciones. Infección Hospitalaria.

## INTRODUÇÃO

A microbiologia e, conseqüentemente, as infecções relacionadas aos ambientes de assistência à saúde são tão antigas quanto a origem dos homens. Entretanto, durante muitos anos, a associação entre elas foi ignorada. Somente a partir do século XIX é que se registram os primeiros relatos de disseminação de infecções em ambientes destinados ao cuidado à saúde das pessoas, admitindo-se a sua transmissão de uma pessoa a outra, e também a promoção do controle destas infecções por meio de medidas de prevenção (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Os precursores dessa época foram o médico húngaro Ignaz Semmelweis e a enfermeira Florence Nightingale, que conseguiram diminuir o número de mortes de pacientes em seus respectivos campos de atuação, em locais distantes e distintos, por meio da implantação de medidas básicas de controle de infecções (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Durante as primeiras décadas do século XX, foram raros os profissionais de saúde que se preocuparam em avaliar continuamente o risco de seus pacientes desenvolverem infecção nos ambientes hospitalares, sendo que estes episódios eram diagnosticados pelos próprios profissionais que estavam assistindo os pacientes e adotavam condutas isoladas a cada caso, para a sua resolução (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

Desde 1950, estudos científicos médicos e de enfermagem demonstravam a preocupação dos profissionais de saúde com a transmissão de doenças infecciosas no ambiente hospitalar (LACERDA, 2002). Entretanto, com os avanços que se desenvolveram para a assistência à saúde e com a inexistência de dados centralizados, a detecção de problemas era rara, obtida apenas quando assumia grandes proporções, sendo então criadas comissões provisórias voltadas para aquele surto em particular (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000).

A ocorrência cada vez mais frequente e grave de infecções hospitalares causadas por microrganismos resistentes aos antimicrobianos foi o principal fator que motivou a organização de comissões permanentes para o controle de infecções (FERNANDES; FERNANDES FILHO; RIBEIRO, 2000). Associada à gravidade do

problema de infecção hospitalar, na década de 80 ocorre uma importante influência na mídia em todo esse movimento e desenvolvimento, sendo que esta publica de maneira incisiva e utilizando tons catastróficos o problema da infecção hospitalar no Brasil, gerando um esforço por parte dos profissionais de saúde, donos de instituições de saúde, e do governo de justificar a ocorrência do problema, sem sucesso (LACERDA, 2002).

Frente a todas as complicações decorrentes das infecções hospitalares, ao alto custo para recuperação da saúde do indivíduo que a desenvolvia, bem como ao impacto social que esta vinha causando, em 1983, o Estado assumiu a IH como problema de saúde pública, publicando a Portaria n.196, de 24 de junho de 1983. Dentre as principais deliberações dessa portaria cita-se a obrigatoriedade da organização e implantação, em todos os hospitais brasileiros, das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), e ainda definiu-se a classificação das cirurgias e determinou-se a criação de centros de treinamentos, que capacitassem os profissionais de saúde para a promoção da prevenção e do controle das infecções hospitalares (BRASIL, 1983).

Impulsionando toda a discussão e as providências para reversão da situação das infecções hospitalares no país, ocorre em 1985 a morte do presidente Tancredo Neves, que teve seu estado de saúde agravado pelo desenvolvimento de uma IH (LACERDA, 2002).

Somou-se ao desenvolvimento e aprimoramento da política nacional relacionada ao controle das infecções hospitalares a publicação da Portaria 930, de agosto de 1992, que substituiu a Portaria 196, de 1983. Esta nova portaria ampliou as atividades que deveriam ser implementadas pelas CCIHs, incluindo a busca ativa de casos de IH, a criação do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH), definiu competências administrativas para o âmbito hospitalar e público, e ainda o uso racional de antimicrobianos.

Em 6 de janeiro de 1997, o Estado publica a Lei 9.431, que institui a obrigatoriedade dos hospitais manterem um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), definido como o “conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (BRASIL, 1997, p.01). A partir dessa publicação, parte-se para a compreensão de que as infecções hospitalares não serão eliminadas em sua totalidade, mas que as instituições devem ter políticas e programas que visem à redução de sua incidência.

Posteriormente é publicada a Portaria 2.616, de 12 de maio de 1998, que passou a regulamentar as ações de controle de infecção



hospitalar no país, em substituição à Portaria 930/1992. Em 2000, publica-se a RDC 48, que define um roteiro e estabelece a sistemática para a avaliação do cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

O Controle de Infecção Hospitalar (CIH) é entendido como um conjunto de “ações desenvolvidas visando à prevenção e a redução da incidência de infecções hospitalares” (ANVISA, 2000, p. 01). A Infecção Hospitalar é conceituada como: “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998).

As CCIHs são definidas como um

(...) grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da Unidade Hospitalar, constituída de membros consultores e executores (ANVISA, 2000, p.01).

Complementa-se ainda que a CCIH é considerada como “um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar” (BRASIL, 1998, p. 02).

Os Membros Consultores das CCIHs “são os responsáveis pelo estabelecimento das diretrizes para o PCIH”, representando os serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, de microbiologia e administração. Os Membros Executores são os profissionais que representam o SCIH e, portanto, “são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar” (BRASIL, 1998, p. 02).

A Portaria 2.616 de 1998, que é até o presente momento é a última portaria publicada sobre o tema, estrutura-se em cinco anexos que apresentam diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. O Anexo I trata da organização e competências do programa e da comissão de controle de infecção. No Anexo II tem-se conceito e critérios diagnósticos das infecções hospitalares. O Anexo III apresenta orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores. Nos Anexos IV e V observam-se recomendações sobre a lavagem das mãos e outros temas, como uso de germicidas, microbiologia, lavanderia e farmácia, enfatizando publicações anteriores do Ministério da Saúde que se relacionam com as diretrizes e normas para o CIH.

Com as emergentes discussões acerca de qualidade da assistência nos serviços de saúde e da segurança do paciente, as infecções hospitalares, bem como a prevenção e controle destas permanecem e se reforçam a cada dia como um assunto indispensável em qualquer serviço de saúde (WACHTER, 2010). Necessitando de profissionais capacitados e engajados para o desenvolvimento de todas as ações e normatizações essenciais e necessárias, buscando sempre maneiras inovadoras para implementar as ações de controle de infecção.

Perante todas essas explicações, verificamos a necessidade de identificar o perfil dos profissionais que desenvolvem o controle de infecção nas instituições hospitalares de médio e grande porte das Regiões de Saúde de Blumenau, Itajaí e Balneário Camboriú e as estratégias utilizadas para o controle e a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.

## **METODOLOGIA**

Desenvolvemos esta pesquisa baseada em uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo. A escolha se deu pela amplitude de possibilidades de se estudar o objeto, sem reduzi-lo a variáveis, mas contemplando toda a sua complexidade e totalidade (FLICK, 2009). Buscando interpretar o problema investigado em seu cenário natural, considerando os significados que as pessoas a ele conferem (DEZIN; LINCOLN, 2006).

Essa abordagem busca compreender a complexidade das ações humanas sobre determinado aspecto, utilizando nesse processo o método de coletar materiais narrativos e subjetivos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa desenvolveu-se no Estado de Santa Catarina, localizado na Região Sul do Brasil, que desde 2008 divide o estado em 9 (nove) Macrorregiões e 21 (vinte e uma) Regiões de Saúde, segundo a Deliberação 245/CIB/08, que estabeleceu o Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina.

A partir dessa organização estadual, foram definidas como áreas para este estudo três regiões de saúde, localizadas nas macrorregiões do Vale do Itajaí e da Foz do Rio Itajaí, a saber: a 9ª Região de Saúde de Blumenau, localizada na macrorregião do Vale do Itajaí, composta pelos Municípios de Blumenau, Gaspar e Pomerode. A 10ª Região de Saúde de Itajaí, localizada na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, composta pelos Municípios de Itajaí, Balneário de Piçarras, Penha, Luiz Alves, Ilhota e Navegantes. E a 11ª Região de Saúde de Balneário Camboriú,

também localizada na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, composta pelos Municípios de Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinhas e Porto Belo. Ressalta-se que, nessa região geográfica, há diversidade de instituições de saúde.

Como critérios para a inclusão das instituições de saúde como locais de estudo, estabelecemos um corte para hospitais de médio e grande porte, sendo estes de natureza pública, filantrópica ou privada, que contemplem no seu organograma a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Segundo a classificação nacional, instituída pelo Ministério da Saúde, denominam-se como hospital de médio porte as instituições com um número de 50 a 150 leitos, e ainda caracteriza-se um hospital como grande porte, quando sua capacidade de leitos for superior a 150 leitos (BRASIL, 1977).

Para a seleção dos hospitais de médio e grande porte localizados na área geográfica que compreende o local de realização da pesquisa, foram utilizados os dados publicados pelo CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, obtidos através de sua página *online*. No momento da coleta de dados, que aconteceu no período de 6 a 10 de junho de 2011, apresentavam-se nove instituições hospitalares que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, sendo, destas, quatro instituições hospitalares de médio porte e cinco de grande porte. Todas as instituições apresentavam-se, quanto à esfera administrativa, como privadas, sendo que a natureza de sete destas organizações era beneficente, e apenas duas, privadas.

Destacamos que, das nove instituições que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, apenas cinco concederam carta de aceite para participação no estudo, sendo que, em uma delas, no momento da coleta de dados, por alteração da gerência da instituição, não foi autorizada a entrada em campo da pesquisadora. Finalizando, assim, como locais de pesquisa, quatro das instituições.

A população constituiu-se de todos os profissionais graduados que atuavam nos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar das instituições incluídas na pesquisa e que aceitaram inicialmente participar do estudo. A amostra foi composta de cinco profissionais enfermeiros e quatro médicos; da população total do estudo, apenas um profissional enfermeiro não aceitou participar da pesquisa.

Para a coleta de dados optamos pelo método de entrevista semiestruturada, elaborado a partir da literatura consultada para fundamentar este estudo, bem como da experiência das pesquisadoras com relação ao assunto, buscando alcançar o objetivo desta pesquisa. As

entrevistas foram gravadas, com autorização do participante, e transcritas logo após sua realização.

A coleta de dados aconteceu no período de 2 de maio até 26 de julho de 2012. As entrevistas foram realizadas individualmente no ambiente de trabalho de cada participante, tendo um tempo médio de duração de 17 minutos, variando de 13 até 22 minutos.

A análise dos dados fundamentou-se na proposta da análise de conteúdo. Esse método tem a finalidade de efetuar e gerar deduções lógicas e justificadas, a partir das mensagens tomadas para análise, com o intuito de conhecer o que está além das palavras registradas, em busca de outras realidades através das mensagens. Também é possível utilizar diversas operações e técnicas que permitam o enriquecimento dos resultados ou o aumento da validade destes, buscando uma interpretação final fundamentada (BARDIN, 2010).

Este método divide-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos, de acordo com a Resolução 196/96. Observando os princípios de anonimato, autonomia, não maleficência e beneficência. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada pelo Parecer nº 2293/2012.

Ao finalizar a pesquisa, os resultados foram devolvidos aos profissionais participantes, bem como para as instituições que permitiram a sua execução.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

O procedimento de análise dos dados levantados nesta pesquisa culminou no surgimento de uma categoria, Profissionais do controle de infecções no ambiente hospitalar, que se subdivide em outras três subcategorias: Caracterização dos profissionais controladores de infecção; Formação dos profissionais para atuar no controle de infecção; e Desenvolvendo o controle de infecção no ambiente hospitalar. Elas são apresentadas neste trabalho.

### **PROFISSIONAIS DO CONTROLE DE INFECÇÕES NO AMBIENTE HOSPITALAR**

O serviço de controle de infecção hospitalar segue os princípios descritos e instituídos por meio da Portaria 2.616/1998 e RDC 48/2000,

necessitando ser implementados em cada ambiente hospitalar, observando as suas particularidades, características e necessidades, buscando meios de atender às normas e primícias básicas do controle de infecção, tornando-as viáveis e aplicáveis a cada instituição hospitalar de maneira individualizada.

Assim, é essencial a existência de uma equipe de profissionais, com conhecimento e competência em tal especialidade, a fim de cumprir todas estas exigências, alcançando o objetivo final de qualquer serviço de controle de infecção hospitalar, o controle da disseminação e a prevenção das infecções dentro do ambiente hospitalar.

### **Caracterização dos profissionais controladores de infecção**

O serviço de controle de infecções hospitalares é composto pelos membros executores da CCIH, sendo o órgão responsável pelo desenvolvimento e implementação das ações estabelecidas no PCIH. Nas instituições que compuseram os locais de pesquisa, encontraram-se nos SCIHs profissionais graduados enfermeiros e médicos. Vindo ao encontro do que define a legislação, que os membros executores devam ser, no mínimo, dois técnicos de nível superior da área de saúde, recomendando que preferencialmente um destes membros seja um profissional enfermeiro (BRASIL, 1998).

Observamos uma tendência regional de os SCIHs serem constituídos apenas por profissionais médicos e enfermeiros, não observando a inserção de outras categorias profissionais, como o farmacêutico e microbiologista, que possuem conhecimentos importantes para esta prática. Não encontramos estudos que pudessem ser confrontados com esses dados verificando se esta observação se constituiu apenas em uma tendência regional ou se seria uma característica nacional dos SCIHs.

Referente ao sexo destes profissionais, verificou-se que 100% dos entrevistados enfermeiros eram do sexo feminino, sendo que, entre os médicos, 100% eram do sexo masculino. Esses dados têm relação com as características históricas de ambas as profissões, onde a enfermagem é exercida predominantemente por mulheres e a medicina por homens, sofrendo ainda na atualidade os reflexos do contexto histórico das profissões (SCHMIDT et al. 2009; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Essas características também se refletem em outras áreas da saúde, como na saúde coletiva (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005).

A idade dos profissionais variou entre 24 e 55 anos, não sendo possível estabelecer relação da idade com o trabalho no SCIH, nos

levando apenas a inferir que profissionais graduados há pouco tempo têm inserção no mercado de trabalho nesta área, da mesma forma que profissionais com maior tempo de experiência e atuação.

No que diz respeito ao tempo de graduação, verificamos uma variação importante entre ambos os profissionais. Entre os enfermeiros tem-se uma diferença que varia entre menos de um ano de graduação, até mais de 30 anos. Característica semelhante se observa entre os médicos, onde a variação transcorre entre um período inferior a três anos até 30 anos de graduação e atuação profissional.

Um estudo também realizado com profissionais enfermeiros e médicos do SCIH constatou que a maioria dos profissionais era graduada em suas respectivas áreas havia mais de 20 anos (CERQUEIRA; MENDES, 2009).

Quanto à pós-graduação, 80% dos enfermeiros possuíam pós-graduação no nível de especialização, sendo destes 40% na área de controle de infecção hospitalar. Entre os médicos, 100% tinham pós-graduação em nível de residência, sendo 75% na área de infectologia. De todos os profissionais entrevistados, apenas um enfermeiro possuía, além da especialização, pós-graduação em nível de mestrado, também na área de controle de infecção.

O mesmo estudo que evidencia uma tendência de os profissionais controladores de infecção serem graduados havia mais de 20 anos também destacou que a maioria dos profissionais possuíam pós-graduação em nível de especialização, a maior parte especialistas em controle de infecção. Observamos que os profissionais inseridos no trabalho de controle de infecção buscam aprimoramento profissional nos cursos de pós-graduação, demonstrando a importância percebida e atribuída por eles ao embasamento e conhecimento para o desenvolvimento de suas atividades e sucesso nas ações de controle de infecção.

Ao verificarmos o tempo de atuação desses profissionais no ambiente hospitalar, observamos resultado idêntico ao do tempo de graduação: todos, enfermeiros e médicos, atuaram desde o início de suas carreiras profissionais em instituições hospitalares.

Observamos ainda que, entre os enfermeiros, a maioria, 60%, iniciou suas atividades em outras áreas de atuação hospitalar, sendo que, após alguns anos de trabalho, assumiram as atividades inerentes ao SCIH. Entre os demais enfermeiros que iniciaram suas atividades diretamente no SCIH, verificamos alguma experiência anterior com a área, no formato de estágio extracurricular ou trabalho prévio com o SCIH, porém atuando em outra função.

Já, entre os médicos, os que fizeram residência em infectologia possuíam tempo de formação, atuação hospitalar e em SCIH coincidentes. Constatou-se que os médicos infectologistas tornam-se atuantes nas áreas de controle de infecções hospitalares, e pode-se relacionar este dado à formação dos mesmos e consequente capacitação para o desenvolvimento desta função. Quanto ao tempo de atuação na instituição em que trabalham atualmente, encontramos uma variação de 2 até 28 anos, não havendo diferenças significativas entre enfermeiros e médicos.

Já, referente ao tempo de atuação no controle de infecção nas instituições, observamos que entre os enfermeiros a maioria, 60%, se inseriu na instituição em outra área, e posteriormente foram convidados a assumir as atividades relacionadas ao controle de infecção, nos levando a inferir que as instituições preferem nomear profissionais enfermeiros de seu convívio para o cargo, ao invés de contratar profissionais especialistas. Esse dado também pode se relacionar ao reduzido número de profissionais especialistas disponíveis no mercado de trabalho, fato que também é influenciado pelo reduzido número de cursos de pós-graduação oferecidos na área de controle de infecção (SANTOS, 2006).

Quanto aos médicos, verificamos que a maioria, 75%, possuía tempo institucional semelhante ao tempo de atuação no SCIH, o que permite uma inferência de relação com a formação dos mesmos na residência de infectologia, que contempla um tempo de aprendizagem e acompanhamento das atividades em SCIH (CNRM, 2003).

Faz-se uma ressalva importante quanto aos profissionais que são convidados e nomeados para assumirem as atividades de controle de infecção sem a devida especialização na área, pois a formação acadêmica dos cursos da área da saúde não contempla em sua grade curricular disciplinas que abordem esta questão, abrangendo toda a extensão e complexidade do assunto.

Um estudo realizado ainda no ano de 1996, já declarava as dificuldades encontradas no desenvolvimento das práticas de controle de infecção (PEREIRA; MORIYA; GIR, 1996) pela deficiência dos currículos de graduação, por não realizarem a abordagem necessária ao tema. Apesar de termos passado por reformulação da portaria que normatiza os SCIHs e as CCIHs, e também dos currículos para os cursos de graduação no ano de 2002, ainda continuamos nos deparando com a mesma problemática (SANTOS, 2006).

Fato que contribui para a dificuldade de desenvolver dentro das instituições de saúde a cultura dos profissionais para prevenção e

controle de infecções. Frente a isso, se questiona qual seria a competência técnica-científica dos profissionais não especialistas em controle de infecção para o desenvolvimento de tal função.

### **Formação dos profissionais para atuar no controle de infecção**

O trabalho desenvolvido nos SCIHs abrange uma gama de atividades que precisam ser planejadas e implementadas, observando os princípios do controle de infecção, aplicando-os, planejando e desenvolvendo-os de acordo com a realidade de cada instituição hospitalar.

Frente a toda esta complexidade, torna-se indispensável que os profissionais controladores de infecção tenham um tempo específico para o desenvolvimento desta importante função, bem como formação e capacitação específica para este trabalho.

Ao investigar como se procederam a formação e o preparo dos profissionais para o trabalho no SCIH, ressaltamos alguns achados importantes. Apresentamos algumas falas que evidenciam como os profissionais enfermeiros foram preparados para assumir tal função:

*“(...) logo que eu cheguei me convidaram para o controle de infecção, eu nunca tinha atuado com controle de infecção, sempre na assistência (...). Eu assumi o controle de infecção aqui no hospital e paralelamente fui fazer a pós, para aprender a mexer com isso (...).” (Enf. 1)*

*“A gente se formava e não estudava o controle de infecção na faculdade, nem sabia que tinha (...). Preparo não tinha, eles foram me dando o que existia, fui lendo o que tinha, fui a muitos eventos, cursos preparados.” (Enf. 2)*

*“Na verdade, aqui no hospital é um cargo de confiança e foi uma indicação da direção.” (Enf. 3)*

*“Foi através da parte prática mesmo, sem nenhum treinamento específico. A gente vai buscando o conhecimento, em artigos, Internet, para que a gente consiga realmente passar a entender aquela parte prática de porque eu estou fazendo assim.” (Enf. 4)*

*“Eu trabalhei como estagiária de enfermagem em outro SCIH, então lá eu já tive uma noção. E depois aqui eu fui estruturando conforme tínhamos as aulas da pós-graduação (...).” (Enf. 5)*

Verifica-se que a maioria dos profissionais enfermeiros é convidada a assumir o SCIH, mesmo sem ter formação ou experiência na área. Aprendendo com o tempo como o serviço deve ser desenvolvido e quais são as melhores formas de desempenhá-lo.



Tampouco se observa preocupação por parte dos gestores com o incentivo à especialização de seus profissionais. Relaciona-se essa característica dos gestores, pelo fato de desconhecerem a extensão e profundidade dos múltiplos fatores associados às infecções hospitalares, e a lacuna existente no ambiente hospitalar quanto a esta problemática (PRADE, 2002).

Os enfermeiros controladores de infecção buscam, de maneira autônoma, o aprimoramento e o conhecimento para que o controle de infecção seja desenvolvido de maneira satisfatória. Um achado importante é o ingresso em curso de pós-graduação na área de controle de infecção, ocorrendo após eles terem assumido tal função. Evidenciando a necessidade sentida pelos profissionais de aprofundarem e buscarem o conhecimento para o desempenho desta extensa e complexa responsabilidade.

Quanto aos profissionais médicos, verificamos uma tendência de assumirem a função de controladores de infecções após a residência médica em infectologia, onde passam por um período de treinamento e formação específica em controle de infecção. Característica evidenciada nas falas dos profissionais:

*“Na residência, a gente dava muita ênfase no último ano, no R3 a gente rodava seis a oito meses em CCIH. Acaba vindo muito fresquinho a convivência ali, e organizar a CCIH foi tranquilo continuar aqui.” (Med3)*

*“Na verdade é um trabalho ligado diretamente à especialidade, (...) a própria formação do médico infectologista, na sua residência médica, ela já faz com que você se credencie para ser um médico controlador de infecção.” (Med4)*

Todavia, também se observa na classe médica que profissionais não especializados são convidados pelos gestores hospitalares a assumirem tal função. Destacam-se os relatos:

*“Meu preparo foi todo através da minha enfermeira de CCIH, (...) para médico da CCIH eu não tinha nenhum conhecimento, relacionado do ponto de vista de quem está de dentro. Eu tinha aquele contato assim do médico que está fora da CCIH, e que muitas vezes recebe a visita da CCIH e discute o caso relacionado à CCIH.” (Med. 1)*

Podem-se realizar algumas inferências no que se refere à formação dos profissionais controladores de infecção: profissionais sem formação específica para a área assumem tal atividade em decorrência da falta de outros capacitados e disponíveis no mercado de trabalho, característica que deve se relacionar com o número reduzido de cursos

de especialização em CIH no país (SANTOS, 2006). Os gestores de saúde não compreendem a complexidade e importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais controladores de infecção (PRADE, 2002) e não se empenham em buscar e contratar profissionais com formação específica na área.

Ou, ainda, os gestores preferem nomear profissionais conhecidos e de sua confiança, ao invés de contratar profissionais especialistas, o que reafirma a colocação de que estes não compreendem a lacuna que se apresenta na área de controle de infecção (PRADE, 2002).

### **Desenvolvendo o controle de infecção no ambiente hospitalar**

Frente a toda a demanda gerada pelas atividades inerentes ao controle de infecção nas instituições hospitalares, se investigou como os profissionais destinavam seu tempo de trabalho. A maioria dos enfermeiros, 60%, relatou atuar exclusivamente nas atividades do SCIH e CCIH, enquanto que os demais dividiam seu tempo de atuação na instituição com outras atividades diversas, expressando pontos negativos nesta fragmentação do trabalho:

*“Muito ruim, (...) eu sinto falta de mais tempo para o controle de infecção, tem muito a ser feito, mas que o tempo não permite (...). Mas esta é uma dinâmica institucional que a gente tem tentado conversar, mas que é difícil, nem é de difícil entendimento, a instituição até entende, mas não tem recurso (...), principalmente as instituições pequenas. (Enf. 1)*

*“(...) eu vejo que fica uma coisa um pouco confusa para os colaboradores, porque eles me veem cobrando durante a semana, aí chega final de semana e eu preciso deles (...) e eles acabam não querendo ir porque eu chamei a atenção durante a semana. Então acho que trabalhar no controle de qualidade é difícil, porque aí confunde a cabeça de quem está lá na ponta da assistência, que está sendo cobrado.” (Enf. 5)*

Percebe-se uma tendência de os hospitais de médio porte agregarem funções para seus profissionais enfermeiros do SCIH, enquanto que as instituições de grande porte têm profissionais com tempo específico e exclusivo para controle de infecções. Observa-se nas instituições de grande porte que, por vezes, o profissional pode desenvolver outra função, e, apesar de esta não estar inclusa no tempo estabelecido para o controle de infecção, os profissionais ainda julgam esta associação de tarefas como um fator de complicação para as atividades do CI.

Essa característica das instituições de pequeno e médio porte se relaciona com o orçamento muitas vezes reduzido dessas instituições, ou, ainda, por seus gestores entenderem que, devido ao tamanho reduzido da instituição, o tempo do profissional para esta atividade pode ser menor.

Ressaltamos, no entanto, que mesmo as instituições de pequeno e principalmente de médio porte possuem atividades de controle de infecções semelhantes às instituições de grande porte, e a fragmentação do tempo e soma de funções para o profissional pode ser uma característica de SCIH e CCIH pouco atuantes. Haja vista a complexidade das ações de vigilância de infecções, detecção de situações de risco, implementação de ações de prevenção, atividades educativas, visitas às unidades hospitalares visando à conversa e aproximação com os demais profissionais de saúde, prejudicando assim o impacto das práticas de controle de infecções.

Quanto aos profissionais médicos, verificamos que todos os entrevistados agregavam, além das atividades do SCIH, outra função dentro da instituição, principalmente a atuação como especialista na sua área de residência médica. A maioria destes não percebia complicação na soma dessas funções. Apenas um médico que desenvolvia uma função administrativa dentro da instituição relatou esta relação como fator de complicação para o sucesso das atividades do SCIH:

*“(...) ainda assim existe alguma falta de tempo no sentido de criação de alguns protocolos que dependem muito do médico criar junto aos outros coordenadores.” (Med. 2)*

Ainda se registra um consenso, inclusive pelos médicos, da necessidade da permanência do profissional enfermeiro por um tempo estendido no SCIH, para o desenvolvimento das atividades:

*“(...) a enfermeira, ela realmente tem que ficar mais tempo aqui no hospital, porque tem muito mais, algumas atribuições a mais (...).” (Med. 2)*

*“(...) ainda bem que tem a equipe da enfermagem aqui, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, a secretária, todo mundo aqui para trabalhar junto, que sozinho aqui eu não conseguiria trabalhar, não teria como formular todos os dados, gráficos e levantamentos.” (Med. 3)*

Quanto às estratégias desenvolvidas pelos SCIHs para a prevenção e controle das infecções hospitalares, identificamos uma diversidade interessante de atividades. Apresentam-se as atividades que foram citadas pelos profissionais enfermeiros e médicos: avaliação epidemiológica, educação e treinamento de profissionais e estudantes,

elaboração de protocolos e manuais, indicadores de processo, auditoria nos setores com devolução aos coordenadores das áreas por meio de relatórios.

As atividades listadas se fizeram presentes na fala da maioria dos profissionais, observando-se uma sintonia das atividades desenvolvidas pelos SCIHs pesquisados com as normatizações recomendadas por meio da Portaria 2.616/1998.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma característica regional dos SCIHs de serem compostos exclusivamente por enfermeiros e médicos. Os dados indicam que não há uma exigência por parte das instituições de saúde de esses profissionais serem especialistas em controle de infecção para desenvolverem tais atividades no ambiente hospitalar. Todavia, o preparo dos profissionais para atuar no CI parte da necessidade sentida e buscada pelos mesmos, não havendo grande movimento e incentivo dos gestores de saúde em promoverem este preparo.

Percebemos a necessidade de maior relacionamento dos profissionais das instituições de saúde com os órgãos governamentais, municipais e estaduais que regulamentam as ações de orientação e controle dos SCIHs, mas no depoimento dos profissionais esta relação não aparece.

Encontra-se uma lacuna acerca do perfil dos profissionais controladores de infecção, bem como da formação e do preparo destes para o desenvolvimento de tal função. Este estudo apresenta uma amostra regional desses aspectos, sendo necessários estudos em outras regiões do estado e também do país, a fim de traçar um perfil nacional e conseqüentemente das necessidades de intervenção, para que se desenvolvam ações individualizadas regionalmente ou coletivamente em busca de ações mais fortalecidas e disseminadas de controle de infecção.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 48, de 2 de junho de 2000.** Roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial nº 108-E, de 06 de junho de 2000, Seção 1, pág. 27.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: MS, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983**. Institui que todos os hospitais do país deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), independente da entidade mantenedora, traçando diretrizes para tal e definindo suas atribuições. Brasília: MS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 930, de 27 de agosto de 1992**. Expedi na forma de anexos, normas para o controle das infecções hospitalares. Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de Programas de Controle de Infecção Hospitalar pelos hospitais do País. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.616, de 25 de maio de 1998**. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição da Portaria MS 930/1992. Brasília: MS, 1998.

CERQUEIRA, M. C. M.; MENDES, V. L. P. S. Avaliação da qualidade do programa de controle de infecção hospitalar. **Rev Baiana de Enferm**, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 33-44, 2008/2009.

CNRM. Comissão Nacional Residência Médica. **Resolução CNRM Nº 004/2003**. Critérios e determinações sobre os programas de especialidades de residência médica. Brasília: MED, 2003

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev bras enferm**, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

DENZIN, N. K. Y.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2 ed. Porto Alegre: Artmed bookman, 2006.

FERNANDES, A. T.; FERNANDES FILHO, M. O. V.; RIBEIRO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciênc Biológ Saúde**, v. 26, n. 2, p.101-108, 2005.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LACERDA, R. A. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 55-63, 2002.

PEREIRA, M. S.; MORIYA, T. M.; GIR, E. Infecção hospitalar nos hospitais escola: uma análise sobre seu controle. **Rev latino-am enferm**, v. 4, n. 1, p. 45-62, 1996.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADE, S. S. **Desenvolvimento e validação de um instrumento de informação para a assessoria do programa de controle de infecção às decisões do dirigente hospitalar.** 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002. p.226.

SANTOS, A. A. M. **O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos?** 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. p.135.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 330-7, 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

## 5.2 MANUSCRITO 3 – Educação Permanente em Saúde e Controle de Infecções, como se relacionam

MANUSCRIPT 3 – Permanent Education on Health and Infections Control, and how they relate to each other.

MANUSCRITO 3 – Educación Permanente en Salud y Control de Infecciones, cómo se relacionan.

### **RESUMO**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem se apresentado como estratégia fundamental para a formação e desenvolvimento de profissionais de saúde. Com esta pesquisa buscou-se conhecer como os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) têm desenvolvido a EPS com vistas a promover a prevenção e o controle das infecções, e ainda como estes têm avaliado o impacto dessas ações. Empregou-se o método da pesquisa qualitativa, do tipo exploratório descritivo, utilizando a entrevista semiestruturada para a coleta de dados com os profissionais graduados que atuam nos SCIHs dos hospitais de médio e grande porte. Os resultados demonstraram que os profissionais controladores de infecção reconhecem a importância e necessidade das práticas educativas para a efetividade das ações de prevenção e controle das infecções, todavia há predomínio do uso das metodologias tradicionais para o desenvolvimento dessas práticas educativas, não se percebendo aproximação desta realidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esse distanciamento acaba dificultando o aprimoramento dos profissionais controladores de infecção nas competências necessárias para o desenvolvimento dos processos educativos que poderiam gerar maior impacto em suas ações. Fazem-se necessárias intervenções diversas com o intuito de aproximar a prática do controle de infecção da PNEPS.

**Palavras-Chave:** Educação Continuada. Controle de Infecções. Infecção Hospitalar.

### **ABSTRACT**

Permanent Education on Health (EPS) has been evidenced as a fundamental strategy to the qualification and development of health professionals. This research aimed at learning how the Services of Hospital Infection Control (SCIHs) have developed the EPS with the purpose of promoting the prevention and control of infections and how they have evaluated the impact of such actions. The utilized method was

the qualitative research, of the exploratory and descriptive type with semi-structured interview in order to collect the data with graduated professionals performing in the SCIHs (Services of Hospital Infection Control) of medium- and large-sized hospitals. Findings demonstrate that the professionals in charge of infection control recognize the importance and the need of educational practices for effective actions of prevention and control of infections. Notwithstanding, there is predominant use of the traditional methodologies for the development of these educational practices and such reality is far from the National Policy for Health Permanent Education (PNEPS). Such distance results in difficulties for improving professionals in charge of infection control regarding the needed competences to develop educational processes that could generate higher impact on their actions. Therefore, several interventions are needed with the aim of approaching the practice of infection control to the PNEPS.

**Key words:** Continuous Education. Control of Infections. Hospital Infection.

## RESUMEN

La Educación Permanente en Salud (EPS) se ha presentado como estrategia fundamental para la formación y desenvolvimiento de profesionales de salud. Con esta pesquisa se buscó conocer cómo los Servicios de Control de Infección Hospitalaria (SCIH) han desarrollado el EPS con vistas a promover la prevención y el control de las infecciones y, aún, cómo estos han evaluado el impacto de esas acciones. Se utilizó el método de la pesquisa cualitativa, del tipo exploratorio y descriptivo, utilizando la entrevista semiestructurada para la recolección de datos con los profesionales graduados que actúan en los SCIHs de los hospitales de mediano y gran tamaño. Los resultados demostraron que los profesionales controladores de infección reconocen la importancia y la necesidad de las prácticas educativas para la efectividad de las acciones de prevención y control de las infecciones. Hay, sin embargo, predominio del uso de las metodologías tradicionales para el desenvolvimiento de esas prácticas educativas y no se percibe la aproximación de esta realidad con la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS). Esa separación acaba por dificultar la mejora de los profesionales controladores de infección en las competencias necesarias para el desenvolvimiento de los procesos educativos que podrían generar mayor impacto en sus acciones. Se hacen necesarias intervenciones diversas con el objetivo de aproximar la práctica del control de infección de la PNEPS.



**Palabras-Clave:** Educación Continuada. Control de Infecciones. Infección Hospitalaria.

## INTRODUÇÃO

Devido às profundas mudanças ocorridas na forma de assistência à saúde, e o aumento do número de casos de infecções relacionadas aos serviços de saúde, bem como a complexidade destas e os custos para seu tratamento, o Estado passou a fiscalizar e exigir a existência das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dentro das instituições de saúde, com a consciência de que havia a necessidade de uma equipe de profissionais que se preocupassem em trabalhar as questões relacionadas à prevenção e ao controle das infecções, para reverter a situação que havia se instalado.

Na década de 80 do século passado, o Estado assumiu a Infecção Hospitalar (IH) como um problema de saúde pública, publicando a Portaria 196, de 24 de junho de 1983, que tornava obrigatória a implantação das CCIHs, em todos os hospitais brasileiros (BRASIL, 1983). Definindo que uma das competências dessas comissões era a capacitação dos profissionais de saúde, por meio de centros de treinamento, visando promover a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Paralelo a todas estas transformações acerca das IHs, no transcorrer da década de 80 se intensificava a valorização da relação trabalho e educação, trazendo-a para o centro das discussões, resgatando as dimensões do fenômeno educativo, seu caráter mediador e sua especificidade no processo de transformação da realidade (FERRAZ, 2005).

A Portaria 196/1983 foi revogada e substituída, posteriormente, por outras portarias, respectivamente a Portaria 930 em agosto de 1992, que também foi revogada e substituída pela Portaria 2616 em 12 de maio de 1998, que vigora atualmente. Apesar do avanço no conhecimento das IHs, bem como nas formas de prevenção e controle, e do aprimoramento da política nacional neste âmbito, o treinamento dos profissionais ainda é reconhecido como uma atividade essencial na atuação das CCIHs (BRASIL, 1998).

A Infecção Hospitalar é conceituada como: “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998). Santos (2008) complementa que ela pode ser entendida como uma síndrome

infecçiosa, sendo que somente um profissional médico ou enfermeiro com conhecimento e qualificação na área pode relacionar os sinais e sintomas da infecção apresentada pelo indivíduo com o procedimento realizado e diagnosticar a infecção hospitalar. O controle de Infecção Hospitalar (CIH) é entendido como um conjunto de “ações desenvolvidas visando à prevenção e a redução da incidência de infecções hospitalares” (ANVISA, 2000, p. 01).

As CCIHs são definidas como um grupo de profissionais da área de saúde graduados, designados para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, que deve atender às características e necessidades individuais de cada instituição hospitalar, e constituídas de membros consultores e executores (ANVISA, 2000, p.01). O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) é considerado um “conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, para a máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (ANVISA, 2000, p. 02).

Os Membros Consultores das CCIHs “são os responsáveis pelo estabelecimento das diretrizes para o PCIH”, representando os serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, de microbiologia e administração. Os Membros Executores são os profissionais que representam o SCIH e, portanto, “são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar” (ANVISA, 2000, p. 02).

Dentre as competências descritas na portaria que institui as CCIHs, destacam-se as que se relacionam diretamente com a proposta deste estudo (BRASIL, 1998, p. 03):

3. A CCIH do hospital deverá:

3.1 elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a: (...)

3.1.3 capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares; (...)

3.8 cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares; (...)

4. Caberá à autoridade máxima da instituição: (...)

4.8 fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

Seguindo as recomendações da Portaria 2616 (BRASIL, 1998) as CCIHs começaram a atuar em questões pontuais e amplas que contribuíssem para a diminuição da ocorrência e da gravidade das infecções hospitalares. Passaram ainda a utilizar processos educativos, na tentativa de disseminar o conhecimento entre os profissionais de saúde. Todavia, apesar de ações simples, conhecidas e comprovadas mundialmente como eficazes para o controle de infecções, e de trabalhos frequentes de educação com os profissionais, o que se observa é que não se consegue transformar a realidade destes atos.

Ao consultar a literatura sobre estudos que analisam a prática dessas ações, recomendadas internacionalmente para a prevenção de controle de infecções – como: degermação das mãos no pré-operatório, uso de touca e máscara pela equipe cirúrgica, preparo do campo operatório, lavagem de mãos antes de realizar procedimentos no paciente, assepsia da pele antes da inserção de dispositivos e da manipulação de pontos de conexão destes (ANVISA, 2004; CDC, 1999) –, observa-se a baixa adesão por parte de toda a equipe de saúde em relação a essas medidas, e a incessante recomendação de todos de se manter um constante acompanhamento da realização desses procedimentos e de processos educativos, na tentativa de sensibilizar e conscientizar os profissionais (MARTINS, et al., 2008; ARSEGO; CAREGNATO, 2010; AGNOLON et al., 2009).

A partir dos debates que se desenvolviam sobre a relação do trabalho e da educação, também se desenrolavam os debates e discussões acerca de qual seria o processo educativo mais eficaz, que suprisse as necessidades de disseminação do conhecimento necessário aos profissionais de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Em meio a essa discussão, a IH passa a ser considerada como um dos principais indicadores da qualidade da assistência prestada pelas instituições de saúde, voltando novamente o foco das atenções para ela.

Associado a esta problemática, se intensificaram na última década as discussões acerca da segurança do paciente, trazendo a prevenção e o controle das infecções hospitalares para o centro das atenções. A partir desse evento, as infecções hospitalares passaram a ser relacionadas e consideradas como resultado de falha na adesão das melhores práticas pelos profissionais da área da saúde, reconhecendo-as como erros relacionados à assistência à saúde (WACHTER, 2010).

No desenrolar de todas essas discussões e associadas a diversas outras que tratavam da consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde, em 2004 o Ministério da Saúde, reconhecendo sua responsabilidade para com a formação e capacitação dos trabalhadores de saúde, instituiu, por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta surge com o intuito de gerar condições favoráveis para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde (BRASIL, 2004).

A partir da PNEPS, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como finalidade aprimorar os métodos educacionais, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado. Para conseguir atingir essas metas, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e quais são as necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar esses problemas. Utilizando para tal, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com um referencial teórico-metodológico problematizador (BRASIL, 2004).

Paschoal, Mantovani e Méier (2007, p.480) propõem um conceito que considera a Educação Permanente como

[...] um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social.

Dessa forma, percebe-se que a Educação Permanente em Saúde tem o objetivo de mudar as práticas dos serviços de saúde, por meio da educação dos profissionais, discussão de condições existentes, e da necessidade de mudanças dentro dessas possibilidades. No entanto, os relatos dos profissionais controladores de infecção apontam diversas dificuldades para desenvolver a educação junto aos demais profissionais de saúde com vistas a alcançar e disseminar as diversificadas formas de fortalecer o CIH. Inicia-se, então, uma reflexão de que os processos educativos desenvolvidos não abrangem toda a complexidade necessária para atingir a mudança de atitude dos profissionais que atuam no cuidado direto ou indireto ao paciente.

Frente a todos estes debates que se apresentam e se intensificam a cada dia, é que propusemos esta pesquisa, com o intuito de conhecer como os Serviços de Controle de Infecção de hospitais de médio e grande porte das Regiões de Saúde de Blumenau, Itajaí e Balneário

Camboriú têm desenvolvido a Educação Permanente em Saúde com vistas a promover a prevenção e o controle das infecções, e ainda como estes têm avaliado o impacto dessas ações na prevenção e no controle de infecções.

## **METODOLOGIA**

Desenvolveu-se esta pesquisa, baseada em uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo. A escolha se deu pela amplitude de possibilidades de se estudar o objeto, sem reduzi-lo a variáveis, mas contemplando toda a sua complexidade e totalidade (FLICK, 2009).

A pesquisa se realizou no Estado de Santa Catarina, localizado na Região Sul do Brasil, que desde 2008 divide o estado em 9 (nove) Macrorregiões e 21 (vinte e uma) Regiões de Saúde, segundo a Deliberação 245/CIB/08, que estabeleceu o Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina.

A partir dessa organização estadual, foram definidas como áreas para este estudo três regiões de saúde, localizadas nas macrorregiões do Vale do Itajaí e da Foz do Rio Itajaí. A 9ª Região de Saúde de Blumenau, localizada na macrorregião do Vale do Itajaí, composta pelos municípios de Blumenau, Gaspar e Pomerode. A 10ª Região de Saúde de Itajaí, localizada na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, composta pelos municípios de Itajaí, Balneário de Piçarras, Penha, Luiz Alves, Ilhota e Navegantes. E a 11ª Região de Saúde de Balneário Camboriú, também localizada na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, composta pelos municípios de Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinhas e Porto Belo. Ressalta-se que nesta região geográfica há diversidade de instituições de saúde.

Como critérios para a inclusão das instituições de saúde como locais de estudo, estabeleceu-se um corte para hospitais de médio e grande porte, sendo estes de natureza pública, filantrópica ou privada, que contemplem no seu organograma a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Segundo a classificação nacional, instituída pelo Ministério da Saúde, denominam-se como hospitais de médio porte as instituições com 50 a 150 leitos, e ainda caracteriza-se um hospital como grande porte, quando sua capacidade de leitos for superior a 150 leitos (BRASIL, 1977).

Para a seleção dos hospitais de médio e grande porte localizados na área geográfica que compreende o local de realização da pesquisa,

foram utilizados os dados publicados pelo CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, obtidos através de sua página *online*. No momento da coleta de dados, que aconteceu no período de 6 a 10 de junho de 2011, apresentavam-se nove instituições hospitalares que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, sendo quatro instituições hospitalares de médio porte e cinco de grande porte. Todas as instituições apresentavam-se, quanto à esfera administrativa, como privadas, sendo a natureza de sete destas organizações beneficente, e apenas duas, privadas.

Destacamos que das nove instituições que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, apenas cinco concederam carta de aceite para participação no estudo, sendo que, em uma delas, no momento da coleta de dados, por alteração da gerência da instituição, não foi autorizada a entrada em campo da pesquisadora. Finalizando, assim, como locais de pesquisa, quatro das instituições.

A população constituiu-se de todos os profissionais graduados que atuavam nos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar das instituições incluídas na pesquisa e que aceitaram inicialmente participar do estudo. A amostra foi composta de cinco profissionais enfermeiros e quatro médicos, e da população total do estudo apenas um profissional enfermeiro não aceitou participar da pesquisa.

Para a coleta de dados optamos pelo método de entrevista semiestruturada, elaborado a partir da literatura consultada para fundamentar este estudo, bem como da experiência das pesquisadoras com relação ao assunto, buscando alcançar o objetivo desta pesquisa. As entrevistas foram gravadas, com autorização do participante, e transcritas logo após sua realização.

A coleta de dados aconteceu no período de 2 de maio até 26 de julho de 2012. As entrevistas foram realizadas individualmente no ambiente de trabalho de cada participante, tendo um tempo médio de duração de 17 minutos, variando de 13 até 22 minutos.

A análise dos dados fundamentou-se na proposta da análise de conteúdo. Esse método tem a finalidade de efetuar e gerar deduções lógicas e justificadas, a partir das mensagens tomadas para análise, com o intuito de conhecer o que está além das palavras registradas, em busca de outras realidades através das mensagens. Também é possível utilizar diversas operações e técnicas que permitam o enriquecimento dos resultados ou o aumento da validade destes, buscando uma interpretação final fundamentada (BARDIN, 2010).

Esse método divide-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, e a inferência e a interpretação.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos, de acordo com a Resolução 196/96. Observando-se os princípios de anonimato, autonomia, não maleficência e beneficência. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada pelo Parecer nº 2293/2012.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

O procedimento de análise dos dados proporcionou o levantamento uma categoria, “Educação Permanente em Saúde e Controle de Infecções, como se relacionam”, e esta ainda se divide em outras quatro subcategorias: A educação e controle de infecção, segundo os profissionais controladores de infecção; O preparo e o planejamento dos processos educativos; O impacto dos processos educativos na realidade do controle de infecções; e Educação X Controle de Infecção X PNEPS.

### **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E CONTROLE DE INFECÇÕES, COMO SE RELACIONAM**

Os profissionais controladores de infecção, constantemente, buscam implementar medidas recomendadas por meio da Portaria 2.616/1998 ou idealizadas pelo próprio serviço, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares. Dentre estas, destaca-se a intervenção educativa, presente desde a primeira Portaria federal (BRASIL, 1983) que instituiu o controle de infecção nas instituições hospitalares, e que se manteve em todas as portarias posteriores (BRASIL, 1992; BRASIL, 1998) e se firma a cada ano como uma ação prioritária dos SCIHs e das CCIHs, para sensibilizar, conscientizar e disseminar as ações inerentes à prevenção e ao controle das infecções.

#### **A educação e controle de infecção, segundo os profissionais controladores de infecção**

A educação é um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, através do “desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à

criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade” (PASCHOAL; MONTOVANI; MEIER, 2007, p. 479).

Os profissionais controladores de infecção percebem a relação da educação com o controle de infecção como algo essencial e indissociável, colocando-a como prioritária no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de infecção, uma vez que os profissionais que atuam no ambiente hospitalar possuem formações e vivências distintas, e precisam ser informados das condutas adotadas na instituição hospitalar para que possam desenvolver suas atividades, envolvendo-as com as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares. Algumas falas dos profissionais demonstram essa visão:

*“Absolutamente total, não tem hoje como fazer o controle de infecção se não for por meio de educação! Então às vezes a gente pressupõe que alguns profissionais deveriam saber determinadas coisas e não sabem (...).” (Enf. 1)*

*“É extremamente importante, ainda mais no nosso hospital que, pelo fato de ser um hospital privado, existe uma rotatividade grande de funcionários e é um problema, (...) a educação continuada é assim, tem que andar junto com a CCIH, tem que apoiar a CCIH, porque só assim para difundir as idéias mesmo!” (Med. 2)*

*“Eu acho que a educação, ela é super importante no CI, porque, querendo ou não, o funcionário, ele precisa ser reciclado. E como na área de CI você também, como profissional do CI, tem que se reciclar, e é muita atualização, (...) porque mais vale você investir em um colaborador e ele ser bom enquanto ele está aqui, do que ele ficar aqui e você não investir. Então a questão da educação continuada na área de CI é importante nisso, para você reciclar e para você poder também ter uma uniformidade das ações dentro da instituição.” (Enf. 5)*

*“Ela é fundamental, acho que é o passo prioritário, na verdade acho que isso deveria até vir da escola de enfermagem, da escola médica, (...) e até desses cursos técnicos também, até acredito que existe uma carga horária determinada para isso, mas talvez não tanto quanto deveria, para que esse profissional, seja técnico ou enfermeiro, já tivesse uma capacitação, para quando viesse trabalhar em uma instituição de saúde.” (Med. 4)*

Verificamos ainda que os profissionais entendem que a educação deve acontecer para atualizar e capacitar os profissionais, buscando uma característica de trabalho dentro da instituição e conseqüentemente o controle das infecções. Todavia, nessas colocações percebemos um caráter de imposição do saber e de um processo educativo tradicional,



onde o indivíduo precisa ser “reciclado e treinado”, para que o mesmo aprenda a efetuar determinadas tarefas e atividades da maneira como a instituição preconiza, tornando-o um agente passivo.

Essa característica de processo educativo se desencontra dos princípios da EPS, onde se deve trabalhar por meio de um referencial teórico-metodológico problematizador, envolvendo os trabalhadores no processo de buscar e construir coletivamente um meio de resolver o problema emergente, através experiência de vida dos envolvidos, da realidade vivenciada e das possibilidades locais de transformar a realidade apresentada (BRASIL, 2007).

Apesar dos temas e problemas abordados nas atividades desenvolvidas surgirem do ambiente de trabalho no qual os indivíduos estão inseridos, eles são desenvolvidos a partir da definição dos controladores de infecção. Por vezes, este não seria o problema que mais incomoda os profissionais que estão atuando na assistência aos pacientes, e as alternativas para a resolução do mesmo são apresentadas pelos profissionais controladores de infecção, sem observar as possibilidades vislumbradas pelos profissionais que participam ou recebem determinado processo educativo.

Essa forma de desenvolver a educação para o controle de infecção acaba apresentando como consequências a falta de envolvimento e de comprometimento dos demais profissionais de saúde, pois, como o processo lhes foi imposto, os mesmos acabam esquecendo ou não desenvolvendo o que foi ensinado, gerando os problemas que foram relatados pelos profissionais controladores de infecção:

*“(...) eu acho que a educação continuada, ela tem que ser permanente, porque as pessoas acabam passando um ou dois meses do treinamento e acabam esquecendo algumas coisas que são importantes (...).” (Med. 1)*

*“(...) mas a gente entende que se a gente fizer só no momento da admissão deles, uma semana, duas semanas, vai bem. Mas depois de dois meses começam a esquecer dessas técnicas e acaba fazendo as coisas que faz por conta própria mesmo (...).” (Med. 2)*

Relacionado a isso, ressaltamos que “o homem deve ser sujeito de sua própria educação, não pode ser objeto dela” (FREIRE, 2000), o que implica em uma responsabilidade individual, onde o indivíduo busca continuamente a construção do seu saber, procurando crescer e aperfeiçoar sua capacidade (PASCHOAL; MONTOVANI; MEIER, 2007).

Frente a essa realidade, buscamos conhecer qual era a política institucional de educação. Os depoimentos dos profissionais nos

revelaram que metade das instituições possuía um setor denominado como educação continuada ou educação permanente, enquanto que as demais não possuíam nenhum setor que oferecesse qualquer suporte relativo a ações educativas.

*“(...) hoje a enfermagem faz a sua educação permanente, continuada. Nós fazemos então o serviço que sente a necessidade estabelecer seu próprio treinamento, nós não temos um serviço específico para isso (...).” (Enf. 1)*

*“Tem, mais ainda falta um investimento melhor assim, um investimento tanto pessoal em nível de recursos humanos, quanto de material também. A gente tem uma dificuldade de falta de funcionários, então é difícil a gente tirar o funcionário do setor e levar ele para uma sala, então às vezes a gente tem que treinar eles in loco.” (Med. 2)*

*“(...) tem um setor específico de educação continuada e todo final de ano a gente programa todos os treinamentos que a gente vai realizar (...).” (Enf. 4)*

*“Só quem tem política de EC aqui é o CI, os outros é feito mais pontualmente pelo enfermeiro do setor, conforme eles sentem a necessidade ele se dispõe a fazer.” (Enf. 5)*

Embora algumas instituições disponham de um setor específico responsável por esta parte educativa, não se observa uma política institucional que busque desenvolver os profissionais que realizam os processos, ou que estes serviços definam métodos e orientações que abordem as recomendações e políticas do Ministério da Saúde.

Assim, pode-se inferir que a falta de uma política institucional de educação permanente em saúde compromete a qualidade dos processos educativos realizados, bem como o resultado esperado. Isso acaba por levar ao desfecho relatado pelos profissionais, que as atividades educativas precisam ser constantes e repetitivas, pois os profissionais, após um período do treinamento, acabam esquecendo o que foi dito e abordado, e voltam a desenvolver suas atividades de maneira inadequada.

Frente a isso, se percebe a necessidade de os SCIHs utilizarem os princípios da educação permanente em saúde, a fim de buscar não somente a atualização ou a reciclagem dos profissionais, mas sim de incluí-los no processo, tornando-os agentes ativos, construindo uma nova perspectiva de transformação da realidade do controle de infecção.

Ao investigar quais as atividades educativas que os SCIHs têm desenvolvido, encontra-se uma variedade de atividades, palestras e treinamentos para grupos de profissionais, treinamentos *in loco*, visita aos setores com elaboração de relatórios com sugestões de melhorias,

emissão de informativos por meio eletrônico, elaboração de jornal, concursos e gincanas. As instituições que recebem acadêmicos e residentes ressaltam realizar atividades de integração para familiarizá-los com a problemática das infecções hospitalares e as ações necessárias para seu controle, como se observa na fala dos profissionais:

*“(...) a gente tem trabalhado muito mais com prevalência, então a gente vê assim um assunto emergente e a gente treina todo mundo, (...) nós procuramos informar sempre a comunidade hospitalar via eletrônica, então qualquer informação, qualquer fato novo, (...) hoje nenhum acadêmico entra no hospital, sem ter passado por um momento com a CCIH (...).” (Enf. 1)*

*“(...) algumas palestras que a gente faz, existe um cronograma de palestras, que a gente faz para os usuários, colaboradores da instituição.” (Med. 2)*

*“A criação de jornal informativo, nós temos reunião mensal, bimestral, com os coordenadores para falar sobre os índices de infecção, toda a entrada de acadêmicos e residentes aqui, o hospital participa das orientações referentes ao CI (...).” (Enf. 3)*

*“(...) além da integração dos novos colaboradores, tem também uma reciclagem que é anual. Então, todo técnico ou enfermeiro que trabalhe diretamente a assistência, ele tem que passar por essa reciclagem, (...) a gente também capacita outros parceiros (serviços terceirizados), porque eles vêm até o hospital para fazer procedimentos nos nossos pacientes internados.” (Enf. 4)*

*“(...) acho que deveria ter alguma ferramenta que atraísse mais a parte médica, porque os médicos não assistem os programas, muitas vezes, de educação continuada. E na verdade eles é que estão na linha de frente, e eles que fazem a primeira prescrição para determinar qual é o isolamento de precaução que eu vou utilizar (...).” (Med. 1)*

*“(...) treinamentos, os indicadores que acaba, de uma forma ou não, fazendo essa EC, e aquela visita que é feita uma vez por mês. Tem as inconformidades e as conformidades, então as inconformidades é encaminhado um comunicado eletrônico para cada colaborador do setor, com a inconformidade e o que ele deveria ter feito. A gente não tem garantia se eles leem, mas, que é mandado é!” (Enf.5)*

*“Isso é tudo desenvolvido dentro de um programa, é desenvolvido pela enfermagem. A parte médica, na verdade, é mais difícil. Primeiro, é difícil reunir os médicos. Quando você pretende fazer uma coisa rotineira é complicado. Na verdade, eu acho a educação médica deve funcionar assim no dia a dia, à beira do leito na UTI, que é onde a gente atua discutindo medidas de controle de*

*microbiologia. Eu diria que é até imperceptível, do ponto de vista de tempo, mas real do ponto de vista de execução.” (Med. 4)*

É constante na fala dos profissionais a dificuldade de envolver os médicos nos processos educativos. Apesar de acontecer a discussão de casos pontuais, que é uma estratégia importante, ela é pouco abrangente e compreende pequena parte do corpo clínico. Sendo necessário implementar e desenvolver ações de maior abrangência. Para tanto, é imprescindível a criação de uma estratégia que seja atrativa e viável para o alcance da classe médica.

### **O preparo e o planejamento dos processos educativos**

Frente a toda a complexidade e abrangência da educação perante as ações de prevenção e controle de infecções, reconhecidas pelos profissionais controladores de infecção e justificadas pela legislação brasileira (BRASIL, 1998), buscamos compreender como acontecem a formação e o preparo dos profissionais para o desenvolvimento destas para o controle de infecções. Conforme as falas dos entrevistados:

*“Na realidade assim, por aquilo que a gente viu nos cursos, e a gente tem uma veia também aí educativa, eu sou professora, e então na verdade a gente usa técnicas da didática para aplicar no controle de infecção, inclusive formas para sedimentar conteúdo, de rever conteúdo (...).” (Enf. 1)*

*“Na verdade a parte educativa... eu sou, já dou aula há algum tempo, então eu utilizei as minhas técnicas de professor para fazer essa parte educativa dentro da instituição.” (Med. 1)*

*“Eu acho que eu sempre gostei disso, sempre tive facilidade. Também sou professor universitário, e na minha formação a gente tinha também na residência essa parte de administrar aulas e administrar palestras e tudo mais (...).” (Med. 2)*

*“Eu li muito a respeito de EC nos artigos, tem muito artigo que fala disso. Eu fiz um curso de oratória para me ajudar na parte de exposição, como se expor, e a gente acaba sempre lendo uma coisa aqui, uma coisa lá que favorece (...).” (Enf. 5)*

Percebemos que não há um preparo ou uma formação específica para desenvolver atividades educativas voltadas para o trabalho com os profissionais de saúde que já estão atuando na linha de frente da assistência, tampouco uma menção ou associação deste preparo com os princípios da PNEPS.

Os profissionais utilizam, principalmente, as suas experiências de vida e trabalho anteriores, principalmente na área da docência, para

desenvolver os processos educativos, todavia isso nos remete ao ensino formal da graduação, onde o conhecimento é considerado como um acúmulo de informações que devem ser passadas pelo professor para os alunos, em um sentido unilateral (FISCHER, 2009; CAMACHO, 2009). Essa característica de ensino não valoriza o conhecimento prévio dos acadêmicos ou, no caso, dos profissionais de saúde, resultando em um processo pouco produtivo, onde as pessoas que estão na posição de educandos pouco compreendem sobre o conteúdo e conseqüentemente pouco tempo depois voltam a atuar da maneira como faziam antes da capacitação.

Quanto ao planejamento das atividades, verificamos que os SCIHs ao final de cada ano elaboram um cronograma de atividades educativas, também denominado pelos mesmos de treinamentos ou educação continuada. Essa programação se dá em função da necessidade emergente dos indicadores utilizados nos serviços, ou ainda da necessidade sentida e percebida pelos profissionais controladores de infecção, conforme se registra nos depoimentos dos profissionais:

*“Todo ano, todo início do ano, a CCIH tem que mandar o planejamento para a Secretaria de Saúde. Então, quando a gente elabora esse planejamento, nós já definimos meses que a gente vai realizar esse programa de educação continuada, geralmente um por semestre (...). (Participam deste planejamento) É a CCIH, não é só o SCIH, na verdade nós elaboramos, o serviço, e a gente leva na reunião da comissão para apreciação.” (Med. 1)*

*“Eu e mais os dois enfermeiros. Se eu precisar alguma coisa médica, falo com o infectologista. Eu acho que a gente deveria trabalhar mais com a parte médica, mas não é fácil reunir eles, mas acho que era possível (...).” (Enf. 2)*

*“Geralmente, no final do ano, a gente senta , avalia tudo o que foi feito, existe um programa de metas a ser batido (...) vê se a gente conseguiu atingir aquelas metas, as que se conseguiu atingir a gente tenta avaliar se a gente poderia já melhorar para o próximo ano, (...) e aquelas que não foi conseguido bater, a gente avalia quais foram os motivos e se precisa mudar alguma estratégia (...). Na verdade o SCIH elabora esse planejamento e é mostrado na reunião de todo a CCIH (...).” (Med. 2)*

*“Na verdade assim, já existe um cronograma dos colaboradores novos, quando eles são admitidos eles passam por uma integração (...). Além desses, a gente faz um cronograma para o ano inteiro. Eu tentei marcar para a cada 3 meses um treinamento, para não acumular, porque chega final do ano e eu preciso ter atingido a meta de 98%, que*

*foi o que a gente estabeleceu, a CCIH e a educação continuada.” (Enf. 4)*

*“Eu, somente enfermeira (...). Esse cronograma eu vou alterando a cada ano, (...) os temas que a gente vê que eles têm mais dificuldade e que mais muda, sei lá, vou lá e avalio. Ano que vem eu vou fazer um novo cronograma, eu vejo o que eu posso englobar, alguns temas que eles me falem durante a avaliação que eu posso estar englobando em temas padrões que a gente já tem o ano todo. Então faz com base no que a gente vê de necessário e aquilo que é mais utilizado por eles (...).” (Enf. 5)*

Se percebe a necessidade de descentralizar este planejamento do SCIH ou da CCIH, abrangendo outras pessoas da instituição, incluindo e ouvindo os colaboradores que estão na assistência, para conhecer e agir baseado nos anseios e curiosidades deles, o que por vezes tornaria o processo mais atrativo aos mesmos. Adotando essa postura, também se aproximaria das recomendações da PNEPS (BRASIL, 2007).

Ao investigar como o SCIH desenvolve os processos educativos, bem como quais são as estratégias e metodologias utilizadas, verificou-se que predominava o método de aula expositiva. Observamos em alguns serviços uma iniciativa discreta de aproximação com os demais profissionais de saúde nesse processo. Encontrou-se a utilização de dinâmicas, concursos, gincanas que buscam estimular o envolvimento de todos e instigar a discussão e o debate no ambiente hospitalar sobre determinado assunto, conforme a fala dos profissionais controladores de infecção:

*“Neste momento a gente está utilizando aula expositiva e gincana, concursos, montamos uma loteria para o controle de infecção (...).” (Enf. 1)*

*“Geralmente é uma apresentação, com Power Point. A gente geralmente faz um pré teste, para saber o conhecimento dessas pessoas antes do treinamento, e um pós-teste para a gente saber o que essa pessoa assimilou ao longo do treinamento. Os concursos que a gente faz que às vezes fica um burburinho no corredor (...) e todos acabam participando e se envolvendo de uma forma educativa nisso.” (Med. 1)*

*“Geralmente é aula mesmo em Power Point que a gente utiliza (...) e depende do treinamento, treinamentos in loco já são materiais, bonecos, às vezes próprio paciente onde a CCIH já faz na frente do outro profissional. Então depende do tipo de treinamento exigido.” (Med. 2)*

*“A gente utiliza dinâmica de grupo, relato de experiências ou profissionais de outras instituições. Trabalhamos muito em parceria*

*com a vigilância epidemiológica, próprios colaboradores dos seus setores. Dependendo, se for lá no serviço de radiologia, eles trazem as suas necessidades, expõem, para despertar o senso crítico das outras pessoas que estão ali participando.” (Enf. 3)*

*“A gente trabalha sempre com aula expositiva. E tenta trabalhar diversas formas que uma mesma pessoa possa ter de aprendizagem, lendo, escrevendo, ouvindo. Então, dependendo o tema, a gente vê como é que dá para trabalhar (...).” (Enf. 5)*

*“São processos baseados principalmente na nossa estatística de infecção aqui do hospital, e dentro dos protocolos que nós mesmos criamos. A gente parte de um protocolo criado e dali a gente faz a dinâmica. O processo que tem que ser feito e repassado aos funcionários e para outros profissionais, a partir do nosso protocolo já pronto (...) tem tudo, tem desde aula expositiva com Power Point, orientações mesmo manuais de como lavar as mãos (...).” (Med. 3)*

Apesar de algumas iniciativas para envolver os profissionais de saúde, buscando meios de prender a atenção dos mesmos utilizando dinâmicas e concursos, verificamos o predomínio da metodologia tradicional e do discurso de repassar o conhecimento aos demais, reforçando assim todas as consequências de uma educação formal, bem como a dificuldade de ser aplicado o que foi informado ou formalizado (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007).

Não se encontra no discurso dos profissionais controladores de infecção a iniciativa de promover uma interação com os profissionais de saúde, buscando conhecer as dificuldades que eles vislumbram para o desenvolvimento e implementação de determinado procedimento com vistas a prevenir e controlar as infecções.

Esta falta de diálogo entre as partes acaba resultando no insucesso dos processos realizados. E voltamos ao que os profissionais colocaram anteriormente, que, pouco tempo após a realização dos treinamentos e processos educativos, os profissionais de saúde esquecem o que foi abordado e voltam a desenvolver suas atividades da maneira como faziam antes. Ressaltando novamente a necessidade de rever e substituir a forma como se desenvolve a educação dentro das instituições de saúde para os profissionais de saúde (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007), adotando estratégias de ensino que favoreçam a construção do conhecimento e, mais do que isso, de uma postura crítica e reflexiva (SILVA; GUTIÉRREZ; DE DOMENICO, 2010).

## **O impacto dos processos educativos na realidade do controle de infecções**

Todo processo educativo precisa ser avaliado, para que o mesmo possa ser aperfeiçoado e alcance os objetivos propostos (BORGES-ANDRADE, 2002). Assim, buscou-se questionar os profissionais controladores de infecção sobre como se realiza a avaliação do impacto das atividades educativas desenvolvidas. Os depoimentos dos profissionais revelam algumas possibilidades e observações:

*“Na mudança de comportamento. Então, muitas vezes a gente vê as pessoas conversando sobre o assunto e a diz: Olha, não pode fazer isso (...), então é muito na mudança, e por isso que a gente precisa ter que fazer algum negócio, porque a equipe muda, a equipe esquece (...). A gente faz pré-teste e o pós teste, e aí, em cima do pós-teste a gente faz as atividades (...).” (Enf. 1)*

*“Na verdade a gente não tem ainda, (...) a gente nunca fez um trabalho para a gente avaliar essas questões, eu acho que pelo próprio índice de infecção do hospital, que é extremamente baixo. Acho que seria uma forma da gente avaliar se as pessoas estão assimilando ou não (...).” (Med. 1)*

*“Na verdade a gente tem avaliado através de amostras mesmo. A gente vai num setor e a gente observa se aquele técnico está fazendo daquela forma que ele aprendeu ou não (...). O que a gente costuma aplicar, também, é um pré-teste e um pós-teste, para mensurar realmente qual foi o aproveitamento desse treinamento.” (Enf. 4)*

*“Não existe um indicador, mas a gente acaba lidando com o relato dos colaboradores (...). Mas, mensurar, não é mesurado. É mais mesmo na visualização do dia a dia e na cobrança do enfermeiro, porque, a partir do momento que ele recebe um treinamento, fica mais fácil de você cobrar o que ele deve fazer.” (Enf. 5)*

*“Tem várias maneiras, você pode avaliar o desempenho por setor, por funcionário, (...) existem estudos observacionais, existem também várias avaliações de conformidades (...) você pode ter o setor discutindo aquela avaliação, isso é muito bom, ter o feedback desse tipo de análise (...).” (Med. 4)*

Verificamos que apenas um SCIH possui uma estratégia de avaliar o impacto de suas ações educativas na prática de controle de infecção hospitalar, observando como os colaboradores desenvolvem suas atividades. Existe ainda a iniciativa de realizar pré e pós-teste, buscando conhecer qual foi o nível de aproveitamento dos profissionais do treinamento ministrado, trabalhando em cima desse resultado para reforçar as questões de maior dificuldade. Há um serviço que utiliza essa avaliação como parte do dossiê profissional do colaborador, usando



este resultado inclusive para a avaliação de permanência do mesmo na instituição.

Não se evidencia na fala da maioria dos profissionais, a utilização dessa avaliação para voltar o olhar para o SCIH, bem como para a estratégia que tem sido utilizada para desenvolver tais processos. Apenas um profissional mencionou a avaliação dos participantes como a atividade desenvolvida para conhecer a sua opinião, visando melhorar os pontos negativos e positivos destacados por eles. Ressaltamos que a avaliação de um processo educativo volta-se para duas vertentes, avaliar a efetividade do processo desenvolvido e o aproveitamento do profissional que participou do mesmo (BORGES-ANDRADE, 2002).

Emerge a necessidade de os SCIHs reverem as formas de avaliação de suas estratégias educativas, tirando o foco da avaliação do desempenho do profissional puramente, voltando-se para a estratégia que foi utilizada, bem como as possibilidades de reorganizá-las e reorientá-las de modo a desenvolver um processo que facilite a aprendizagem e ainda a interação com os profissionais de saúde.

Essa postura os colocaria numa posição de aproximação com a PNEPS, possibilitando o desenvolvimento de atividades utilizando a problematização como método principal de seus processos, e ainda a escuta dos profissionais de saúde quanto à sua visão sobre o CI, bem como suas maiores inquietações a este respeito (BRASIL, 2007).

Os profissionais controladores de infecção expressam a importância que atribuem ao desenvolvimento dos processos educativos, todavia, esse relato vem sempre associado aos diversos desafios e dificuldades que envolvem toda esta problemática:

*“Elas são muito importantes, mas não são suficientes, porque a gente sabe que a gente tem o ser humano por outro lado, isso que é o grande problema, como trabalhar em um hospital que tem rotatividade, (...) nunca a gente vai poder considerar que isso é suficiente, senão a gente estaria completamente estáticos, a ideia é trabalhar com dinâmica (...).” (Med. 4)*

*“(...) quando a gente, alerta as pessoas, modifica assim o perfil, as pessoas se tornam mais conscientes, o porquê, ou, se têm dúvida, elas nos procuram realmente. Claro é uma ferramenta lenta, porque eu não posso modificar hoje, de imediato. Mas a gente pode perceber que modificou. As pessoas sentem essa necessidade, elas gostam de ter alguém do CI dentro do seu setor de internação (...).” (Enf. 3)*

*“Em partes, assim, eu acredito que é importante, que deveria manter dessa forma. Mas, às vezes, no dia a dia a gente percebe que tem alguma falha, eu acredito que possa haver alguma falha no*

*processo, (...) uma coisa que eu acredito que acontece, muitas vezes, é que, mesmo a gente capacitando, o profissional acaba não aderindo àquelas boas práticas. E aí a gente acaba tendo também uma questão negativa, onde o colaborador não está colaborando para a prevenção de infecções.” (Enf. 4)*

*“(...) o controle de infecção é uma constante, tu tens que ter uma rotina diária, tem que ter momento (...) é muito complicado, nós precisaríamos ter uma constância e essa constância a gente não tem.” (Enf. 1)*

*“A única coisa que eu vejo em relação a isso é com a parte médica, a gente precisa ainda elaborar um meio para fazer com que o médico assista aos treinamentos.” (Med. 1)*

Dentre as possibilidades vislumbradas pelos profissionais do controle de infecção para aperfeiçoar suas práticas educativas, destacamos o reconhecimento da necessidade de se elaborar e desenvolver novas formas de abordagem dos profissionais de saúde, bem como de maior apoio e investimento das instituições em recursos humanos e materiais. Mas também atenção institucional para a problemática da rotatividade de profissionais e a desmotivação dos mesmos frente à realidade das instituições de saúde e do sistema de saúde.

*“(...) realmente a falta de tempo, a falta de recursos pessoais, de repente a dificuldade que se tem de tirar o pessoal ali do setor para que ele faça essa reciclagem, pela falta de profissionais trabalhando, essa alta rotatividade também dificulta (...) essa migração fica complicado.” (Med. 2)*

*“Eu acho que, assim, a gente sempre tenta criar outras formas de abordagem. A gente sabe que a aula pura e simplesmente talvez seja o que menos marca na pessoa, a gente sabe que de repente uma demonstração no paciente é muito mais marcante (...).” (Med. 2)*

*“Bem, a gente ser sempre perseverante e não desanimar nunca. E tentar trazer ferramentas que agilizem, otimizem. Dentro da nossa realidade, claro. Eu não posso querer desenvolver uma estratégia mirabolante, porque eu tenho que ter uma aprovação de uma direção, eu tenho que pensar em custos. E também tem que ser passível a aplicação lá no final, que é o paciente, a família que está ali.” (Enf. 3)*

*“Eu acho que teria que incentivar mais o colaborador a participar desses treinamentos. E monitorar mesmo se ele realmente participou. Porque o que acontece, às vezes, é que a gente faz um treinamento e o colaborador não comparece. E isso acaba sendo um*

*ponto negativo, por demanda no setor (...) e o próprio comprometimento, que é um fator que pode interferir.” (Enf. 4)*

*“A ação não é uma medida só nossa. Acho que deveria melhorar de um modo geral a questão empregatícia, remuneração. Acho que tudo está errado! Acho que o sistema de saúde em si, no Brasil, ele funciona de uma maneira totalmente hipócrita! Se finge que se paga bem, se finge que se trabalha bem. Tem muita gente descontente, médico, enfermeiro, técnico... Quem é que realmente está feliz com aquilo que ganha, está feliz com a instituição que trabalha? O grande erro está aí. Na hora que você tem um profissional identificado com aquilo que ele faz, bem remunerado, plano de carreira, estabilidade, fica muito mais fácil trabalhar. O problema que é que nós temos que ficar apagando incêndio, que não fomos nós que colocamos fogo nesta situação. O problema é que você pega um indivíduo totalmente descontente. Como é que você vai motivar um indivíduo desse a se paramentar dez vezes por dia para entrar num quarto, avaliar um paciente, se ele está mais preocupado em dar cinco horas da tarde para ele ir embora? Eu acho que as medidas que a gente faz, é o que eu digo assim, que é o essencial. Mas, por outro lado, você sabe que atingir objetivos nem sempre você depende daquilo que você faz, você precisa ter receptividade.” (Med. 4)*

Esses dados nos remetem à discussão do preparo, suporte e incentivo que os profissionais controladores de infecção possuem para o desenvolvimento da educação permanente em saúde, buscando não atualizar ou reciclar os profissionais, mas sim trabalhar em busca da transformação das práticas de saúde existentes.

Acreditamos ser necessária uma intervenção das instituições de saúde, mas também das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e da Coordenação Estadual Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS), em busca de um aperfeiçoamento dos profissionais controladores de infecção para a ampliação das estratégias e metodologias que podem ser utilizadas e implementadas no SCIH, visando resultados ainda mais impactantes na realidade prática das instituições de saúde.

Ressaltamos que, apesar das instituições envolvidas nesta pesquisa serem de caráter privado, todas oferecem serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e todas se constituem em campo de estágio para acadêmicos de vários cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Bem como a importância de estas instituições possuírem apoio das instâncias públicas, visando aprimorar suas práticas assistenciais, e conseqüentemente o reflexo dessas práticas na formação dos profissionais de saúde. Destacamos ainda a responsabilidade do

Estado para com a formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

### **Controle de infecção hospitalar e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

Frente a toda a problemática que envolve as discussões acerca do controle de infecção hospitalar e das práticas de educação permanente em saúde, para a efetivação e sucesso das ações de CI, buscou-se no discurso dos profissionais controladores de infecção compreender o seu entendimento sobre a relação dos SCIHs com a PNEPS.

Verificamos o pouco conhecimento que os profissionais controladores de infecção possuem sobre a PNEPS e de todos os princípios declarados e recomendados nessa política para a formação e preparo dos profissionais de saúde a partir da educação permanente em saúde.

*“É meio distante. A gente procura assim, é claro, que nossos manuais são com base nos manuais da ANVISA, as nossas metodologias são com base nas metodologias da ANVISA (...), o grosso a gente faz, mas assim a especificidade que a gente gostaria de fazer a gente não consegue. (...) nós temos uma cadeira no CIES aqui e eu não estou lá pelo hospital, eu estou lá representando os hospitais, que o outro hospital não mandou ninguém (...)” (Enf. 1)*

*“(...) eu não vou poder te responder se eu tenho essa relação ou não, porque eu não conheço a política de educação permanente.” (Med. 1)*

*“Olha, tive um contato, mas confesso, por falta também de tempo, também dessa parte a gente não levou adiante nenhuma tentativa de ajuda da parte deles, de fazer alguma coisa nesse sentido.” (Med. 2)*

*“Já tive o ano passado. Eu não tenho segurança o suficiente, nem experiência profissional na área de CI para estar te dando um embasamento correto com relação a esta relação da PNEPS.” (Enf. 3)*

*“Não vejo, porque eu não me baseio na política nacional de saúde. Eu acho também que é pouco divulgada, não fala muito para nós profissionais. Então cada um acaba meio que criando a sua forma de educação continuada, e acaba não sabendo o que a política nacional diz que nós devemos fazer ou treinar. Nunca tive contato com a PNEPS.” (Enf. 5)*

Situação semelhante se encontra em outros estudos que abordam a prática educativa voltada para o controle de infecção hospitalar, sem

que haja referência à PNEPS (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2006; SILVA; GUTIÉRREZ; DOMENICO, 2010; VILELA; DANTAS; TRABASSO, 2010; JACONDINO et al., 2010), levando à inferência de que estes não vivenciam ações relacionadas à PNEPS ou ainda desconhecem a existência das mesmas.

Não se identifica a inserção da maioria destas instituições hospitalares que participam da rede de atendimento do SUS e da formação dos profissionais de saúde em nível de graduação e pós-graduação, nas CIES regionais, tampouco o conhecimento por parte da maioria dos profissionais controladores de infecção da existência desta política e instância governamental (CIES), que poderia ser de grande auxílio para o enfrentamento deste problema que é comum a todos, para criar meios de envolver os profissionais de saúde, tornando-os corresponsáveis pela prevenção e controle das infecções hospitalares.

Houve situações em que um dos profissionais fazia parte da CIES regional e, no entanto, os colegas que atuavam em conjunto no SCIH, desconheciam essa relação ou a PNEPS. Ressaltando a necessidade de disseminar entre os profissionais de saúde a PNEPS, e conseqüentemente seus objetivos e recomendações, para que se possa observar seu impacto na realidade da saúde nacional.

Acreditamos que uma aproximação das instituições hospitalares com as CIES de referência para seus municípios geraria um impacto positivo e importante neste processo de educação permanente em saúde para o controle de infecção hospitalar. Ressaltamos, ainda, o apoio despendido pelo CECISS a todos os SCIHs, sendo que este pode ser outro ponto de fortalecimento dos profissionais controladores de infecção, uma vez que esse órgão pode criar caminhos e situações favoráveis a esse desenvolvimento.

Fazem-se necessários o conhecimento e reconhecimento da política de educação permanente em saúde pelos profissionais controladores de infecção, para que estes possam se mover em busca de novas perspectivas para os movimentos educativos realizados pelos SCIHs e CCIHs, em busca da transformação da realidade das instituições de saúde para o desenvolvimento de uma cultura de prevenção das infecções.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dentre as considerações que podem ser tecidas ao final desta pesquisa, destacamos que a educação permanente em saúde precisa ser desenvolvida no SCIH como uma ação prioritária para que se atinjam as

ações de prevenção e controle das infecções hospitalares. Ressalta-se a complexidade e abrangência desse processo, frente à formação dos profissionais controladores de infecção para a implementação de novas práticas educativas, levando-o ao resultado pretendido e esperado.

O distanciamento dos SCIHs da PNEPS, bem como da CIES, acaba dificultando e complicando o aprimoramento dos profissionais controladores de infecção nas competências necessárias para o desenvolvimento dos processos educativos que poderiam gerar maior impacto em suas ações.

Embora ocorram tentativas de aproximação entre os profissionais, a falta de uma política ou de uma cultura voltada para a ação problematizadora, troca de experiências, escuta do profissional que foi convidado ou convocado a participar de determinado processo educativo acaba prejudicando e confundindo esse processo.

Frente à importância deste tema e às lacunas ainda existentes no transcorrer de todo este processo, cabe a realização de novas pesquisas, buscando conhecer como se desenvolve a formação na graduação destes profissionais controladores de infecção, que muitas vezes assumem esses serviços sem um preparo específico para tal. E como os cursos de especialização desenvolvem esta área dentro de suas propostas curriculares. Do mesmo modo, realizar de estudos de intervenção em parcerias com as CIES e CECISS, buscando formas inovadoras de desenvolver a educação permanente em saúde, voltada para o controle de infecção, garantindo maior êxito a todo o processo.

## REFERÊNCIAS

AGNOLON, A. P. *et al.* Avaliação de procedimentos de degermação das mãos, preparo pré-operatório da pele e uso de antibióticoprofilaxia em um hospital universitário. **Revista SOBECC**, v. 14, n. 3, p. 38-47, 2009.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 48, de 2 de junho de 2000**. Roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial nº 108-E, de 06 de junho de 2000, Seção 1, pág. 27.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de infecções em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2004.

ARSEGO, M.; CAREGNATO, R. C. A. Serviço de controle de infecção: vigilância de processo no transoperatório. **Revista SOBECC**, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BORGES-ANDRADE, J. E. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. **Estudos de Psicologia**, v. 7, número esp., p. 31-43, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: MS, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983**. Institui que todos os hospitais do país deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), independente da entidade mantenedora, traçando diretrizes para tal e definindo suas atribuições. Brasília: MS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.616, de 25 de maio de 1998**. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição da Portaria MS 930/1992. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007.

CAMACHO, A. C. L. F. Análise das publicações nacionais sobre educação à distância na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 4, p. 588-593, 2009.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Guideline for prevention surgical site infection**. Atlanta, 1999.

CUCOLO, D. F.; FARIA, J. I. L.; CESARINO, C. B. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. **Acta paul enferm**, v. 20, n. 1, p. 49-54, 2007.

FERNANDES, A. T.; FERNANDES FILHO, M. O. V.; RIBEIRO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional**, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 263 p.

FISCHER, B. T. D. Docência no ensino superior: questões e alternativas. **Educação**, v. 32, n. 3, p. 311-315, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

MARTINS, K. A. *et al.* Adesão as medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 7, n. 4, p. 485-492, 2008.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

SANTOS, N. C. M. **Enfermagem na prevenção e controle da infecção hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Iátria, 2008.

SILVA, L. M. G.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; DOMENICO, E. B. L. Ambiente virtual de aprendizagem na educação continuada em enfermagem. **Acta paul enferm**, v. 23, n. 5, p. 701-704, 2010.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que todos os profissionais de saúde, independente de sua função, deveriam ser reconhecidos como profissionais controladores de infecção, uma vez que a ação de evitar o surgimento e a disseminação de infecções nas instituições de saúde é uma medida considerada, inclusive pela Organização Mundial da Saúde, como essencial para a segurança do paciente. Infelizmente esta não é a realidade encontrada nos serviços de assistência à saúde, por influência da falta da cultura dos profissionais de saúde, da falta de cultura institucional, e ainda influenciada pelas escolas responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, que, como foi relatado pelos sujeitos desta pesquisa, acabam não vivenciando durante a sua formação acadêmica o assunto do controle de infecção, dificultando a sua implementação e prática no ambiente de trabalho.

A educação está inserida no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde desde a primeira portaria que instituiu e normatizou as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e as diretrizes básicas que deveriam guiar as ações dessas comissões (BRASIL, 1983). Verificamos que a prática educativa é reconhecida pelos profissionais controladores de infecção como eixo essencial para o sucesso do controle de infecção, todavia se observa um distanciamento dessas práticas com os princípios e premissas da Educação Permanente em Saúde.

O relato dos profissionais aponta para uma prática educativa tradicional, havendo predomínio de aulas expositivas. No entanto, percebemos uma necessidade, sentida pelos controladores de infecção, de desenvolver diferentes e novas atividades educativas, buscando maior envolvimento dos profissionais de saúde, visando despertá-los e sensibilizá-los para a prática do controle de infecções. Eles ainda colocam a necessidade de criar novas maneiras de inovar os métodos e estratégias utilizados, buscando maior êxito nas atividades desenvolvidas.

Percebemos, ainda, que a maioria dos profissionais desconhece completamente a PNEPS ou a conhece superficialmente. Esta falta de relacionamento dos profissionais controladores de infecção com a PNEPS e com as instâncias regionais que desenvolvem a política, as CIES, acaba refletindo no resultado encontrado nos SCIHs, predominando as práticas tradicionais e a falta de capacitação destes profissionais para desenvolver metodologias ativas de ensino e aprendizagem, e trabalhar com o referencial teórico problematizador.

Frente à complexidade e abrangência da problemática de controle de infecção, entendemos que existe a necessidade de aproximar as CIES da Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS). E, conseqüentemente das CCIHs e SCIHs, favorecendo o aprimoramento dos profissionais controladores de infecção. Eles influenciarão nas práticas institucionais, causarão ainda reflexos nas práticas de formação dos profissionais de saúde, que utilizam estas instituições hospitalares como campo de prática durante a sua formação acadêmica. Sendo que estes acabam repetindo em sua vida profissional os exemplos, bons ou não, vivenciados durante a sua formação inicial.

Vislumbramos a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do perfil dos profissionais, especificamente do preparo e da formação dos mesmos para a atuação nos SCIHs e nas CCIHs. Ainda, ocorre a necessidade de conhecer como se desenvolvem os princípios e primícias do controle de infecção relacionada à assistência à saúde na formação em nível médio, de graduação e pós-graduação. Isto, por se entender que o controle de infecção é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, e ainda por se acreditar que práticas seguras de assistência à saúde somente serão alcançadas quando os profissionais de saúde desenvolverem esta habilidade, competência e responsabilidade desde o início de sua formação.

Outra possibilidade é a realização de estudos de intervenção em parceria com as CIES e CECISS, buscando formas inovadoras de desenvolver a educação permanente em saúde, voltada para o controle de infecção, garantindo maior êxito a todo o processo.

Dentre as limitações e dificuldades encontradas ao longo desta pesquisa, destacamos a falta de padronização dos documentos utilizados por cada SCIH, associada à prática comum dos serviços de pouco escrever sobre suas ações, o nos influenciou para a decisão de mantermos como material de pesquisa somente as entrevistas realizadas com os profissionais. E a distância entre os locais de coleta de dados e o custo implicado no deslocamento, sem apoio financeiro externo.

## REFERÊNCIAS

AGNOLON, A. P. *et al.* Avaliação de procedimentos de degermação das mãos, preparo pré-operatório da pele e uso de antibióticoprofilaxia em um hospital universitário. **Revista SOBECC**, v. 14, n. 3, p. 38-47, 2009.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 48, de 2 de junho de 2000. Roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial nº 108-E, de 06 de junho de 2000, Seção 1, pág. 27.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de infecções em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2004.

ARSEGO, M.; CAREGNATO, R. C. A. Serviço de controle de infecção: vigilância de processo no transoperatório. **Revista SOBECC**, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BONETTI, O. P.; KRUSE, M. H. L. A formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 3, p. 371-379, 2004.

BORGES-ANDRADE, J. E. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. **Estudos de Psicologia**, v. 7, número esp., p. 31-43, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: MS, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983**. Institui que todos os hospitais do país deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), independente da entidade mantenedora, traçando diretrizes para tal e definindo suas atribuições. Brasília: MS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 930, de 27 de agosto de 1992**. Expede na forma de anexos, normas para o controle das infecções hospitalares. Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de Programas de Controle de Infecção Hospitalar pelos hospitais do País. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.616, de 25 de maio de 1998**. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição da Portaria MS 930/1992. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007.

CAMACHO, A. C. L. F. Análise das publicações nacionais sobre educação à distância na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 4, p. 588-593, 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cien saúde colet**, v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Guideline for prevention surgical site infection**. Atlanta, 1999.

CERQUEIRA, M. C. M.; MENDES, V. L. P. S. Avaliação da qualidade do programa de controle de infecção hospitalar. **Rev Baiana de Enferm**, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 33-44, 2008/2009.

CNRM. Comissão Nacional Residência Médica. **Resolução CNRM N° 004/2003**. Critérios e determinações sobre os programas de especialidades de residência médica. Brasília: MED, 2003

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev bras enferm**, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

CORIOLO, M. W. L. *et al.* Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab educ saúde**, v. 10, n. 1, p. 37-59, 2012.

CUCOLO, D. F.; FARIA, J. I. L.; CESARINO, C. B. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. **Acta paul enferm**, v. 20, n. 1, p. 49-54, 2007.

DENZIN, N. K. Y.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2 ed. Porto Alegre: Artmed bookman, 2006.

FERNANDES, A. T.; FERNANDES FILHO, M. O. V.; RIBEIRO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciênc Biológ Saúde**, v. 26, n. 2, p.101-108, 2005.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional**, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 263 p.

FERRAZ, F. *et al.* Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 2, p. 113-28, 2012.

FISCHER, B. T. D. Docência no ensino superior: questões e alternativas. **Educação**, v. 32, n. 3, p. 311-315, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health**. v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

JACONDINO, C. B. *et al.* Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. **Cogitare enferm**, v. 15, n. 2, p. 314-18, 2010.

KURCGANT *et al.* **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LACERDA, R. A. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 55-63, 2002.

LUZ, M. T. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis**, v. 15, n. 1, p. 39-57, 2005.

MARTINS, K. A. *et al.* Adesão as medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 7, n. 4, p. 485-492, 2008.

MARTINS, C. *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 472-478, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEVES, Z. C. P. *et al.* Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev latino-am enferm**, v. 14, n. 4, p. 546:552, 2006.

NEVES, Z. C. P. *et al.* Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos. **Rev**

**eletr enferm** [on line], v. 11, n. 3, p. 738-745, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a35.htm>. Acesso em: 13 abr 2013.

OGUISSO, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Rev tecn enferm - Nursing**, n. 20, p. 22-25, 2000.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PEREIRA, M. S.; MORIYA, T. M.; GIR, E. Infecção hospitalar nos hospitais escola: uma análise sobre seu controle. **Rev latino-am enferm**, v. 4, n. 1, p. 45-62, 1996.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADE, S. S. **Desenvolvimento e validação de um instrumento de informação para a assessoria do programa de controle de infecção às decisões do dirigente hospitalar**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002. p.226.

RABELO, E. R. Why do I produce and do not publish? Part I. **Rev. gaúcha enferm**, v. 31, n. 2, p. 209-09, 2010.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, n.12, p. 39-44, 1996.

SANTOS, N. C. M. **Enfermagem na prevenção e controle da infecção hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Íatria, 2008.

SANTOS, A. A. M. **O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos?** 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. p.135.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. Construção de descritores para o processo de Educação Permanente em atenção básica. **Trab Educ Saúde**, v. 5 n. 3, p. 433-452, 2007/2008.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 330-7, 2009.

SILVA, L. M. G.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; DOMENICO, E. B. L. Ambiente virtual de aprendizagem na educação continuada em enfermagem. **Acta paul enferm**, v. 23, n. 5, p. 701-704, 2010.

SOUZA, M. C. B.; CERIBELLI, M. I. P. F. Enfermagem no centro de material esterilizado - a prática da educação continuada. **Rev latino-am enferm**, v. 12, n. 5, p. 767-774, 2004.

TOFFLER, A. **O choque do futuro**. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 1970.

VALENTE, G. S. C. *et al.* O enfermeiro na educação em saúde ao trabalhador da limpeza no ambiente hospitalar. **Rev pesq: cuid fund** [on line], v. 3, n. 1, p. 1702-1710, 2011. Disponível em: [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/64850\\_7339.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/64850_7339.PDF). Acesso em: 14 abr 2011.

VILELA, R.; DANTAS, S. R.; TRABASSO, P. Equipe interdisciplinar reduz infecção sanguínea relacionada ao cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Paul. Pediatr**, v. 28, n. 4, p. 292-98, 2010.


WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA

 <p style="text-align: center;"><b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</b></p>
<b>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA</b>
<p><b>I. RECURSOS HUMANOS:</b>  <b>Pesquisador:</b> Aline Massaroli<sup>1</sup>  <b>Pesquisador orientador:</b> Dra. Jussara Gue Martini<sup>2</sup></p>
<p><b>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES*:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Elaboração protocolo:</b> 1*</li> <li>- <b>Avaliação do protocolo:</b> 2</li> <li>- <b>Busca e seleção dos estudos (resumos):</b> 1</li> <li>- <b>Pré-análise crítica dos estudos (resumos) definição dos trabalhos completos:</b> 1</li> <li>- <b>Busca dos estudos (trabalho completo):</b> 1</li> <li>- <b>Leitura flutuante e coleta de dados dos estudos selecionados (tabela específica):</b> 1</li> <li>- <b>Revisão dos trabalhos completos e dados coletados (tabela):</b> 1, 2</li> <li>- <b>Análise e síntese dos dados:</b> 1, 2</li> <li>- <b>Revisão da análise e síntese dos dados:</b> 1, 2</li> <li>- <b>Revisão final a partir de sugestões do orientador:</b> 1</li> <li>- <b>Elaboração do artigo de revisão integrativa:</b> 1, 2</li> </ul> <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>
<p><b>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Avaliador sobre o tema Educação Permanente em Enfermagem:</b> Dra. Fabiane Ferraz.</li> <li>- <b>Avaliador sobre o método empregado:</b> Dda. Mônica Motta Lino.</li> </ul>

**IV. PERGUNTA:**

Como são apresentados os conceitos e as estruturas metodológicas de estudos sobre Educação Permanente em Saúde no Controle de Infecção Hospitalar?

**V. OBJETIVO:**

Analisar os conceitos e estruturas metodológicas de estudos sobre Educação Permanente em Saúde relacionada ao Controle de Infecção Hospitalar.

**VI. DESENHO DO ESTUDO:**

Pesquisa exploratório-descritiva, em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (Ganong, 1987).

- 1) Identificação do tema e definição da questão de pesquisa;
- 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos;
- 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
- 4) Seleção da amostra;
- 5) Organização dos estudos selecionados em formato de tabela e no gerenciador de referências bibliográficas Endnote;
- 6) Avaliação dos estudos selecionados;
- 7) Discussão e Análise dos resultados;
- 8) Conclusão da Revisão.

Apresentação final do estudo será em forma de manuscrito que será enviado para publicação em periódico.

**VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

- Trabalhos derivados de pesquisas originais e relatos de experiência, publicados na forma de: tese, dissertação e artigos;
- Estudos de Educação Permanente em Saúde relacionada ao Controle de Infecção Hospitalar;
- Artigos completos publicados em periódicos científicos disponibilizados gratuitamente online;
- Idioma: Inglês, Português e Espanhol;

- Período de publicação dos artigos: 2000 a 2011.

### **VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:**

- Trabalhos cujo tema de EPS seja apresentado como recomendação nos resultados e conclusões ou esteja apresentado apenas na revisão de literatura ou referencial teórico;
- Estudos duplicados;

### **IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA:**

a) Descritores:

Serão utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECs):

- Educação Continuada (Education Continuing; Educación Continua) – Programas educacionais destinados a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo particular de interesse. Eles não conduzem a qualquer posição convencional avançada.
- Controle de infecções (Infection Control; Control de Infecciones) - Programas de vigilância de doenças, geralmente dentro de instalações de saúde, projetados para investigar, prevenir, e controlar a disseminação das infecções e seus microorganismos causadores.
- Infecção Hospitalar (Cross Infection; Infección Hospitalaria) - Qualquer infecção que um paciente contrai de outro em uma instituição de saúde

Outra estratégia de busca será através das seguintes palavras-chave:

- Educação permanente em saúde
- Controle de infecção hospitalar

b) Bases de Dados:

- BIREME: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), site <[www.regional.bvsalud.org](http://www.regional.bvsalud.org)> congrega as seguintes bases – “Ciências da Saúde em Geral: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO. Portal de Evidências: Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínico, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica. Áreas Especializadas: BIOÉTICA, CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA. Organismos Internacionais: PAHO, WHOLIS”.

- **GOOGLE ACADÊMICO:** site

<<http://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR>>, congrega artigos

revisados por especialistas (peer-reviewed), teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, universidades e outras entidades acadêmicas. O Google Acadêmico ajuda a identificar as pesquisas mais relevantes do mundo acadêmico.

#### **X. COLETA DE DADOS:**

A busca dos estudos será realizada por meio do acesso as bases de dados supracitadas, utilizando o acesso ao portal CAPES/UFSC, estipulando os limites definidos nos critérios de inclusão e exclusão, bem como as palavras-chave definidas para este estudo.

- Busca livre na BVS-BIREME - item “pesquisa na bvs” usando os descritores: “educação continuada” AND “controle de infecção AND infecção hospitalar”. Selecionando o “método integrado”, “todos os índices”, “todas as fontes”, o último item significa que a busca foi realizada em todas as bases que compõem a BIREME.

- Busca livre no GOOGLE ACADÊMICO – item “pesquisa” usando as palavras-chave: “educação continuada” AND “controle de infecção hospitalar”. Selecionando “pesquisar na WEB”, “período de 2000 até 2011” e “incluir citações”.

- A primeira seleção dos estudos ocorrerá a partir dos seguintes momentos:

- 1) busca de trabalhos apresentados na BIREME;
- 2) leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos gerados pelo buscador;
- 3) todos os estudos que atenderem aos critérios de inclusão serão coletados, armazenados e sistematizados no software EndNote® para posterior revisão;
- 4) revisão por pares dos estudos pré-selecionados.

- A segunda seleção dos estudos ocorrerá a partir dos seguintes momentos:

- 1) a partir da definição dos estudos selecionados por meio da revisão por pares, buscar-se-á os trabalhos completos que não foram encontrados diretamente na primeira seleção.
- 2) será realizado uma leitura flutuante dos artigos completos, que ocorrerá de modo independente (duplo cego) os trabalhos excluídos por

ambos, serão retirados da análise, os trabalhos em que apenas 1 excluiu será analisado novamente por ambos, culminando na definição conjunta de inclusão ou exclusão do estudo.

3) os trabalhos incluídos passarão por uma análise na qual será extraído os itens que alimentarão uma matriz construída para organização e análise dos dados. Na matriz serão distribuídos os seguintes itens:

- tipo de publicação;
- nome periódico, ano publicação, caráter institucional dos autores, sexo dos autores;
- país do estudo;
- objetivo(s) do artigo;
- temática do artigo;
- estrutura metodológica (proposta teórica, tipo de estudo, método, lugar, participantes, técnicas coleta, análises, dimensão ética);
- conceito adotado sobre educação permanente em saúde;
- principais conclusões do estudo;
- observações.

#### **XI. ANÁLISE DOS DADOS:**

A análise dos dados será realizada a partir da proposta da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010). Segundo a autora este método de análise “é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo”. O processo de análise de conteúdo é dividido em três momentos, a pré-análise (parte da leitura flutuante dos trabalhos coletados e seleção dos mesmos), a exploração do material (consiste em operações de codificação e decomposição dos dados obtidos, originando as categorias que respondem ao objetivo do estudo) e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (os dados brutos serão tratados de maneira a serem significativos e válidos). Ao final, os dados serão sintetizados e apresentados em formato de narrativa.

#### **XII. DIVULGAÇÃO:**

Os resultados deste estudo serão organizados em forma de manuscrito, que será posteriormente encaminhado para publicação em periódico.

#### **XIII. CRONOGRAMA:**

Atividade	Período			
	Jun	Jul	Ago	

Elaboração protocolo	X				
Validação do protocolo					Σ
Busca e seleção dos estudos					
Coleta e organização dos dados					
Análise dos dados coletados					
Resultados e conclusão					
Elaboração artigo revisão integrativa, trabalho para eventos					

### **XVII. REFERÊNCIAS:**

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. DECS - Descritores em Ciências da Saúde. Acesso em: 15 mai, 2011. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. Rev. Nurs Health, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

APÊNDICE B  
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

**OTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. Profissão:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Local de graduação:
5. Ano de conclusão da graduação:
6. Possui residência ou especialização, qual área:
7. Possui mestrado ou doutorado, qual área:
8. Quanto tempo atua na área hospitalar:
9. Quanto tempo atua na área de controle de infecção hospitalar:
10. Como foi o seu preparo para trabalhar no SCIH?
11. Quanto tempo atua nesta instituição:
12. Quanto tempo atua no controle de infecção nesta instituição:
13. Seu tempo de atuação na instituição é exclusivamente para o SCIH?
14. Se não: como você percebe a divisão deste tempo e organização do desenvolvimento das atividades em ambas as áreas?
15. Que estratégias o SCIH tem utilizado para o controle e a prevenção as IH?
16. Qual é a sua percepção sobre a relação da educação com o controle de IH?
17. Há uma política ou programa de EP institucional? Como ele se configura?
18. Em sua instituição o SCIH desenvolve algum tipo de atividade educativo? Quais?
19. Como foi o seu preparo para trabalhar com esta parte ou área educativa do SCIH?
20. Como se dá o planejamento dessas atividades – processos?
21. Quem participa deste planejamento?
22. Como vocês desenvolvem estes processos educativos, quais são as estratégias utilizadas?
23. Como se dá a escolha da metodologia empregada em cada atividade?
24. Como vocês avaliam o impacto destas atividades – processos na prática da instituição ou do controle de infecção hospitalar?
25. Em sua opinião o que tem mudado com esta prática educativa?
26. Você considera que as ações que o SCIH desenvolve estão adequadas para as necessidades da instituição?
27. O que você sugere para a EP nos SCIH?



## APÊNDICE C

### AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



HOSPITAL  
**SANTA  
ISABEL**  
Ciência e carinho dedicados à vida



Ofício GA nº. 078/2011

Blumenau, 08 de novembro de 2011.

Informamos que está autorizada a realização do projeto, intitulado **"Educação permanente como ferramenta para aprimoramento das práticas de controle de infecção hospitalar"** a ser desenvolvido por **Aline Massaroli**.

Para realização deste estudo será feita uma pesquisa qualitativa, com os profissionais graduados que atuem nos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar.

Salientamos que a coleta de dados **somente poderá iniciar após a entrega da cópia do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa à Gerência Acadêmica deste Hospital**. Solicitamos também que nos seja entregue uma cópia da versão final do projeto, tão logo o mesmo esteja concluído.

Atenciosamente,

  
Dr. Anabela Schmitt  
DIRETORA GERAL

  
Dr. Leandro José Reis  
GERENTE ACADÊMICO

À  
**Aline Massaroli**  
pc

Rua Floriano Peixoto, 300 – C.P. 68 – Fone: (050)47 3321-1000 – Fax: 3321-1001 – CEP 89010-906 – Blumenau – SC  
CNPJ 03.883.356/0011-32 <http://www.santasabiel.com.br> – e-mail: [ga@hsp.santasabiel.com.br](mailto:ga@hsp.santasabiel.com.br)

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Fundação Hospitalar de Blumenau, representada pelo Sr. Siegfried H. Hildebrand, tomou conhecimento do projeto de Pesquisa “EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA O APRIMORAMENTO DAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR”, da acadêmica Aline Massarole, e como a instituição tem condições para o seu desenvolvimento, autoriza o desenvolvimento do mesmo, desde que a acadêmica apresente a entidade a aprovação do projeto em um Comitê de Ética em Pesquisa e que se cumpra os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares.

Blumenau, 10 de Novembro de 2011.

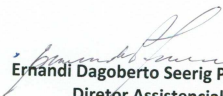


Fundação Hospitalar de Blumenau  
Siegfried H. Hildebrand

#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Hospital Santa Catarina de Blumenau, representada por **Ernândi Dagoberto Seerig Palmeira**, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA O APRIMORAMENTO DAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**, por Aline Massaroli, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Blumenau, 20 de fevereiro de 2012.



**Ernândi Dagoberto Seerig Palmeira**  
Diretor Assistencial



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução da pesquisa, porém informo que não serão liberados os documentos e materiais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Itajaí, 01 de novembro de 2011



**Attela Jenichen Provesi**

**Diretora Geral**

---

**Hospital Universitário Pequeno Anjo**

Praça Irineu Bornhausen, 85 - Centro - Itajaí - SC - CEP 88301-110 - Fone: (47) 3249 5314 - Fax (47) 3249 5332  
[www.pequenoanjo.org.br](http://www.pequenoanjo.org.br)

APÊNDICE D  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Eu: \_\_\_\_\_  
RG ou CPF \_\_\_\_\_.

Fui informado (a) detalhadamente sobre a pesquisa intitulada “EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA O APRIMORAMENTO DAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR”.

Fui plenamente esclarecido (a) de que esta pesquisa se trata de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo Conhecer como os Serviços de Controle de Infecção hospitalar, de hospitais de médio e grande porte das Regiões de Saúde de Blumenau, Itajaí e Balneário Camboriú tem desenvolvido a Educação Permanente em suas instituições, visando promover a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Embora venha a aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que poderei desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar minha decisão de desistência, da maneira que me for mais conveniente. Fui esclarecido (a) ainda, que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao (a) Sr (a) serão sigilosos e privados, sendo que poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevista semi-estruturada, onde a mesma será gravada e transcrita posteriormente, garantindo-se privacidade e a confidência das informações.

A presente pesquisa será realizada pela mestrandA Aline Massaroli, sob a supervisão da professora Dra. Jussara Gue Martini. Contato: Mda. Aline Massaroli. Endereço: Rua Bagdá, nº 1296, Areias,

Camboriú, SC, Brasil. Telefone (47)9925-6709. E-mail:  
alinemassaroli@hotmail.com

Florianópolis (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Nome do participante do estudo: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante do estudo: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## ANEXO 1 INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011



**Instrução Normativa 10/PEN/2011**

**Florianópolis, 15 de junho de 2011.**

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

**RESOLVE:**

**Art. 1.** Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

**Art. 2.** As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 3.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

**a) Em dissertações de Mestrado:**

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

**b) Em teses de Doutorado:**

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.



- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

**Art. 4. Orientações gerais:**

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

**Art. 5.** Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011

ANEXO 2  
ANEXO DA DELIBERAÇÃO Nº 245/CIB/08

Macrorregião	Pop Maço	Região de Saúde	Composição	Nº Mun. SDR	Pop SDR	Região de Saúde	População Região 2007	Quantidade de Municípios
Extremo Oeste	702.633	1.	1ª SDR São Miguel do Oeste	7.	65.097	Região de Saúde de São Miguel do Oeste	225.107	30
			2ª SDR Maravilha	12	73.228			
			30ª SDR Dionísio Cerqueira	6.	50.346			
			31ª SDR Itapiranga	5.	36.436			
		2.	4ª SDR Chapecó	11	207.630	Região de Saúde de Chapecó	294.891	25
			29ª SDR Palmitos	8.	65.373			
			32ª SDR Quilombo	6.	21.888			
		3.	3ª SDR São Lourenço do Oeste	7.	45.052	Região de Saúde de Xanxerê	182.635	21
5ª SDR Xanxerê	14		137.583					
Meio Oeste	572.566	4.	6ª SDR Concórdia	7.	92.567	Região de Saúde de Concórdia	139.977	15
			33ª SDR Seara	8.	47.410			
		5.	7ª SDR Joaçaba	13	113.280	Região de Saúde de Joaçaba	166.877	21
			8ª SDR Campos Novos	8.	53.597			
		6.	11ª SDR Curitibaanos	5.	63.809	Região de Saúde de Videira	265.712	19
			9ª SDR Videira	7.	100.942			
10ª SDR Caçador	7.	100.961						
Vale do Itajaí	758.939	7.	12ª SDR Rio do Sul	7.	92.467	Região de Saúde de Rio do Sul	256.750	28
			13ª SDR Ituporanga (exceto Leoberto Leal e Alfredo Wagner)	7.	49.588			
			34ª SDR Taió	6.	55.601			
			14ª SDR Ibirama (exceto Aduana)	8.	59.094			
		8.	35ª SDR Timbó + Aduana	7.	121.597	Região de Saúde de Timbó	131.499	8.
				1.	9.902			
		9.	15ª SDR Blumenau (exceto Ilhota e Luis Alves)	3.	370.690	Região de Saúde de Blumenau	370.690	3.
		Foz do Rio Itajaí	478.812	10	Luis Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	6.	271.299	Região de Saúde de Itajaí
11	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo			5.	207.513	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	5.

Macroregião	Pop Macro	Região de Saúde	Composição	Nº Mun SDR	Pop SDR	Região de Saúde	População Região 2007	Quantidade de Municípios
Grande Fpolis	1.055.702	12	16º SDR Brusque (exceto Canelinha, Major Garcia, Nova Trento, São João Batista e Tijucas)	3	115.184	Região de Saúde de Brusque	115.184	3
		13	18º SDR Grande Fpolis + Municípios da SDR Brusque Municípios da SDR Laguna Municípios da SDR Ituporanga	13	830.052	Região de Saúde de Grande Fpolis	940.518	22
				5	73.896			
				2	23.229			
2	13.341							
Macroregião	Pop Macro	Região de Saúde	Composição	Nº Mun SDR	Pop SDR	Região de Saúde	População Região 2007	Quantidade de Municípios
Sul	860.554	14	19º SDR Laguna (exceto Garopaba e Paulo Lopes)	3	98.296	Região de Saúde de Tubarão	319.922	17
			20º SDR Tubarão	2	160.594			
			36º SDR Braço do Norte	2	61.032			
		15	21º SDR Criciúma	11	372.091	Região de Saúde de Criciúma	372.091	11
16	22º SDR Araranguá	15	168.541	Região de Saúde de Araranguá	168.541	15		
Nordeste	798.941	17	23º SDR Joinville	8	599.631	Região de Saúde de Joinville	599.631	8
		18	24º SDR Jaraguá do Sul	5	199.310	Região de Saúde de Jaraguá do Sul	199.310	5
Planalto Norte	348.495	19	25º SDR Mafra	2	222.095	Região de Saúde de Mafra	222.095	2
		20	26º SDR Canoinhas	6	126.400	Região de Saúde de Canoinhas	126.400	6
Planalto Serrano	291.372	21	27º SDR Lages	12	239.476	Região de Saúde de Lages	291.372	18
			28º SDR São Joaquim	6	51.896			

ANEXO 3  
 CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
 PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



**CERTIFICADO** Nº 2293

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 2293

**FR:** 470486

**TÍTULO:** A educação permanente como ferramenta para o aprimoramento das práticas de controle de infecção hospitalar

**AUTOR:** Jussara Goe Martini, Aline Massaroli

**FLORIANÓPOLIS,** 12 de Março de 2012.

\_\_\_\_\_  
 Coordenador do CEPSH UFSC

