



Online Brazilian Journal of Nursing
E-ISSN: 1676-4285
objn@enf.uff.br
Universidade Federal Fluminense
Brasil

Oliveira, Adriana C.; Evangelista, Sintia; Lucas, Thabata C.; Mourão, Paulo H.O.; Clemente, Wanessa T.
A Percepção da Equipe Multiprofissional Sobre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 5, núm. 2, 2006, pp. 159-168
Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453972019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais

A Percepção da Equipe Multiprofissional Sobre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Adriana C. Oliveira,
Sintia Evangelista,
Thabata C. Lucas,
Paulo H.O. Mourão,
Wanessa T. Clemente

RESUMO

Introdução: As ações das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, de acordo com a portaria 2.616/98, fundamentam-se essencialmente na vigilância epidemiológica que possibilita a definição de diretrizes de prevenção e controle de infecções. Apesar disso, uma grande inquietação para os profissionais, refere-se ao fato de que estes, durante a realização da assistência em saúde não têm entendido que o controle de infecções é um aspecto inerente à sua prática, devido aos riscos na manipulação de matéria orgânica, secreções e excreções, além do contato com microrganismos disseminados por diferentes vias de transmissão. **Objetivo:** conhecer a percepção da equipe multiprofissional a respeito da atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). **Método:** Realizou-se um estudo descritivo, em um hospital universitário de Belo Horizonte. Utilizou-se um questionário aplicado a 86 profissionais (enfermagem, médicos e fisioterapeutas). **Resultados:** Verificou-se que 88% dos profissionais conheciam o significado da sigla CCIH, 64% souberam identificar um caso de infecção hospitalar porém, apenas 48,8% tinham conhecimento sobre os critérios de identificação de microrganismos resistentes. Para a baixa ou não-adesão às medidas de controle das infecções hospitalares, a falta de conhecimento e de compromisso foram os principais motivos citados. Em relação à percepção dos profissionais sobre a CCIH, a maioria a considerou atuante. **Conclusão:** Acredita-se que este estudo apresenta importantes contribuições para a reflexão, tanto das práticas da equipe multiprofissional como também para as CCIHs de repensarem suas estratégias de treinamento e envolvimento junto à comunidade hospitalar.

Descritores: infecção hospitalar; equipe de assistência ao paciente; conscientização.

INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1950 e início de 1960 após o registro da pandemia de *Staphylococcus aureus* resistente às penicilinas principalmente nos Estados Unidos e ao crescente número de eventos infecciosos associados a microrganismos resistentes em ambiente hospitalar, surgiram as primeiras recomendações para criação das comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH). Contudo, apenas no inicio da década de 1970 é que foi desenvolvido um sistema de vigilância.

Em 1974, grandes questionamentos foram feitos pela comunidade científica sobre a verdadeira eficácia das recomendações para controle de infecção hospitalar, sendo proposto então um estudo para avaliar a efetividade das suas ações e seu custo, conhecido como estudo SENIC (*Study of Efficacy of Nosocomial Control*).¹ Este demonstrou que o retorno financeiro era três vezes maior que o valor investido, além de afirmar que reduções das taxas de infecções hospitalares (IH) estavam relacionadas a efetivos programas de vigilância executados.¹

No Brasil, as primeiras iniciativas foram reportadas em 1983, quando foi publicada a

portaria 196 do Ministério da Saúde (MS), recomendando que todo hospital independente da entidade mantenedora, porte ou especificidade, deveria constituir Comissão de Controle de Infecção.^{1,2}

A partir deste ato, iniciativas isoladas para a criação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar despontaram em todo território brasileiro. Novas portarias do MS foram instituídas, como a 930/92, sendo posteriormente revogada e assinada a atual, Portaria 2.616/98³.

As ações das CCIHs, de acordo com a portaria 2.616/98, fundamentam-se essencialmente na vigilância epidemiológica, que possibilita

a definição de diretrizes de prevenção e controle de infecções através de recomendações feitas aos profissionais de saúde³.

Apesar disso, uma grande inquietação para os profissionais “controladores de infecção” refere-se ao fato de que estes, durante a realização da assistência em saúde não têm entendido que o controle de infecções é um aspecto inerente à sua prática, devido aos riscos na manipulação de matéria orgânica, secreções e excreções, além do contato com microrganismos disseminados por diferentes vias de transmissão.^{1,2}

Diante da preocupação dos serviços de controle de infecção em entender a atitude da equipe multiprofissional sobre as recomendações das medidas de precauções na prática assistencial, e ações de controle de infecção hospitalar, este estudo se propôs a conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital universitário.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo tipo *surveys*, descritivo e exploratório conduzido no período de agosto a novembro de 2005 em que se avaliou o comportamento e opiniões de um determinado grupo.⁴

As pesquisas do tipo *surveys* se caracterizam pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para em seguida, mediante uma análise quantitativa, obter as conclusões correspondentes aos dados coletados.⁴

O estudo foi realizado em um hospital público, universitário, voltado para atividades de ensino, assistência, pesquisa e extensão. E tam-

bém referência para o Sistema Único de Saúde, atende pacientes portadores de doenças de média e alta complexidade.

A instituição é também referência no controle de infecções hospitalares e tem uma CCIH constituída desde 1983. Adota o sistema prospectivo de coleta de dados referente às infecções hospitalares por busca ativa, desde 1990 pelo sistema NNISS (*National Nosocomial Infection Surveillance System*) recomendado pelo Centro de Controle e Prevenção de doenças, de Atlanta, Estados Unidos.

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário semi-estruturado contendo onze (11) questões fechadas abordando fechadas abordando itens de identificação, categoria, tempo de atuação profissional, participação em treinamentos, experiência profissional, e três abertas sobre os aspectos cognitivos, comportamento dos profissionais frente a questões referentes à adoção de medidas de controle de infecção hospitalar e atividades que competem a CCIH.

Como critério de inclusão, optou-se por realizar a pesquisa com os profissionais envolvidos diretamente no cuidado com o paciente e com no mínimo um ano de atuação no hospital de estudo. Assim foram definidos como possíveis respondentes: equipe de enfermagem, médicos e fisioterapeutas.

Em cada categoria contatou-se o coordenador do serviço envolvido através de um ofício assinado pelo pesquisador explicitando a importância de sua participação, os propósitos do estudo e sugerindo aos mesmos a distribuição dos questionários as unidades selecionadas de forma aleatória. Neste momento foi agendada a data para recolhimento dos instrumentos sendo dado o prazo de um mês para devolução dos mesmos.

Para a realização deste estudo, o projeto de

pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética, sendo seguido os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos, sendo garantido o sigilo e preservação da identidade dos participantes.

Para a análise das questões abertas fez-se a categorização das respostas dos profissionais, orientada pelos seguintes passos: 1) leitura de todas as respostas obtidas nas entrevistas. 2) verificação da freqüência das respostas obtidas 3) definição de categorias finais.

RESULTADOS

Dos 140 questionários distribuídos 86 (61,5%) foram respondidos por 26 (30,2%) médicos, 7 (8,0%) fisioterapeutas, 21 (24,4%) enfermeiros e 32 (37,4%) técnicos e auxiliares de enfermagem. Ressalta-se que na amostra, objeto de estudo, houve predomínio de médicos cirurgiões (42%) e anestesiologistas (23%). Entre os motivos da não devolução dos questionários destacou-se: perda do questionário, recusa em respondê-los por diversos motivos, sendo mais freqüentemente citado a falta de tempo e/ou desconhecimento do tema.

Quanto ao tempo de formação, 35 (40,7%) profissionais tinham tempo de formação entre 1 e 5 anos, 22 (25,6%) entre 6 e 10 anos e 29 (33,7%) tempo superior a 11 anos.

Com relação ao tempo de atuação no hospital de estudo, 55 (64%) profissionais possuíam entre 1 e 5 anos, 16 (18,6%) entre 6 e 10 anos e 15 (17,4%) superior a 11 anos.

Dos profissionais entrevistados 76 (88%) responderam corretamente o que significa a sigla CCIH e 10 (12%) não responderam ou não souberam. Entre os que não souberam ou não responderam, destacaram-se os médicos (15,4%) e técnicos e auxiliares (12,5%), seguidos

dos enfermeiros (9%).

Quanto a conhecer o profissional da CCIH do hospital de estudo, 61 profissionais (71%) afirmaram conhecê-lo.

Quanto à realização de algum treinamento no sentido de controlar as infecções hospitalares ou a disseminação dos microrganismos resistentes os resultados estão apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais respondentes segundo a participação em treinamento em controle de infecção. Belo Horizonte, 2006.

Variável	Categoria	Freqüência n %
1- Treinamentos pela CCIH	Sim	55 (64)
	Não	7 (8)
	Não tem certeza	24 (28)
2- Último treinamento	< 1 ano	24 (28)
	1 – 3 anos	21 (24,4)
	> 3 anos	15 (17,4)
	Nunca/não respondeu	26 (30,2)

Quanto à opinião sobre quais profissionais necessitam treinamento em práticas e medidas básicas de controle de infecções hospitalares ou a disseminação dos micr-

ganismos resistentes, as respostas apresentadas na **Tabela 2** se referem ao profissional citado, podendo este ter mencionado uma ou mais categorias.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais respondentes segundo a necessidade de treinamento em controle de infecção. Belo Horizonte, 2006.

Categoria respondente	Médico	Fisioterapia	Enfermeiro	Téc./Auxiliar
Médico	4	0	1	26
Fisioterapeuta	0	1	1	6
Enfermeiro	2	8	0	19
Téc./ Auxiliar1	6	6	0	28

Técnico e auxiliar de enfermagem.

Verifica-se, portanto, que todos os profissionais respondentes atribuem a maior necessidade de treinamento aos técnicos e auxiliares de enfermagem, inclusive eles próprios. Este fato pode estar ligado ao maior envolvimento desta categoria na prestação de cuidados, incluindo, muitas vezes, sobrecarga de trabalho.

Os profissionais foram questionados, ain-

da, sobre o acionamento da CCIH, identificação das IH e política de controle de antimicrobianos na instituição. Do total de profissionais que responderam o questionário, 46 (53,5%) já acionaram a CCIH quando suspeitaram de algum caso de infecção hospitalar.

No que se refere à identificação de um caso de infecção hospitalar, 55 (64%) saberiam identificá-lo. Destes, 4 (7%) profissionais não citaram critério de identificação. Os demais 51 (93%)

profissionais, citaram critérios expondo parcialmente a definição completa do conceito infecção hospitalar, ou seja, aquela que se manifesta a partir de 72 horas após a admissão ou antes de 72 horas, se associada a procedimentos.³

A respeito da realização da auditoria na instituição, 53 (62%) afirmaram que é realizada e 33 (38%) dos profissionais a desconheciam. Esta atividade foi desconhecida por 68,9% de tec/auxiliares, 13,6% enfermeiros e 33% dos fisioterapeutas. Entre os médicos, responsáveis pela prescrição de antimicrobianos, 23% afirmaram desconhecer a auditoria, sendo três anestesistas, um cirurgião geral e dois cardiologistas.

Em relação à disponibilidade da quantidade dos equipamentos necessários à implementação das medidas de precauções por via de transmissão, 33 (38,3%) profissionais afirmaram que a instituição disponibiliza a quantidade de equipamento, 29 (33,7%) às vezes disponibiliza, 12 (14%) não disponibiliza, 12 (14%) não sabiam informar/não responderam.

Ao se tratar do conhecimento sobre os critérios para a identificação de microrganismos resistentes, 42 (48,8%) profissionais afirmaram conhecê-los sendo que 37 destes utilizaram parâmetros de identificação tais como cultura e antibiograma, o que condiz com as recomen-

dações de vigilância por "pistas" e exames laboratoriais. Entretanto, 5 (5,9%) não citaram o critério de identificação. Entre os médicos 42% (11) afirmaram não saber o critério de identificação dos microrganismos destacando-se as especialidades anestesiologia, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e ainda, 15,4% afirmaram conhecer os critérios mas não os citaram. Entre os enfermeiros 28,6% desconhecem o critério de identificação dos microrganismos resistentes, bem como 57,2% dos fisioterapeutas e 71,9% dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

As três questões abertas procuraram trabalhar o aspecto cognitivo para a compreensão do processo de trabalho. Objetivou-se saber a opinião dos profissionais sobre o motivo da não adesão ou da baixa adesão da equipe assistencial às medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares; atividades que competem à CCIH e a percepção destes profissionais com relação à CCIH do hospital em estudo.

Quanto aos motivos da baixa ou não adesão às medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares, as respostas obtidas foram divididas em 10 categorias, sendo que um mesmo profissional pode responder em mais de uma das categorias (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Distribuição das respostas dos profissionais em relação à baixa ou não adesão às medidas de controle de infecções hospitalares. Belo Horizonte, 2006.

Adesão da equipe multiprofissional	Freqüência da categoria/resposta
Falta de conhecimento	34
Falta de compromisso	26
Falta de treinamento pela CCIH	25
Sobrecarga de trabalho	20
Condições inadequadas de trabalho	10
Hospital escola	8
Falta de uma unidade adequada para isolados	6
Falta de integração do profissional da CCIH com a equipe multiprofissional	4

Em relação às atividades que competem a CCIH, as respostas dos profissionais foram divididas em oito categorias, sendo que mais de um profissional respondeu a mais de uma das categorias (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Distribuição das respostas dos profissionais em relação às atividades que competem a CCIH. Belo Horizonte, 2006.

Atividades que competem a CCIH	Freqüência da categoria/resposta
Treinamento dos profissionais	41
Auditoria de antimicrobiano	30
Controlar infecções incidentes na instituição	29
Vigilância das normas de controle e disseminação das infecções hospitalares	25
Identificar e divulgar patógenos prevalentes na instituição	11
Detectar pacientes a serem isolados	9
Definir índices de infecções hospitalares	8

Sobre a percepção final sobre a CCIH da instituição em estudo, 22 (25,6%) profissionais afirmam que a CCIH é atuante, promove meios de divulgação de infecções hospitalares e é muito acessível aos funcionários do hospital; 21 (24,4%) consideravam a atuação boa, mas que poderia estar mais próxima dos pacientes e profissionais a fim de otimizar as orientações de controle de infecções hospitalares; para 11 (12,8%), a CCIH é essencial ao serviço, tendo em vista o aumento crescente de infecções hospitalares por microrganismos resistentes, e o alto custo do tratamento associado a estas infecções; e 17 (19,8%) consideravam a CCIH uma comissão com pouco controle, pouca atuação e com um reduzido número de profissionais nesta área. Ressalta-se ainda que 15 (17,4%) profissionais responderam que não têm conhecimento sobre a CCIH.

DISCUSSÃO

Neste estudo percebeu-se que o maior percentual dos profissionais (40,7%) tinha tempo de formação entre 1 a 5 anos. Nesta faixa também se encontrava o tempo de atuação no hospital de 64% dos profissionais que responderam ao questionário.

De acordo com o estudo de Brevidelli⁵ os profissionais aderentes às medidas de controle e prevenção das infecções hospitalares são aqueles com menos de dois anos de experiênc-

ia profissional. Isso pode ser explicado pelo fato desses profissionais estarem mais familiarizados com as precauções universais, serem mais capazes de acreditar que seguir as recomendações diminui o risco de exposição ocupacional.

Percebe-se que uma minoria dos profissionais 10 (12%) não respondeu corretamente o significado da sigla CCIH, assim o conhecimento incorreto da sigla nos faz pensar como esses profissionais percebem a realidade que os cerca, e o que determina o padrão de referência que norteia as suas atitudes e ações no que se refere à adoção de medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares.

O apoio às atividades educativas realizadas na instituição é fundamental para a difusão de informações para toda a equipe multiprofissional. Idealmente as estratégias desenvolvidas devem ser particularizadas para o público alvo, levando-se também em consideração a disponibilidade de tempo e recursos durante a jornada de trabalho, sem prejudicar o atendimento aos pacientes e que consiga garantir a participação do maior número de profissionais.¹

Dos entrevistados, 29% responderam não conhecer o profissional da CCIH do hospital de estudo. Deve-se deixar claro que o profissional da CCIH é uma fonte permanente de consultas para toda a equipe multiprofissional, por fornecer informações científicas e epidemiológicas que fundamentam as condutas de toda a equipe hospitalar.¹

Dos profissionais que responderam ao questionário, 64% responderam que a CCIH realiza treinamentos para controlar as infecções hospitalares ou a disseminação de microrganismos resistentes. Porém, 29% responderam que nunca participaram de um treinamento relacionado ao controle das infecções hospitalares. De acordo com o estudo de Sax⁶ o que poderá ser eficiente na mudança de comportamento dos profissionais são intervenções multidisciplinares, incluindo treinamentos específicos e a implementação de diretrizes no processo de trabalho.

Observou-se que dos 55 profissionais que afirmaram saber identificar um caso de infecção hospitalar 4 destes não citaram o critério adotado e o tempo de internação foi mencionado 33% dos profissionais como parâmetro. A evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise do prontuário foi citada por 19,6% dos profissionais. Os profissionais que responderam como critério de infecção hospitalar a aquisição desta 30 dias pós-alta, foram os que trabalhavam em centro cirúrgico. Esta interpretação pode estar relacionada ao conceito de infecção de sítio cirúrgico por ser aquela que ocorre na incisão cirúrgica, ou em tecidos manipulados durante o procedimento cirúrgico, e pode ser diagnosticada até 30 dias após a data do procedimento.⁷

Quanto ao conhecimento sobre a realização da auditoria de antimicrobiano 62% dos profissionais que responderam ao questionário sabiam de sua realização na instituição. Ao prescrever antibióticos, os médicos deveriam ter conhecimento sobre as infecções prevalentes e a escolha da droga indicada.⁸ Entre clínicos (6%) e pediatras (19%), os médicos mais envolvidos com prescrição de antimicrobianos, todos relataram conhecer a auditoria. Os anestesistas constituíram o maior grupo que desconheceu.

Em relação à disponibilização de quantidades de equipamentos de proteção individual (EPI) necessários à implementação das medidas de precauções por via de transmissão, 38,4% responderam que a instituição disponibiliza. As precauções baseadas nas vias de transmissão, adicionais às precauções padrão são aquelas destinadas a pacientes infectados, colonizados ou com suspeita de infecção por microrganismos de importância epidemiológica.⁹ O estudo de Muto et al¹⁰ comparou o custo com infecções hospitalares em dois hospitais de mesmo porte sendo que, no hospital que possuía EPIs adequados para pacientes isolados e em precauções de contato, além de um índice menor de infecções, o custo com infecções na corrente sanguínea por microrganismos resistentes foi muito menor, quando comparado ao hospital que não possuía tais equipamentos para medidas preventivas adequadas.

Para Silva¹¹ a obediência às recomendações de medidas preventivas depende de fatores individuais, cognitivos e psicológicos como o gênero, profissão, conhecimentos, atitudes, crenças e percepções da equipe multiprofissional. Assim, a não adoção das medidas de precaução pode ser decorrente da falta de conhecimento específico e sistematizado durante o período de graduação. Para Tipple¹² independentemente da forma e da estrutura curricular adotada, a prevenção e o controle de infecção devem fazer parte da formação dos profissionais da área da saúde, e também do processo de educação continuada durante o exercício profissional.

Em relação ao conhecimento sobre os critérios de identificação de microrganismos resistentes observou-se que 50% dos profissionais os conheciam, porém nem todos os citaram, sendo que o uso de antibiogramas e culturas foi o mais freqüente.

O estudo da sensibilidade dos microrganis-

mos frente aos antimicrobianos é estabelecido por meio de antibiogramas. Para Muto et al¹⁰ o microrganismo isolado na cultura pode representar a microbiota do indivíduo, a qual, usualmente, não deveria ser tratada. É necessário, entretanto, conhecer a microbiota normal das diferentes topografias do hospedeiro para facilitar a avaliação clínica dos resultados microbiológicos, bem como conhecer o perfil microbiológico específico da instituição.¹⁰

Observou-se, quanto ao motivo da baixa ou não adesão dos profissionais, a falta de conhecimento predominou, seguida da falta de compromisso dos profissionais e a falta de treinamento. A conscientização dos profissionais sobre a importância da participação do processo de controle das infecções hospitalares é necessária para o fornecimento de recursos físicos, humanos e materiais suficientes para o desenvolvimento de ações preventivas.¹³ Para Silva¹¹ um dos maiores desafios em relação a prevenção de infecção hospitalar continua sendo a negligência dos profissionais de saúde em adquirir hábitos da lavar as mãos e uso de equipamento de proteção individual. Deve-se estar atento, antes de treinar a equipe multiprofissional, sobre a concepção que esses profissionais têm de infecção hospitalar, que poderão constituir o ponto de partida para treinamentos.

Além disso, a vigilância sanitária deve estar atenta à aplicação de medidas inadequadas de precauções, devido à falta de recursos ou negligência do próprio profissional, o que não substitui o papel da supervisão que deverá exercer suas atividades de maneira integrada com o controle de infecção hospitalar.¹

Brevidelli⁵ observou que é comum a realização de treinamentos por meio de aulas explicativas, com o único objetivo de transmitir informações, porém acrescenta que visando uma maior adesão às medidas e práticas de contro-

le de infecção, além do treinamento informativo, sugere-se que haja um espaço para a discussão com os profissionais a respeito das dificuldades para adotar as recomendações. A discussão possibilita ao grupo reavaliar suas próprias ações em função dos riscos atribuídos, e gerar sugestões que facilitem a adoção de comportamentos de auto-proteção no trabalho.

Quanto às atividades que competem à CCIH, verificou-se ainda que o treinamento dos profissionais foi citado em maior número de vezes seguido da auditoria de antimicrobiano e o controle de infecções incidentes na instituição.

De acordo com a portaria 2.616/1998³, a CCIH deverá ter competência para estabelecer cooperação com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo mesmo; definir em consonância com a comissão de farmácia e terapêutica, a política de utilização de antimicrobiano, germicidas e materiais médico-hospitalares; realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, além de aplicar normas e rotinas técnico-operacionais visando limitar a disseminação de microrganismos. Entretanto, verifica-se na prática que ainda há uma lacuna entre as recomendações instituídas e a adesão dos profissionais de saúde às medidas de precauções e as normas de biossegurança.^{1,14}

CONCLUSÃO:

Concluímos, portanto, que a CCIH do hospital foi, de forma geral, considerada atuante, porém poderia estar mais próxima da equipe multiprofissional.

Apesar da atuação sistematizada da CCIH na instituição de estudo, torna-se necessário um redirecionamento de sua política interna tendo em vista que 12% da equipe assistencial multiprofissional não soube o significado da sigla

CCIH, 29% não teve contato com profissionais da CCIH, e 17% desconhecia as ações da CCIH.

O apoio gerencial tem um papel importante na adequação entre o treinamento e a aderência às recomendações, destacando-se a importância dos supervisores na orientação e reforço das práticas adequadas. Além disso, é importante a disseminação de informação sobre os risco dos patógenos transmitidos pelo sangue. Os EPIs devem estar disponíveis no local onde são necessários e treinamento especial para seu uso deve ser ministrado principalmente para os profissionais de apoio.

Chamou-nos atenção a necessidade de treinamento em relação aos técnicos e auxiliares, apontada por eles próprios, assim como pelas demais categorias. Considerando-se que estes profissionais estão diretamente envolvidos na assistência ao paciente. O fato é ainda mais expressivo visto que o controle da resistência microbiana tem como um de seus pilares fundamentais a disseminação dos microrganismos através do contato direto com equipamentos, mobiliários e essencialmente carreados pelas mãos dos profissionais de saúde.

Destaca-se ainda a contribuição de um sistema de vigilância efetivo, que proponha indicadores e avalie continuamente as novas tendências, avaliando e divulgando a situação das infecções na instituição, enfatizando a prevalência e o perfil de sensibilidade/resistência dos microrganismos, para uma melhor adesão dos profissionais às medidas de controle de infecção.

Acreditamos ainda, que a avaliação da percepção da equipe multiprofissional em relação às ações da CCIH possa ser realizada em um segundo momento de forma estratificada por categoria profissional, por se compreender que a visão do usuário se relaciona ao seu processo de trabalho.

Apesar das limitações deste estudo, como a impossibilidade de se generalizar os resulta-

dos obtidos, pelo tamanho da amostra, acreditamos que este apresenta contribuições para a reflexão tanto das práticas da equipe assistencial multiprofissional quanto para as CCIH, de forma a repensarem suas estratégias de treinamento e envolvimento junto à comunidade hospitalar.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Luíza Lisboa e Raquel Miranda Monteiro, pelo auxílio na etapa de coleta de dados que subsidiaram este trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. 2^oed. São Paulo (SP): Atheneu; 2000
2. Martins MA. Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle. 2^oed . Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria número 2616, de 12 de maio de 1998. Resolve expedir na forma de anexos I,II,III,IV e V,diretrizes e normas para a prevenção e o controle de infecções hospitalares,ficando revogada a Portaria 930.Diário Oficial da União, Brasília (DF).
4. Gil, A C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5^o ed. São Paulo (SP): Atlas;1999.
5. Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. Rev Saúde Pública 2001Dez;35(2):193-201.
6. Sax H, Perneger T, Hugonnet S, Herrault P, Chraiti M N, Pittet D. Knowledge of Standard and isolation precautions in a large teaching hospital. Infect Control Hosp Epidemiol 2005 Mar;26(3):298-304.
7. Oliveira A C, Martins MA, Martinho GH, Clemente TW, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico da Infecção do sítio cirúrgico durante e após internação. Rev Saúde Pública 2002 Dez; 36(6): 717-22.

8. Rekha Murthy MD, Implementation of strategies to control Antimicrobial Resistance.Chest Feb 2001; 119:405-41.
9. Oliveira AC, Albuquerque CP, Rocha L C M. Infecções hospitalares: abordagem, prevenção e controle. Belo Horizonte(MG):Medsi;1998.
10. Muto AC, Jernigan JA, Ostrowsky BE, Richet HM, Jarvis WR, Boyce JM et al SHEA Guideline for preventing Nosocomial transmission of Multidrug Resistant Strains of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. Infect Control Hosp Epidemiol 2003 Mar;24 (5): 362-84.
11. Silva CLP, Barbe KP, Pfister R, Touvenau S, Perneger TV, Pittet D. Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates. Infect Control Hosp Epidemiol 2002 Mar; 26 (3):305-15.
12. Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya-MT, Souza, ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico e prático. Rev Latino Am Enfermagem .[online] 2005 Set[citado 14 Mar 2006];11(2):245-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200017&lng=en&nrm=iso
13. Alves DCY, Évora YDM. Questões éticas envolvidas na prática dos profissionais enfermeiros da comissão de controle de infecção hospitalar. Rev Latino Am Enfermagem.[internet] 2002 Mai/Jun [cited Mar14 2006];10(3):265-75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200030002&lng=pt
14. Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Níveis de adesão às precauções-padrão entre profissionais médicos e de enfermagem de um hospital universitário. Online Braz J Nurs [internet] 2006 .[cited 2006 Jul 2]; (5)1. Available from : <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=407&layout=html>