

**CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO  
PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO**  
**CAPACITATION OF HUMAN RESOURCES FOR THE IMPLEMENTATION OF AN INFECTION  
CONTROL PROGRAM**  
**CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE  
CONTROL DE INFECCIÓN**

*Ruth Natalia Teresa Turrini<sup>1</sup>, Rúbia Aparecida Lacerda<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Infecção hospitalar. Recursos humanos em saúde. Organização e administração.

**KEY WORDS:** Infection hospitalar. Health manpower. Organization and administration.

**PALABRAS CLAVE:**

Infeción hospitalar. Recursos humanos en salud. Organización y administración.

**RESUMO:** estudo realizado em hospitais de São Paulo, buscando identificar e discutir as dificuldades relacionadas aos recursos humanos para a implementação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH). Os dados foram obtidos com entrevistas aos profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e utilizou-se a análise temática para identificar as sete categorias apresentadas neste estudo. Nos discursos fica claro que a responsabilidade pela implementação do PCIH não é exclusiva dos profissionais do SCIH e, sim, de toda a organização hospitalar e seus trabalhadores, incluindo o pessoal técnico e administrativo. Duas ordens de questões se destacam: organizacionais e individuais, apesar de alguns aspectos individuais refletirem a cultura da organização e as condições da realidade social. Constatase que iniciativas e boa vontade isoladas não são suficientes, tampouco a capacitação técnica, se não houver condições infra-estruturais que viabilizem este programa, assim como não é possível sua generalização, sendo necessário contextualizá-lo às realidades em que se inserem.

**ABSTRACT:** This study was performed in hospitals of São Paulo, looking to identify and discuss the difficulties related to human resources towards the implementation of the Hospital Infection Control Program (PCIH). The data was obtained through interviews with the professionals of the Service for Hospital Infection Control (SCIH) and used thematic analysis in order to identify the seven categories represented in this study. In the discussions, it became clear that the responsibility for implantation of the PCIH is not exclusive to the professionals of the SCIH, but rather the entire hospital organization and all its employees, both technical and administrative. Two orders of questions have been made clear: organizational and individual, although some individual aspects reflect the culture of the organization and the conditions of the social reality. We conclude that isolated initiatives and good will, as well as technical capability, are not sufficient if there is not an adequate infrastructure that permits the implementation of the program. Generalizing such an infrastructure is not possible, considering the specific contextual necessities that each environment demands.

**RESUMEN:** Estudio realizado en hospitales de São Paulo, buscando identificar y discutir las dificultades relacionadas a los recursos humanos para la implementación del Programa de Control de Infección Hospitalar (PCIH). Los datos fueron obtenidos através de entrevistas con los profesionales del Servicio de Control de Infección Hospitalar (SCIH), identificándose siete categorías mediante el análisis temático. En los discursos está claro que la responsabilidad por la implementación del PCIH no es exclusiva de los profesionales del SCIH y, sí, de toda la organización hospitalaria y sus trabajadores, incluyendo al personal técnico y administrativo. Se destacan todos de cuestionamientos: organizacionales e individuales, a pesar de que algunos aspectos individuales reflejan la cultura de la organización y las condiciones de la realidad social. Se constata que las iniciativas y la buena voluntad alejadas no son suficientes, tampoco la capacitación técnica, si no existen condiciones infra-estructurales que encaminem este programa, así como no es posible su generalización, siendo necesario su contextualización en las realidades en que se encuentran inseridos.

Endereço:  
Rúbia Aparecida Lacerda  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
05403 000 - Cerqueira César, São Paulo- SP  
E-mail:rlacerda@usp.br

Artigo original: Pesquisa  
Recebido em: 15 de setembro de 2003  
Aprovação final: 12 de fevereiro de 2004

## INTRODUÇÃO

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) envolve um conjunto de ações para a redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares (IH). Uma de suas principais ações é a capacitação dos recursos humanos do hospital, muitas vezes relegada a segundo plano em função do tempo consumido por esse programa na realização da vigilância epidemiológica, considerada essencial por permitir o cálculo das taxas de IH que subsidiam a tomada de decisões.

A vigilância epidemiológica, embora direcionada para detecção de casos, serve de estratégia para que a enfermeira que realiza o controle de IH tenha acesso a todas as áreas do hospital. Este sistema facilita, em tese, a educação continuada informal da equipe hospitalar, o acompanhamento e a orientação ao cumprimento das normas e procedimentos para o controle de IH<sup>1</sup>. É também uma oportunidade para a enfermeira de controle de IH mostrar seu trabalho, estabelecer uma via de comunicação, responder perguntas, dialogar e discutir sobre os casos de IH ou fatores de risco a ela relacionados. Desta maneira, a enfermeira que atua no controle de IH ajuda a equipe multiprofissional a se envolver com a prevenção e o controle de IH.

O conteúdo das atividades educacionais também resulta do *feedback* dos dados de IH, os quais servem de ferramenta para estimular a mudança nas práticas do cuidado ao paciente<sup>2</sup>. A observação do processo de trabalho no cuidado ao paciente ou da dinâmica do serviço, além de ajudar a compreender os dados de IH, quando estes se elevam além dos limites endêmicos locais, subsidia a capacitação dos profissionais na área de controle de IH.

O controle de IH está diretamente relacionado à mudança de comportamento dos profissionais de saúde que devem estar convencidos da importância dessa mudança. A mudança é um processo demorado porque não depende exclusivamente dos agentes que a desejam, mas também de todos aqueles envolvidos no cuidado ao paciente e da própria organização.

Embora se desenvolvam atividades educativas para mobilizar essa mudança, na prática hospitalar percebe-se que há diversos fatores que interferem nesse processo.

Em 2000 foi realizado um estudo junto aos hospitais do município de São Paulo com os seguintes objetivos: 1) caracterizar as Comissões de Controle

de Infecção Hospitalar (CCIH) e os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH); 2) identificar as estratégias utilizadas para implementação do PCIH; conhecer os métodos utilizados para supervisionar e avaliar o programa de controle de infecções; 3) identificar as dificuldades apontadas pela CCIH para a implementação e manutenção do PCIH, relacionadas aos recursos humanos.

Este artigo apresenta e discute os resultados referentes ao último objetivo.

## MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa exploratória realizada em hospitais do Município de São Paulo no período de janeiro a maio de 2000, com exceção dos psiquiátricos, retaguarda de crônicos e casa de repouso. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição de origem do pesquisador e, em alguns casos, também pelo Comitê de Ética dos hospitais onde os dados foram coletados. A amostra constituiu-se de 30 hospitais sorteados por partilha proporcional ao tamanho do hospital. No entanto, por motivos relativos aos hospitais sorteados, os dados foram coletados em 27 deles por meio de entrevista com os profissionais dos SCIH, enfermeiros e/ou médicos. Na entrevista, o pesquisador utilizou instrumento que apresentava perguntas abertas e fechadas e procurou-se anotar as respostas na íntegra principalmente quando as respostas expressavam uma opinião pessoal do entrevistado. As informações de um dos hospitais foi excluída da análise porque a CCIH foi dissolvida na nova administração, obtendo-se como amostra final 26 hospitais.

Os resultados apresentados a seguir referem-se às seguintes questões abertas: É realizado algum treinamento com os profissionais de saúde do hospital, na área de controle de infecção hospitalar? Quais as dificuldades relacionadas aos recursos humanos do hospital para a implantação e implementação do PCIH? Você encontra resistência ao PCIH por alguma categoria ou grupo de profissionais do hospital? Quais as dificuldades para o desenvolvimento de atividades educativas referentes ao controle e prevenção de infecção hospitalar? Utilizou-se, para a discussão destas informações, a técnica de análise temática<sup>3</sup>.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

As falas dos entrevistados permitiram reconhe-

cer sete categorias temáticas, apresentadas e discutidas a seguir.

### Quadro de pessoal de enfermagem

O número reduzido de enfermeiros mencionado dificulta a supervisão das técnicas executadas pelos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, as ações educativas. A participação dos enfermeiros de setor nessas atividades é muito importante, pois pelo contato permanente com os membros da equipe, reúnem melhores condições de reconhecer a realidade e avaliar as necessidades<sup>4</sup>.

A rotatividade de funcionários foi muito discutida pelos entrevistados, assim como a desmotivação, atribuída à crise financeira dos hospitais. Outra dificuldade apontada foi a contratação provisória, a qual contribui com a rotatividade e o descompromisso, uma vez que o funcionário não permanece tempo suficiente para se envolver com a equipe de trabalho.

Estudos sobre compromisso organizacional têm mostrado que o compromisso do empregado com a instituição relaciona-se positivamente ao envolvimento com o emprego e à longa permanência na instituição e negativamente com a sobrecarga de trabalho e a rotatividade de pessoal<sup>5</sup>. Isto foi evidenciado no relato de um dos entrevistados ao comentar que a rotatividade é menor quando os funcionários são antigos. No entanto, quanto mais antigo o funcionário mais difícil pode ser a mudança de comportamento, devido à incorporação de um modo de fazer que já foi repetido inúmeras vezes e as tarefas passam a ser executadas automaticamente.

O corte de pessoal para a contenção de custos, como citado, é fator de preocupação, pois interfere em todas as atividades de controle de IH, principalmente nas educativas, além de desempenhar importante papel no equilíbrio emocional dos profissionais com a constante ameaça de demissão e aumento na carga de trabalho. A diminuição no quadro de pessoal é uma estratégia que tem levado à desmotivação e à redução na confiança que os funcionários depositam na organização<sup>6</sup>.

O deslocamento freqüente de funcionários de enfermagem para a cobertura de outros setores também foi relatado como problema, ao gerar ou aumentar os conflitos e dificultar o seguimento das normas. Cada serviço tem suas peculiaridades e suas próprias rotinas e, além disso, a cobertura de área deixa o funcionário desmotivado e insatisfeito. Em conseqüên-

cia, é comum ocorrer maior absenteísmo, o que alimenta o ciclo vicioso de constante necessidade de cobertura de setor para garantir a prestação de cuidados.

### Processo de trabalho

Um entrevistado relatou que os funcionários são muito descuidados, a supervisão é pouca e caracterizou a filosofia de trabalho desses funcionários como - "dane-se". Muitas vezes identificam-se necessidades paralelas na organização que necessitam de intervenção para que não impeçam ou obstaculizem o desenvolvimento do PCIH. As pessoas tendem a generalizar os problemas, mesmo que um independa do outro por motivos de insatisfação pessoal e/ou profissional. É possível contornar isto desenvolvendo-se o domínio e a visão pessoal para se conseguir uma visão compartilhada dentro da organização<sup>7</sup>. A insatisfação pessoal pode gerar tensões emocionais que acabam minando o PCIH mesmo de forma não intencional.

A falta de envolvimento das chefias de enfermagem e o conflito gerado pela experiência pessoal destes profissionais e as normas instituídas pela CCIH/SCIH para o controle de IH também emergiu da fala de um dos sujeitos. Considerar a experiência da equipe que cuida do paciente é de suma importância para a adequação das normalizações feitas pelos executores do controle de IH à prática diária desses profissionais. Alguns autores<sup>4</sup> referem sobre a necessidade de se discutir as normas/rotinas com o profissional responsável pelo setor ou unidade de internação, para que, uma vez acordada, cada serviço assuma a responsabilidade pela disseminação da norma entre seus funcionários.

Os entrevistados concordam que a enfermeira do CCIH/SCIH deveria se comunicar mais com a equipe de enfermagem, ao invés de se "prender tanto aos registros". Têm-se observado em estudos que as enfermeiras assistenciais consideram o trabalho da enfermeira de CCIH muito burocrático, distanciando-a das atividades ligadas à assistência ao paciente<sup>8</sup>. Fica evidente a importância da enfermeira de CCIH/SCIH inserir-se na equipe para que as necessidades de cada um no âmbito da assistência sejam compartilhadas e discutidas.

A idéia da importância de um elo entre a enfermeira de controle de IH e os profissionais de saúde, realiza algumas reflexões importantes, tais como: o respeito à opinião e à visão do outro quando se deseja trabalhar participativamente; as contribuições que cada profissional tem a oferecer; a mudança de comporta-

mento vinculada não apenas à fundamentação teórica, mas também a uma decisão individual; a postura da enfermeira favorecendo a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde na prática de prevenção; o trabalho em equipe propiciando melhor identificação dos problemas e suas causas, maior conhecimento da dinâmica da assistência, das relações dos profissionais entre si e destes com o paciente<sup>9</sup>.

Mas a resistência, muitas vezes, origina das próprias lideranças das equipes. Quando a chefia viabiliza, o funcionário aceita melhor. É a importância da gerência como modelo.

### Serviços de apoio

Dificuldades relacionadas aos serviços de apoio também foram apontadas, entre eles os de nutrição e dietética, manutenção, laboratório e lavanderia. Elas dizem respeito, principalmente, à continuidade das orientações prestadas. Um dos entrevistados referiu-se a esta situação como [...] *pequenos detalhes que contam e não aparecem*[...].

Outro entrevistado relatou que é mais difícil obter a cooperação dos profissionais da higiene e limpeza por terem pouca escolaridade. Esta opinião, porém, não foi compartilhada por outro entrevistado, ao considerar que os profissionais mais humildes são os mais fáceis de serem orientados. A capacitação de funcionários com menor grau de instrução necessita uma abordagem especial, porque envolve situações como não terem recebido preparo para exercerem funções específicas, além da falta de habilidade para conduzir atividades educativas a um grupo que muitas vezes não sabe ler ou escrever. Contrariamente ao que se imagina, este grupo operacional costuma ser muito receptivo às atividades educativas quando compreendido o seu modo de aprender.

Um entrevistado disse ter dificuldades com as escriturárias, considerando-as [...] *perdidas no que fazer*[...] e que [...] *ainda não perceberam a própria importância*.

Um entrevistado disse que obtém boa cooperação dos serviços terceirizados, embora a relação exija [...] *mais tato*[...]. O inverso também foi relatado por outro sujeito ao dizer que as empresas terceirizadas não acatam a sugestão da CCIH/SCIH na compra de material. No entanto, isto depende das normalizações e do pessoal envolvido. A integração de todos os setores do hospital ao PCIH é uma maneira de fazer com que cada um se sinta importante e necessário na

organização. Desta forma, o funcionário pode valorizar mais o seu trabalho, por mais elementar que seja.

As situações acima mostram contradições entre os entrevistados, revelando diferentes facetas de como se observa o problema. O comportamento das diferentes categorias reflete como o indivíduo percebe a si mesmo e a sua função, assim como o valor que a gerência atribui ao tipo de trabalho que ele desenvolve. Os trabalhos mecânicos e repetitivos que envolvem pouca criatividade e conhecimento especializado para sua execução tendem a ser desvalorizados. O próprio pessoal recrutado para essas atividades é de baixa renda e escolaridade. Muitas vezes, profissionais que não se adaptaram ou que não desempenharam adequadamente suas funções junto ao cuidado direto ao paciente são deslocados para os setores de apoio hospitalar, principalmente nos serviços públicos. Portanto, é primordial combinar os interesses dos funcionários envolvidos nas atividades educativas com os da CCIH/SCIH.

### Aceitação do PCIH

A aceitação do PCIH é o primeiro passo para a sua implementação. Dois entrevistados referiram que, às vezes, eles encontram maior resistência entre chefias de enfermagem do que entre pessoal de nível operacional, atribuindo esta dificuldade a conflitos de poder.

O sucesso do PCIH depende de uma colaboração interdisciplinar. Essa colaboração envolve o reconhecimento de perspectivas alternativas, como os agentes se relacionam entre si e como se exerce o poder dentro do grupo. A forma/estilo de como se processa a comunicação dentro do grupo é que determinará o sucesso dessa relação<sup>10</sup>.

É fundamental incluir a participação de todos no PCIH e utilizar a organização formal e informal. Os líderes exercem forte influência sobre os grupos, devendo, portanto, serem incluídos na implantação do PCIH e delegar-lhes algumas tarefas, como a responsabilidade pelo controle das IH em sua área de atuação, através de orientações e disseminação de informações sobre o assunto.

A identificação da cultura organizacional que influi no comportamento dos indivíduos que nela trabalham<sup>11</sup> pode facilitar a implementação dos PCIH, assim auxiliar a perceber qual a imagem que os funcionários têm da CCIH e, se for o caso, trabalhar uma mudança. Às vezes podem ser necessárias abordagens diferentes em cada área de atuação. A visão da CCIH

pode ser diferente entre as pessoas que atuam no hospital, principalmente em áreas técnicas.

A dificuldade na implementação de PCIH não está nas estratégias ou objetivos, mas sim no enfoque utilizado na condução de suas atividades. Um novo enfoque denominado de epidemiologia intervencionista, sendo preciso que os profissionais consigam lidar com a necessidade de conservar os recursos, diminuir os custos e demonstrar melhoras nos resultados clínicos e nos índices de satisfação<sup>12</sup>. Esta abordagem da prática de controle de IH compreende o significado da influência que os fatores econômicos exercem sobre o cuidado à saúde, reconhece que é preciso inserir nos projetos planos e atividades e em todas as decisões relativas ao PCIH esta nova visão para estar integrada à perspectiva empresarial.

### Adesão às medidas de prevenção e controle de IH

Um entrevistado disse que os funcionários aceitam as normas e rotinas, mas não há adesão completa e outro disse que a nova norma ou rotina chega a ser incorporada, porém não na íntegra, pois algumas etapas chegam a ser suprimidas na sua execução.

Observa-se, na literatura, que mesmo quando se tratam de medidas de proteção individual, a adesão dos profissionais da saúde é baixa<sup>13-4</sup>.

Outro entrevistado relatou que mesmo quando prescritas pela enfermeira da unidade, as normas não são seguidas. Isto significa que mesmo com a exigência do Conselho Regional de Enfermagem para que todos os hospitais incorporem no seu processo de trabalho a sistematização da assistência de enfermagem como uma forma de atingir a qualidade da assistência, esta meta não tem sido largamente alcançada.

A detecção diária de problemas durante as visitas da enfermeira de CCIH/SCIH e as orientações subsequentes foram mencionadas como fator contribuinte para a mudança no comportamento dos funcionários, embora de forma muito lenta. Segundo um dos entrevistados, *mexer numa rotina implica em ampliar o trabalho* e há dificuldade para cumprir coisas novas.

A mudança precisa ser uma necessidade sentida, caso contrário pode gerar um sentimento de algo mais a fazer. Além disso, cada hospital tem sua cultura e características em termos de atividades desenvolvidas e clientela atendida, portanto, as propostas de mudança devem se adequar a cada instituição.

Cerca de metade dos entrevistados disseram que

o profissional médico é o que mais oferece resistência à aceitação das normas e rotinas implantadas pelo SCIH/CCIH, sendo citados particularmente os cirurgiões. A resistência parece proporcional ao número de equipes cirúrgicas atuando no hospital.

Uma explicação reside no fato deste profissional não permanecer muito tempo na instituição, principalmente quando o corpo clínico é aberto e, habitualmente, a maior parte do seu tempo é passada dentro do centro cirúrgico. Além disso, a presença do cirurgião é flutuante, porque ele opera em diversos hospitais. Tal situação dificulta seu envolvimento com os diferentes setores e a incorporação de normas e rotinas próprias de cada hospital. Se, por um lado, a não adesão dos cirurgiões ou demais equipes médicas quando o corpo clínico é aberto decepciona os executores do PCIH, por outro lado é compreensível a dificuldade deste grupo incorporar as normas específicas, principalmente aquelas decorrentes dos resultados da vigilância epidemiológica, do tipo clientela e das características de cada instituição. Felizmente, várias práticas de controle e prevenção de infecção são gerais e já se encontram bastante disseminadas por meio de recomendações, podendo ser incorporadas de maneira comum em todos os hospitais, como é o caso dos *guidelines* clínicos americanos e britânicos. Tanto o cumprimento de normas específicas quanto gerais pode e deve obter colaboração das equipes fixas, como é o caso da de enfermagem.

### Aspectos psicossociais

A dificuldade ou o desinteresse dos funcionários em aderir ao PCIH foi atribuído, por um dos entrevistados, a fatores sócio-econômicos, pois muitos deles moram na periferia e chegam irritados ao trabalho. É evidente que não se pode mais desvincular os aspectos psicossociais na compreensão de qualquer fenômeno, pois caso contrário as intervenções não trarão o resultado desejado, conforme observado em outra fala: *quando um funcionário vem compulsoriamente (às aulas), a qualidade do resultado é ruim, muitas vezes está cansado e com sono em função da dupla jornada de trabalho*.

Esta é uma situação cada vez mais comum em nosso país, fruto das políticas econômicas e sociais vigentes. Os padrões culturais, as pressões sociais, os fatores econômicos, as questões étnicas e crenças religiosas afetam o comportamento de pacientes e cuidadores e influenciam na qualidade da assistência,

inclusive, na prevenção de IH<sup>15</sup>.

O funcionário que chega ao trabalho com seu estado emocional alterado não é apenas motivo de preocupação para o controle das IH, mas também para qualquer atividade que desenvolva junto ao paciente ou à equipe multiprofissional. Além disso, o paciente quando internado encontra-se fragilizado, solicita freqüentemente a atenção da equipe de enfermagem e poderá não ter suas necessidades básicas atendidas.

### Atividades educativas/treinamento

Segundo metade dos entrevistados, a CCIH/SCIH participa do programa de integração do funcionário recém-admitido, por meio de orientações gerais sobre as medidas de prevenção de controle de IH, principalmente, as medidas de proteção individual. Outros conteúdos diferem entre as instituições. Geralmente o programa de integração é conduzido pelo Serviço de Educação Continuada e os profissionais de enfermagem são o público alvo. Somente um entrevistado referiu fazer orientações aos profissionais da higiene e limpeza. É preciso considerar que a característica do hospital do século XXI é a diversidade da equipe multiprofissional com diferentes formas de atuação e de inserção no cuidado ao paciente devendo todos, por conseguinte, participarem da educação continuada e de treinamentos.

Em poucos hospitais, o funcionário novo é apresentado ao SCIH para conhecer as atividades desenvolvidas. Um desses serviços recebe a enfermeira admitida durante um dia e um outro tentou estabelecer uma escala para receber uma enfermeira do hospital a cada dia, mas a participação atingiu apenas 20,0% e esta estratégia foi abandonada.

Em três hospitais não se realiza qualquer forma de treinamento sistemático com os profissionais sobre a prevenção e controle de IH. Um destes apontou como motivo o *déficit* de pessoal de enfermagem, que não possibilita a dispensa do funcionário do cuidado direto ao paciente.

Excetuando um entrevistado, todos os outros referiram dificuldades para a capacitação de profissionais de saúde no controle e prevenção das IH. Por não existir uma programação institucional voltada especificamente para esta temática, essa capacitação fica sob a responsabilidade da enfermeira de CCIH/SCIH. Um aspecto importante para o desenvolvimento de recursos humanos é a política institucional percebida quanto a profissionais contratados exclusivamente para a educação continuada, sem a qual torna-se inviável a

capacitação formal dos profissionais de saúde.

Em oito hospitais, segundo os entrevistados, há programação de aulas de reciclagem, de acordo com os resultados das taxas de IH, casos ou surtos detectados, quando se percebe que as pessoas não estão mais seguindo uma dada norma/rotina estabelecida, ou por ocasião da introdução ou alteração de alguma norma/rotina.

Em um dos hospitais, o Serviço de Educação Continuada estabelece o conteúdo programático e a CCIH/SCIH colabora ministrando algumas aulas. Esta é a parceria mais comumente utilizada para as atividades educativas em controle de IH. Em três hospitais se trabalha com planejamento anual de atividades educativas, que pode ser revisto em função das eventuais ocorrências de IH. Um hospital realiza, semestralmente, avaliação da capacidade técnica dos profissionais, quando são incluídas questões sobre IH, por meio do qual se avalia a adesão dos funcionários às normas/rotinas.

Um hospital tentou fazer uma cartilha com as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar, porém os recursos financeiros não viabilizaram a continuidade do projeto.

Os entrevistados de três hospitais relataram não apresentar dificuldades para o desenvolvimento de suas atividades educativas e atribuíram isto a um interesse particular da própria Gerência de Enfermagem no aperfeiçoamento de seus funcionários, à existência de um Serviço de Educação Continuada e à presença de uma enfermeira em cada setor do hospital.

As barreiras referidas para a operacionalização das atividades educativas foram: disponibilidade de espaço físico e de recursos audiovisuais; não cooperação do serviço de educação continuada; não comparecimento dos funcionários; falta de patrocínio/financiamento para a elaboração de filmes educativos; falta de enfermeira de educação continuada; inexistência de uma enfermeira em cada setor do hospital; rotatividade de pessoal; número excessivo de atividades educativas programadas para os funcionários; grande número de equipes médicas; menor número de funcionários à noite; as atividades educativas não atingem todo o hospital quando ele é muito grande.

É comum o turno da noite não ser contemplado quando se trata de aprimoramento contínuo. Alega-se dificuldade de se trabalhar com as equipes no período noturno pelo número de pessoal reduzido, cansaço e até menor disponibilidade dos treinadores em trabalhar nesse período e dos funcionários se des-

loquem para o dia a fim de serem treinados. Contudo, é preciso lembrar que não se implantam programas sem o envolvimento dos funcionários da organização como um todo.

Comentou-se que aulas ministradas no próprio setor de trabalho têm facilitado a participação dos funcionários, porém a abrangência é menor. Percebeu-se nas falas que não conseguem formar multiplicadores do conhecimento recebido.

Já, quando a quantidade de funcionários é muito grande, se não houver pessoal suficiente para atuar no seu aperfeiçoamento, esta atividade se torna desgastante em função das repetidas vezes em que se fala a mesma coisa. É preciso esforço e um enorme senso de organização para gerenciar os funcionários que participam das aulas em tempos diferentes.

As dificuldades mencionadas, inerentes ao comparecimento dos funcionários, foram: falta de cooperação das enfermeiras/chefias; jornada diária de trabalho sem sobreposição de horário entre os turnos; desmotivação e pouco envolvimento com o trabalho; enfermeira não dá o exemplo ao funcionário comparecendo e valorizando as atividades educativas; profissional acha que já sabe tudo; relação inadequada funcionário/paciente; superlotação do hospital.

A necessidade de interferência da gerência de enfermagem para liberação do funcionário para participar das atividades educativas foi um dos aspectos abordados pelos entrevistados. A inserção das enfermeiras das unidades na elaboração ou adequação das normas e rotinas poderia favorecer a participação dos funcionários nas atividades educativas. Além disto, a política de distribuição do número de funcionários na instituição pode interferir nas ações educativas. Foi comentado por um dos entrevistados que na ala do hospital onde são atendidos os pacientes SUS há menor número de funcionários e, conseqüentemente, a sua liberação torna-se mais difícil. Foi referida também a dificuldade para orientar os médicos num dos hospitais, pois o número de plantonistas é muito grande e é desgastante repetir as orientações, a fim de se obter uma homogeneidade de ações.

As dificuldades encontradas neste estudo para o desenvolvimento de atividades educativas foram também observadas por outros autores<sup>16-7</sup>. É possível, assim, endossar as conclusões desses autores, ao dizerem que o desenvolvimento de atividades educativas é de ordem administrativa e organizacional da instituição.

Por outro lado<sup>18</sup>, existe um individualismo que

permeia as enfermeiras, principalmente na sua resistência ao controle sobre seu trabalho e à manutenção de protocolos de procedimentos e cuidados que, depois de implantados, deixam de ser utilizados por falta de motivação. Comenta, ainda, que há um predomínio da competência individual sobre a colaboração, onde se opta pelo próprio fazer bem, ao invés da qualificação homogênea dos cuidados.

Um entrevistado mencionou que [...] *a enfermeira da unidade diz que seu pessoal não precisa de aperfeiçoamento, está ótimo. Segundo ela, se tem registro profissional, não precisa de reciclagem*[...].

Um dos grandes obstáculos ao desenvolvimento das atividades educativas ocorre justamente quando o profissional acredita que o aprendizado começa e termina no curso de formação profissional. Tal comportamento caminha no contra-fluxo do crescimento da organização, pois é o mesmo que negar o movimento do universo, as mudanças técnico-científicas, a evolução do homem e o próprio conhecimento em constante transformação.

Como fator que contribui para a falta de adesão dos profissionais às orientações sobre o controle de IH, a não relevância do tema entre as escolas formadoras e o não envolvimento da equipe assistencial no planejamento das ações de prevenção<sup>9</sup>. A insuficiência do ensino sobre IH na graduação é um reflexo da política educacional adotada no país com relação ao ensino em geral que, na nossa compreensão, é bastante tradicional, limitada e não transforma a realidade<sup>19</sup>.

Apenas dois hospitais possuíam atividades educativas para os médicos em início de residência. A revisão das recomendações de uso dos antimicrobianos e o desenvolvimento de programas de educação continuada para os médicos são essenciais, uma vez que estes profissionais geralmente recebem informações sobre as drogas novas no mercado de representantes de laboratório, mais interessados na comercialização do produto.

É importante investir em atividades educativas para promover a prescrição adequada de agentes antimicrobianos para garantir a eficiência e a efetividade dessas drogas<sup>20</sup>. Para esses autores, a comunicação verbal direta é uma forma mais sábia de avaliar a prescrição de antimicrobianos do que as notas escritas, e facilita a aderência dos médicos às sugestões feitas.

Alguns entrevistados citaram alternativas para estimular ou capacitar os profissionais em controle de IH, como, por exemplo, oferecer uma folga extra para quem participa das atividades educativas, orientar o

funcionário na própria unidade quando não pode ser liberado.

O próprio grupo de controle de IH sente a necessidade de se atualizar. Um entrevistado disse que *[...]os hospitais de periferia precisam ser melhor enxergados pelos órgãos de classe, pois muitos profissionais não têm condições de se deslocarem para fazer cursos realizados por estas entidades[...]*. Um outro sujeito disse que a administração do hospital não oferece ajuda de custo para o desenvolvimento profissional dos membros da CCIH/SCIH, repercutindo em poucas possibilidades de visitas a outros centros, realização de cursos e participação em eventos científicos.

A equipe que realiza o controle de IH precisa se manter constantemente atualizada, de modo a garantir um desempenho condizente com as inovações técnicas e assistenciais. Se o grupo que realiza o controle de IH estiver sempre apto a informar, esclarecer as dúvidas e auxiliar na área de IH, ele estará definindo seu espaço de ação e será respeitado pelo seu saber técnico-científico, facilitando um canal de comunicação com toda a equipe de saúde.

Os profissionais devem se atualizar científica, crítica e legalmente sobre assuntos relacionados ao controle de infecção hospitalar, a fim de transformarem as informações em ações preventivas e atualizarem continuamente o PCIH, aprimorando assim a qualidade da assistência prestada<sup>21</sup>.

## CONCLUSÃO

Conforme já citado na introdução, ao pessoal exclusivo do SCIH cabe a vigilância epidemiológica de IH e, por meio dela, identificar problemas, causas e, conseqüentemente, reconhecer demandas necessárias para o seu controle e prevenção, incluindo-se aí, a necessidade de elaboração e implementação de normas e rotinas, assim como de assessoria e supervisão para sua realização, participação na educação e no treinamento específicos. A implantação e a implementação de práticas de controle de IH, no entanto, não dependem e não podem ser alcançadas apenas com as atividades exclusivas deste pessoal. Há que existir colaboração. Afinal, a responsabilidade não é exclusiva dos profissionais que atuam diretamente na CCIH e no SCIH e, sim, de toda a organização hospitalar e seus trabalhadores, incluindo o pessoal técnico e administrativo. Os primeiros, realizando diretamente a assistência e, os segundos, determinando suas condições. Além disto, é amplamente reconhecida a relação entre

o controle de IH e a qualidade da assistência de uma forma geral.

Tendo em vista a problemática quanto à adesão às normas e rotinas pelo corpo clínico aberto e serviços terceirizados (uma tendência crescente nos hospitais), configura-se a importância do quadro fixo, principalmente o da enfermagem, não apenas incorporá-las, como também auxiliar e assegurar o seu cumprimento pelos primeiros. É preciso considerar, no entanto, que a capacitação de recursos humanos e as normas e rotinas a serem cumpridas não podem e não devem ser direcionadas e “cobradas” apenas do corpo de enfermagem. Elas devem ser ampliadas para todos os profissionais do hospital.

Os relatos sobre as dificuldades para a implementação de PCIH relacionadas aos recursos humanos apontaram duas ordens de questões: organizacionais e individuais, apesar de que alguns aspectos individuais refletem a cultura da organização e as condições da realidade social e não apenas as características, os valores e padrões culturais individuais. Tais questões remetem à constatação de que não são suficientes iniciativas isoladas e boa vontade, tampouco a capacitação técnica, mas também as condições infra-estruturais para sua consecução. Esta constatação contribui para dirimir as frustrações pessoais dos profissionais diretamente responsáveis na execução de ações, assim como para reconhecer a impossibilidade de sua generalização, necessitando contextualizá-las às realidades em que se inserem.

## REFERÊNCIAS

- 1 Farias MEG. Política de control de las infecciones hospitalarias en nel Brasil. In: Paganini JM, Novaes HM, editores. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud. La garantia de calidad. El control de infecciones hospitalarias. Washington (DC): OPAS/OMS; 1991. p.39.
- 2 Haley RW. The development of infection surveillance and control programs. In: Bennett JV, Brachman PS. Hospital infections. 3ª ed. Boston: Little, Brown and Company; 1992. p.63-77.
- 3 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000. p.208.
- 4 Cavaleiros ERA, Coli RPC. Treinamento em enfermagem. Rev Paul Enferm 1993; 12(12):57-9.
- 5 Ingersoll GLI, Kirch JC, Merk SE, Lightfoot J. Relationship of organizational culture and readiness for change to



- employee commitment to the organizational. *JONA* 2000; 30(1):11-20.
- 6 Jackson M, Massanari RM. Reengineering and infection control programas: commentary and a case study. *Am J Inf Control* 2000; 28(1): 44-50.
- 7 Senge PM. *A quinta disciplina - arte e prática da organização que aprende*. São Paulo: Best Sellers; 1998.
- 8 Alves DCI. *Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar [dissertação]*. Ribeirão Preto(SP): Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1998.
- 9 Cruz EDA. *A formação de um elo: uma proposta de enfermagem para a prevenção de infecções hospitalares [tese]*. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 1996.
- 10 Coeling HVE, Cukr PL. Communication, quality and nurse satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2000; 14(12):63-74.
- 11 Certo SC, Peter JP. *Administração estratégica - planejamento e implantação de estratégia*. São Paulo: Makron Books; 1993.
- 12 Garcia R, Barnard B, Kennedy V. The fifth evolutionary era in infection control: interventional epidemiology. *AJIC* 2000; 28(1):30-43.
- 13 Akduman D, Kim LE, Parks RL, L'Ecuyer PB, Muth S, Jeffe DB, et al. Use of personnel protective equipment and operating room behaviors in four surgical subspecialties: personnel protective equipments and behaviors in surgery. *Inf Control Hosp Epidem* 1999; 20(2):110-4.
- 14 Evanoff B, Kim L, Mutha S, Jeffe D, Haase C, Andereck D, et al. Compliance with universal precautions among emergency department personnel caring for trauma patients. *Ann Emerg Med* 1999; 33(2):160-5.
- 15 Soule BM, Huskins WC. A global perspective on the past, present and future of nosocomial infection prevention and control. *AJIC* 1997; 25(4):289-93.
- 16 David RMB, Torres GV, Santos SR. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade-escola. *Rev Latino Am Enferm* 1999; 7(5):43-9.
- 17 Furze G, Pearcey PMA. Continuing education in nursing: a review of the literature. *J Adv Nurs* 1999; 29(2):355-63.
- 18 Vidal AMT. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social e sistema sanitario (y II). *Enferm Clin* 1999; 9(3):121-7.
- 19 Santos IF. *O enfermeiro e a infecção hospitalar: um estudo sobre sua formação e atuação [dissertação]*. Ribeirão Preto, (SP): Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1996.
- 20 Minoee A, Rickman LS. Expanding the role of the infection control professional in the cost-effective use of antibiotics. *AJIC* 2000; 28(1):57-65.
- 21 Fernandes MOV, Fernandes AT. Interação do controle de infecção com as demais atividades do hospital. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho NR, editores. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1667-70.