

## 1 INTRODUÇÃO

Em um retrospecto histórico observa-se que a Infecção Hospitalar (IH) é tão antiga quanto a existência dos agrupamentos de indivíduos doentes, que se data do século IV, quando o Imperador Constantino promoveu a instalação de um “Hospital” junto a cada catedral das cidades. Nele os doentes eram internados indiscriminadamente e as medidas de prevenção de infecções praticamente não existiam, o que facilitava a transmissão das doenças epidêmicas da época. (GONTIJO JÚNIOR, 1991).

A descoberta da rota de transmissão das infecções por Semelweiss, em 1854, mesmo antes da descoberta dos microrganismos por Koch, Lister, ou Pasteur, como descreve Gontijo Júnior (1991), introduziu muitos conhecimentos na prática assistencial e na epidemiologia, além da identificação das mãos dos médicos na rota de transmissão dos agentes que causavam a morte das puérperas, no Hospital de Viena. Estratégias relacionadas com o cuidado do paciente e o ambiente hospitalar, com o objetivo de diminuir o risco de IH, apresentadas por Florence Nightingale em 1863, marcaram o início de uma caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, processo gradativo, que constituíram a base do controle moderno da IH.

A introdução dos antimicrobianos com a suposição de que estes eliminariam os processos infecciosos adquiridos no hospital, revolucionou a terapêutica das doenças infecciosas, mas como consequência provocou a diminuição do interesse pelo controle das infecções. No entanto, o surgimento dos primeiros surtos de infecções estafilocócicas causadas por cepas resistentes à penicilina, ocorridos principalmente em berçários na década de 50, fez emergir a questão da IH, em muitos países como o maior problema da saúde pública. (GONTIJO JÚNIOR, 1991).

De acordo com Silva & Santos (2001), em 1958, a American Hospital Association e a Joint Commission of Hospitals, chegaram à conclusão de que um número significativo de IH é prevenível e de que um controle efetivo requer um programa de educação continuada. Desta forma, a criação das Comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH), com o objetivo de prover os hospitais americanos de um

sistema que lhes permitisse apurar as causas das infecções neles adquiridas e dotá-los de instrumentos necessários contra possíveis ações legais movidas pela clientela, foi recomendada por tais comissões.

No Brasil, o controle de infecção hospitalar teve início oficial na década de 80, com a promulgação da Portaria GM-MS 196 (BRASIL, 1983). A partir da criação da Lei reguladora do Sistema Único de Saúde, em 1990, o Programa adaptou-se através de nova portaria, normatizando a descentralização das ações e avaliação dos efeitos já obtidos.

Em 1998, a Portaria número 2616, de 12 de maio, do Ministério da Saúde, recomenda o processo de trabalho a ser realizado pelo Programa de Controle de IH (PCIH). O hospital deve constituir a CCIH, órgão deliberativo de ações de controle e prevenção de IH e o Serviço de Controle de IH (SCIH), órgão executivo, ou seja, encarregado de realizar as ações deliberadas pelo primeiro. (BRASIL, 1998).

Segundo a Resolução RDC n. 48 de 2/6/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entende-se por Programa de Controle de Infecção Hospitalar, o conjunto de ações desenvolvidas deliberadamente para a máxima redução possível de incidência e da gravidade das infecções hospitalares. (ANVISA, 2000).

As ações propostas oficialmente para o PCIH (Brasil, 1998), são: vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização; microbiologia; farmácia hospitalar; produtos antimicrobianos de ambientes e de uso sistêmico e tópico.

Entende-se por Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares a metodologia para identificação e avaliação sistemática das causas de infecção hospitalar, em um grupo de pacientes submetidos a tratamento e ou a procedimentos hospitalares, visando a prevenção e a redução da incidência de infecção hospitalar (ANVISA, 2000).

Apesar da regulamentação do Ministério da Saúde e da Resolução da ANVISA, observa-se, empiricamente na prática profissional que os SCIH não têm efetivamente alcançado a meta de fazer o controle das infecções.

Guinta & Lacerda (2006), destacam ainda que muitos hospitais têm dificuldades ou não operacionalizam o PCIH conforme as recomendações governamentais. Legislações instituídas, portanto, não são garantias de sua execução e, principalmente, com qualidade e resolução.

Diferentes experiências passam a ser objeto de publicação, salientando a importância de implementação das CCIH e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais nas atividades diárias do controle de infecções. Para que as CCIH passem a desempenhar um papel de relevante dentro do hospital, é necessário muito mais do que simplesmente criá-las burocraticamente. As instituições devem prover as CCIH de condições mínimas essenciais para uma atuação efetiva, bem como de número adequado de recursos humanos, qualificados para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle de IH (SILVA & SANTOS, 2001).

A partir do exposto e também dos obstáculos vivenciados pela autora durante experiência profissional, como membro executor de uma CCIH, o objetivo desse estudo, foi identificar as dificuldades para a manutenção de uma CCIH atuante e resolutiva.

Como forma de buscar estratégias, realizou-se uma revisão da literatura nacional, por se pretender proximidade da realidade, sobre as dificuldades vivenciadas por CCIH de outras instituições brasileiras.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma revisão narrativa, com base na literatura nacional, sobre as dificuldades/obstáculos vivenciados pelas CCIH no cotidiano da prática. Optou-se por limitar à literatura nacional para caracterizar a realidade do contexto estudado. Para tanto, foi realizada uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de Maio de 2011, mediante definição dos descritores: Serviços de

Controle de Infecção Hospitalar e Organização e administração Hospitalar, sem corte temporal.

Foram considerados como critérios para a seleção dos trabalhos os artigos ou teses que apresentassem em seu resumo, relato sobre atividades desenvolvidas por CCIH, com uma abordagem acerca das dificuldades apontadas pelas Comissões.

Nesta primeira análise, foram selecionados 19 artigos e 03 teses que satisfaziam esse critério. Com base nesses resultados, procedeu-se à leitura dos trabalhos e a partir dos aspectos abordados foram identificados 9 artigos e 03 teses que contemplavam o objetivo do presente estudo.

### **3 RESULTADOS e DISCUSSÃO**

De acordo com a metodologia utilizada os artigos revisados foram classificados como a seguir: 04 pesquisas exploratórias quanti-qualitativa, 04 pesquisas qualitativas, 01 estudo de caso com ênfase no estudo histórico organizacional, 01 estudo de caso do tipo descritivo, 01 estudo analítico quanti-qualitativo e 01 estudo transversal.

Os desafios para o controle de infecção podem ser considerados coletivos e agrupados em relação aos seguintes aspectos: Estrutura organizacional - envolve políticas governamentais, institucionais e administrativas, relações interpessoais e intersetorias no trabalho e normatização do serviço; Batalha biológica - aborda a identificação de novos microrganismos e a ressurgência de outros, bem como a resistência aos antimicrobianos; Envolvimento profissional - enfoca a falta de conscientização dos profissionais, adesão às medidas de controle e o comprometimento com o serviço e o paciente; Capacitação profissional, destaca-se a educação continuada; epidemiologia das infecções e; Medidas de prevenção e controle. (PEREIRA et al, 2005).

A partir da análise dos trabalhos selecionados foram identificadas várias dificuldades relacionadas à prática da CCIH, e agrupadas de acordo com sua temática central. Assim, foram classificadas nas seguintes categorias: Dificuldades para realizar Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares; Dificuldades para desenvolver PCIH; Dificuldades para manter treinamentos específicos em controle das infecções.

Apesar do item, dificuldades para realizar vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, poder ser incluído na categoria “Dificuldades para desenvolver PCIH”, optou-se por não agrupá-la e estabelecer em categoria específica, considerando a importância ocupada pela vigilância epidemiológica dentro do PCIH e porque os obstáculos para realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares comprometem o desenvolvimento do PCIH.

### **3.1 Dificuldades para realizar Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares.**

Ao avaliar o impacto do modelo brasileiro para o controle de infecções hospitalares, Santos (2006), por meio de um estudo em dois bancos de dados da ANVISA observou que 77% das instituições informaram realizar vigilância epidemiológica das infecções, sendo a atividade da CCIH mais presente nos hospitais. O estudo envolveu 4.148 hospitais localizados em 1.009 municípios brasileiros.

Para avaliar a qualidade da vigilância, no referido trabalho, verificou-se a utilização, pelas comissões, de critérios para estabelecer o diagnóstico das infecções. Grande parte das instituições informaram usar critérios diagnósticos próprios.

A não realização de ações de vigilância epidemiológica em 1/4 dos hospitais brasileiros impede a notificação adequada das infecções hospitalares, dificulta e compromete o monitoramento local, regional e nacional. (SANTOS, 2006).

As dificuldades comumente apontadas nesta categoria, de modo geral, foram: má qualidade dos registros e acesso ao prontuário, preenchimento incompleto dos

pedidos de exames de microbiologia, falta de coleta de material microbiológico para cultura antes da introdução da terapia antimicrobiana, processo manual de cultivo das cepas com conseqüente demora na obtenção de resultados, recebimento irregular das cópias dos resultados das culturas vindas do laboratório, (TURRINI, 2004; SILVA & SANTOS, 2001).

Fontana & Lautert (2006), em estudo com hospitais da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, apresentam dificuldades relacionadas ao quantitativo de recursos humanos para a realização de Vigilância Epidemiológica, uma vez que Enfermeiras responsáveis pelas CCIH acumulam funções de toda ordem nas instituições. Assim, 46,4% dos hospitais que possuem CCIH, não realizam coleta de dados sistematizada. As autoras observam ainda, que muitas destas dificuldades encontradas nos hospitais estudados são decorrentes da falta de apoio administrativo em promover mudanças e outorgar autonomia às comissões.

Pereira, Moriya & Gir (1996), em pesquisa envolvendo Hospitais Escola de 21 estados do Brasil, relatam que as CCIH apontaram como principais barreiras, a execução do método passivo de vigilância Epidemiológica das Infecções: o preenchimento incorreto das fichas de notificação e prontuários com anotações incompletas ou omissões; 64,19% relataram dificuldades relacionadas à qualidade dos prontuários; 59,25% à fonte de informações; 34,56% com relação à frequência de observação e falta de apoio administrativo. Com referência ao método ativo, várias dificuldades foram assinaladas, sobressaindo-se a questão da qualidade dos prontuários e o tempo gasto pelos enfermeiros da CCIH na coleta de dados. Evidenciaram ainda, várias dificuldades para a operacionalização de um programa de vigilância e controle de IH, dada a falta do enfermeiro em dedicação exclusiva na CCIH. Além de coletar dados e tabulá-los, muitas vezes manualmente, necessita dedicar seu tempo na implantação de medidas de controle e treinamento de pessoal em vários níveis. A inadequação da estrutura para o funcionamento da CCIH e a falta de incorporação da filosofia preventiva na prática hospitalar, dificultam ainda mais as atividades de vigilância.

Hospitais onde ainda se utilizam a notificação passiva de casos de IH, a falta de comunicação adequada entre os plantões, a rotatividade de profissionais e a relação

inadequada de profissionais de enfermagem/pacientes tornam esse método de vigilância deficiente, exigindo constante orientação dos profissionais. Com relação à vigilância epidemiológica pós-alta, as instituições de saúde que realizam cirurgias ambulatoriais ou que atendem pacientes cirúrgicos, de curta permanência hospitalar, não têm um retorno das eventuais complicações infecciosas atribuídas ao período de internação, o que contribui para taxas subestimadas de infecção de sítio cirúrgico.

Em grande parte dos hospitais pesquisados por Turrini (2004), no ano de 2000, foram observadas dificuldades na realização da vigilância epidemiológica das IH, apontando o laboratório terceirizado como o principal problema, especialmente pela incapacidade da identificação correta de microrganismos (por não realizarem culturas quantitativas de rotina, falta de Kits para identificação de agentes gram negativos, dificuldades na identificação de determinadas espécies de bactérias e fungos, processamento manual das culturas, falta de pessoal especializado, falta de comunicação sobre crescimento de agentes etiológicos). Desta forma, laboratório sem as condições mínimas para identificar os agentes microbiológicos isolados não pode oferecer suporte às investigações epidemiológicas de IH.

Santos (2006) afirma que nesse aspecto, as adequações em relação ao monitoramento de infecções relacionadas à atenção à saúde devem ser enfatizadas, com indicadores padronizados e ajustados às necessidades locais. A vigilância epidemiológica das infecções não pode ser realizada como um fim em si, mas como um instrumento para o gestor e o serviço de saúde “enxergarem” suas necessidades e medirem o impacto de suas ações de controle e prevenção.

### **3.2 Dificuldades para desenvolver PCIH.**

Turrini (2004), em pesquisa realizada em 26 hospitais do Município de São Paulo no ano de 2000, em que um dos objetivos foi identificar as dificuldades apontadas pelas CCIH para a implementação e manutenção do PCIH, ressalta que as dificuldades referidas na maioria das vezes, pelos entrevistados, foram atribuídas à dificuldade

financeira dos hospitais, à aquisição de materiais e principalmente à necessidade de mudança de comportamento dos profissionais de saúde para o seguimento das normas e rotinas. Os resultados permitiram à autora concluir ainda que as dificuldades na implementação dos PCIH concentram-se na infra-estrutura dos laboratórios de microbiologia, nos recursos materiais e na estrutura física inadequada para práticas de controle de IH, na integração dos diversos setores e no envolvimento da administração do hospital com o PCIH.

A estrutura física das instituições hospitalares é apontada como dificultador, pois a arquitetura original dos hospitais dificulta sua adequação às atuais exigências do controle de IH e ao uso de equipamentos novos e sofisticados como considera Turrini (2004).

Fontana & Lautert (2006), relatam que grande parte dos entrevistados afirmaram que não há nenhum sistema de controle de antimicrobianos nas instituições pesquisadas e que na maioria das instituições existem manuais de normas e rotinas, mas observam-se neles, práticas desatualizadas de prevenção e controle de infecções. Deficiências na sistematização das ações de prevenção e controle de infecções hospitalares por ausência de informação atualizada, de norma e/ou comissões que possam avaliá-las no cotidiano da assistência hospitalar, também foram destacadas no estudo.

Dentre as CCIH estudadas por Pereira, Moriya & Gir (1996), grande parte mencionaram dificuldades para operacionalização do PCIH na lavanderia. A maior frequência de problemas diz respeito à falta de adequação da planta física, equipamentos obsoletos, e falta de pessoal qualitativa e quantitativamente. No que se refere ao serviço de nutrição, a maioria das CCIH apontaram problemas diversos, incluindo planta física inadequada, deficiência qualitativa e quantitativa de pessoal, entre outras. Quanto à central de esterilização, as dificuldades existentes, encontradas foram a planta física inadequada, como o problema de maior frequência e dificuldades para a operacionalização do programa de controle no centro cirúrgico. O excesso de pessoas nas salas de operação e o uso inadequado de parâmetros foram os pontos de maior destaque. Dificuldades quanto ao serviço de limpeza relacionam-se a alta rotatividade dos funcionários, dificuldades de aprendizagem,

não uso de equipamentos de proteção individual, inadequabilidade no fluxo interno e na coleta do lixo hospitalar. Referente às medidas de isolamento e precauções, as dificuldades em se cumprir as medidas e alta rotatividade de estudantes foram citados como obstáculos.

Silva e Souza *et al* (2002), em pesquisa realizada com enfermeiras candidatas ao curso de especialização em controle de infecção hospitalar, extraíram dos seus relatos seis pontos considerados pelas enfermeiras como desafios para o controle de infecção com seus respectivos desdobramentos: Estrutura organizacional (políticas governamentais; políticas institucionais e administrativas; relações de trabalho interpessoais e intersetoriais, e normatização dos serviços); batalha biológica; envolvimento profissional (falta de consciência, baixa adesão às medidas de controle e comprometimento com o serviço e paciente); capacitação profissional (educação continuada e atualização profissional); epidemiologia das infecções e medidas de prevenção e controle. Assim, os desafios encontrados vão desde a adoção de medidas simples de controle até a complexa estrutura organizacional das instituições normatizadoras, provedoras e executoras. Entretanto, os maiores desafios explicitados foram as políticas instituídas, as relações de trabalho e o pouco envolvimento profissional.

Santos (2006) descreve que parte das instituições estudadas afirmaram desenvolver PCIH. A autora aponta que mesmo onde existem comissões, essas não conseguiram estruturar adequadamente suas ações de forma deliberada e sistemática, com acompanhamento das atividades executadas e medida de impacto.

Um reflexo disso é a pequena proporção de hospitais com programas de controle desenvolvidos. PCIH existem em apenas 44,3% dos hospitais. Como agravante desta situação, a dedicação da CCIH as atividades de monitoramento global de infecções, exigidas pelas normas vigentes, demanda muito tempo da equipe e desvia o foco de atuação apenas para o monitoramento em si, em detrimento das ações de prevenção e controle.

Turrini (2004) destaca que algumas instituições não conseguiram implantar certas normas/rotinas como: realização de culturas qualitativas de material biológico,

controle de antimicrobianos, controle de acidentes com material biológico, curativo de cateter, normas de isolamento, desinfecção de material nas unidades, diagnóstico e isolamento de tuberculose, gerenciamento de resíduos hospitalares, curativos, banho no período pós-operatório, controle de acidentes com perfurocortantes, antibioticoprofilaxia na colocação de marcapasso cardíaco e coleta de líquor. O Controle de antimicrobianos é referido pelos entrevistados como um desafio, pois apesar da padronização nas unidades de internação, quando o corpo clínico é aberto ou nas clínicas cirúrgicas, devido ao grande número de equipes, este controle é difícil.

Turrini & Lacerda (2004), apresentam o déficit de pessoal de enfermagem, processo de trabalho, serviços de apoio, aceitação do PCIH, adesão às medidas de prevenção e controle de IH, aspectos psicossociais, atividades educativas/treinamento como fatores dificultadores apontados pelas CCIH estudadas, para a implementação e manutenção do PCIH, relacionadas aos recursos humanos.

Para Prade (2002) as vantagens da existência efetiva de um PCIH está na redução de custos e tempo de internação, assim como no aumento da produtividade e racionalidade de uso dos recursos. A eficiência de um PCIH está em entender diferenças e tendências antecipando-se, através da prevenção e controle, sobre os pontos cruciais da assistência, para que os problemas não se instalem ou sejam controlados em níveis aceitáveis.

Em muitos serviços é comum os profissionais de enfermagem apontarem como fatores responsáveis a não adesão ao PCIH, a falta de recursos humanos e materiais. Muitas medidas de controle de IH envolvem mudanças na maneira de realizar determinados procedimentos, ou na prática de lavagem das mãos, as quais independem de recursos materiais sofisticados, mas sim de mudanças comportamentais. É claro que, se a infra-estrutura favorecer o processo, serão melhores consequentemente os resultados também, mas isto não invalida o repensar na maneira de ministrar o cuidado ao paciente (TURRINI, 2004).

### **3.3 Dificuldades para manter treinamentos específicos em controle das infecções.**

Santos (2006), aponta que as atividades de educação para medidas de controle foram menos incorporadas. Essas ações estão presentes em apenas 29,4% dos 944 hospitais municipais estudados. As atividades educativas demandam compromisso institucional multidisciplinar, com organização de horários, priorização de temas e envolvimento das equipes de trabalho. A educação para o controle de infecção é justamente a atividade que irá disseminar as medidas de prevenção

As dificuldades para manter treinamentos específicos em controle das infecções, referidas na maioria das vezes, foram atribuídas à dificuldade financeira dos hospitais, à aquisição de materiais e principalmente à necessidade de mudança de comportamento dos profissionais de saúde para o seguimento das normas e rotinas (TURRINI, 2004).

Turrini & Lacerda (2004), apresentam como obstáculo para o treinamento o déficit de pessoal de enfermagem, dificultando a dispensa do funcionário do cuidado direto ao paciente, por não existir uma programação institucional voltada especificamente para esta questão. Apontam ainda, barreiras referidas para operacionalização das atividades educativas, como 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 e as atividades educativas não atingem todo o hospital quando ele é muito grande.

A falta de apoio administrativo em promover mudanças e outorgar autonomia às comissões também são apontadas como dificuldades encontradas. (FONTANA & LAUTERT, 2008).

Santos (2006) relata que o fortalecimento das interfaces do controle de infecções com as ações de prevenção de outros eventos adversos e de promoção da qualidade na atenção à saúde como um todo deve ser visto como estratégia principal para maximização dos resultados na redução de riscos em serviços de saúde. Com esta finalidade, é importante estimular a auto-avaliação e a acreditação como formas de impulsionar a busca contínua da qualidade.

A elaboração de programas educativos, que colaborem para despertar na equipe, a importância do envolvimento individual e coletivo pode viabilizar a mudança de comportamento, tão necessária no contexto da IH. É necessária fundamentação prática e teórica e, ainda, assimilação e introdução de medidas de prevenção, imperativas adequadas à assistência. A formação de hábitos pelos profissionais e, não apenas, a teorização do conhecimento, torna-se alvo a ser alcançado pela CCIH, como destacam Pereira, Moiyra & Gir (1996).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A legislação, ao conferir dever às instituições de saúde em constituir as CCIH, garante de certa forma, às comissões, amparo as suas ações e garantia do cumprimento legal das suas atribuições no sentido de prevenir infecções.

No entanto, as CCIH enfrentam obstáculos para a prática, mesmo após quase trinta anos de legislação no Brasil, conforme identificado neste estudo, em algumas instituições hospitalares.

Um contingente de dificuldades impostas à prática no controle de infecções se tornam desafios ao cumprimento da legislação e preceito éticos profissionais.

Análise dos trabalhos estudados apontou vários desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde. Dentre os obstáculos encontrados, destacaram-se os seguintes agrupados de acordo com a temática central: Dificuldades para realizar Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares – Laboratório de microbiologia,

qualidade das fontes de dados, quantitativo de recursos humanos da CCIH; Dificuldades para desenvolver PCIH – Falta de apoio administrativo, dificuldades para implementação de normas e rotinas, estrutura física das inadequadas instituições, falta ou insuficiência de recursos materiais; Dificuldades para manter treinamentos específicos em controle de infecções – Rotatividade de pessoal e falta de motivação da equipe.

Foram observados grandes esforços de algumas comissões, que enfrentam o desafio de buscar alternativas de prevenção e controle da IH. Em contra partida destaca-se o não comprometimento de algumas gerências hospitalares com o serviço.

É preciso formular estratégias considerando as necessidades da instituição e suas peculiaridades, partindo da análise dos pontos fortes e fracos e assim delinear planos de ação. Essas estratégias, poderão ser utilizadas como referencial às CCIH que vivenciam problemas.

Refletir os problemas vivenciados no hoje possibilita criar soluções práticas para a mudança.

## **REFERÊNCIAS**

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 48, de 2000. Diário Oficial da União. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde – Portaria nº 196 de 24 de junho de 1983. Dispõe sobre o controle de prevenção das infecções hospitalares. Diário Oficial da União. Brasília, 1983.

BRASIL. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da República Federativa da União, Brasília, 12 mai. 1998.

FONTANA, Rosane Teresinha; LAUTERT, Liana. Aspectos éticos-legais do controle de Infecção Hospitalar: Algumas reflexões relativas ao Enfermeiro. **Revista Ciência e Cuidados em Saúde**, v.4, n.7, p.546-550, Out./Dez. 2008.

FONTANA, Rosane Teresinha; LAUTERT, Liana. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.3, n. 59 , p.2572-261, maio/jun. 2006.

GIUNTA, Adriana do Patrocínio Nunes; LACERDA, Rubia Aparecida. Inspeção dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos Serviços de Saúde pela Vigilância Sanitária: diagnóstico de situação. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 1, n. 40, p. 64-70, 2006.

GONTIJO JÚNIOR, Oswaldo Macêdo. **Avaliação das comissões de controle de infecção hospitalar em Belo Horizonte** : proposta para incremento da resolutividade. 1991. 216 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte.

PEREIRA, Milca Severino et al. A Infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto & Contexto-enfermagem**, Florianópolis , v.14, n.2 , p. 250-257, abr. 2005.

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

SILVA, Magda Fabbri Isaac; SANTOS, Branca Maria de Oliveira. Estudo Histórico-Organizacional da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de um Hospital Universitário. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, n.34, p.170-176, abr./jun. 2001

SANTOS, Adelia Aparecida Marçal dos; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos?**. 2006 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

SILVA E SOUZA, Adénícia Custódia e, et al. Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde: Percepção dos Enfermeiros. **Revista Ciência & Enfermeria**, São Paulo, V.8, n.1, p.19-30, 2002.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LACERDA, Rúbia Aparecida. Capacitação de recursos humanos para a implementação do programa de controle de infecção. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis , v. 13, n. nesp , p. 25-33, 2004.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Programa de Controle de Infecção Hospitalar: Problemas na implementação em hospitais do Município de São Paulo. **Revista ACTA de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.3, p.316-324, 2004.

PRADE, Sandra Suzana. **Desenvolvimento e Validação de um Instrumento de Informação para a Assessoria do Programa de Controle de Infecção às Decisões do Dirigente Hospitalar**. 2002. 227 f. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.