



O protagonismo do enfermeiro na estruturação e gerenciamento do programa de controle de infecção hospitalar

The nurse's leadership in structuring and managing the hospital infection control program

El protagonismo del enfermero en la estructuración y gestión del programa de control de infecciones hospitalarias

Raphaella de Almeida Ferreira¹, Cláudio José de Souza¹, Bárbara Pompeu Christovam¹, Zenith Rosa Silvino¹, Marina Izu², Rafaela Tinoco Machado³, Tatiana Vieira Tolentino⁴, Natalia Gilly Braga⁵.

RESUMO

Objetivo: Socializar a experiência do enfermeiro como protagonista na estruturação e gerenciamento do Programa de Comissão de Infecção Hospitalar, sob a perspectiva do *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM). **Relato de experiência:** Para a implementação do programa de controle de infecção hospitalar, contratou-se um enfermeiro especializado, de nível Sênior, com ampla experiência na área. Ele utilizou os conceitos do NREM como instrumento para estudar os elementos estruturais da organização, pacientes e equipe, permitindo priorizar os processos essenciais de controle de infecção. Essa abordagem otimizou os recursos disponíveis, sem custos adicionais, e monitoramento dos resultados para avaliar o impacto das ações programadas nos desfechos dos pacientes. **Considerações finais:** A estruturação do programa de controle de infecção hospitalar, conduzida pelo enfermeiro e orientada pelo NREM, evidenciou a importância desse profissional do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar nos resultados de prevenção de infecções em pacientes, reforçando seu papel essencial nos cuidados em saúde.

Palavras-chave: Programa de controle de infecção hospitalar, Enfermeiro, Serviços de controle de infecção hospitalar, Infecção hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To share the experience of the nurse as a protagonist in the structuring and management of the Hospital Infection Control Program, from the perspective of the Nursing Role Effectiveness Model (NREM). **Experience report:** For the implementation of the hospital infection control program, a specialized, Senior-level nurse with extensive experience in the field was hired. He used the concepts of the NREM as a tool to study the structural elements of the organization, patients, and team, allowing for the prioritization of essential infection control processes. This approach optimized available resources without additional costs and included monitoring of results to evaluate the impact of the programmed actions on patient outcomes. **Final considerations:** The structuring of the hospital infection control program, led by the nurse and guided by the NREM, highlighted the importance of this professional from the Infection Control Service in preventing infections in patients, reinforcing his essential role in healthcare.

Keywords: Hospital infection control program, Nurse, Hospital infection control services, Hospital infection.

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói - RJ.

² Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro.

³ Centro Universitário de Barra Mansa, Barra Mansa – RJ.

⁴ Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), Volta Redonda – RJ.

⁵ Hospital Unimed Volta Redonda, Volta Redonda – RJ.

RESUMEN

Objetivo: Compartilhar la experiencia del enfermero como protagonista en la estructuración y gestión del Programa de Control de Infección Hospitalaria, desde la perspectiva del Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería (NREM). **Informe de experiencia:** Para la implementación del programa de control de infección hospitalaria, se contrató a un enfermero especializado, de nivel Sênior, con amplia experiencia en el área. Utilizó los conceptos del NREM como herramienta para estudiar los elementos estructurales de la organización, los pacientes y el equipo, lo que permitió priorizar los procesos esenciales de control de infecciones. Este enfoque optimizó los recursos disponibles sin costos adicionales e incluyó el monitoreo de resultados para evaluar el impacto de las acciones programadas en los desenlaces de los pacientes. **Consideraciones finales:** La estructuración del programa de control de infección hospitalaria, dirigida por el enfermero y orientada por el NREM, destacó la importancia de este profesional del Servicio de Control de Infecciones en la prevención de infecciones en pacientes, reforzando su papel esencial en la atención sanitaria.

Palabras clave: Programa de control de infección hospitalaria, Enfermero, Servicios de control de infección hospitalaria, Infección hospitalaria.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares (IH) impactam negativamente a saúde pública global devido à alta mortalidade e aos elevados custos ao sistema de saúde, servindo também como indicador da qualidade assistencial. Segundo a Portaria nº 2616/1998, todos os hospitais brasileiros devem estabelecer uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), formada por consultores de áreas estratégicas para implementar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), além do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que executa as ações planejadas. O PCIH vai além da formação da CCIH, abrangendo a definição de ações específicas para controle e prevenção de infecções, visando à qualidade assistencial e à segurança do paciente, o que deve ser evidenciado pela criação de indicadores e avaliação contínua das atividades (SANTOS PLC, et al., 2019; LAMBLET LCR e PADOVAZE MC, 2018).

A legislação brasileira atribui ao enfermeiro uma responsabilidade central na prevenção de infecções hospitalares (IHS). A Lei do Exercício Profissional determina que o enfermeiro atue em colaboração com a equipe de saúde para prevenir e controlar as IHS de forma sistemática. Complementando, a Portaria nº 2.616/1998 estabelece diretrizes mínimas para a execução do PCIH, recomendando a inclusão de um enfermeiro entre os responsáveis pelas ações. A participação ativa dos enfermeiros na construção e aprimoramento dessas normativas fortalece a categoria e amplia seu papel na promoção de práticas seguras e eficazes (LAMBLET LCR e PADOVAZE MC, 2018; BRASIL, 1998).

Deste modo, avaliar o impacto das ações do enfermeiro na qualidade e no custo do atendimento é necessário para identificar sua contribuição no sistema de saúde, justificar sua institucionalização em ambientes de assistência à saúde e fornecer as evidências empíricas necessárias para o desenvolvimento de políticas. O *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) foi desenvolvido para avaliar as contribuições do enfermeiro nos cuidados e resultados de qualidade no contexto multidimensional do serviço de saúde (SIDANI S e IRVINE D, 1999; LUKEWICH JÁ, et al., 2018; SOARES HH, 2022). Este estudo buscou socializar a experiência do enfermeiro como protagonista da estruturação e gerenciamento do PCIH sob a perspectiva do NREM.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caracterização da unidade de saúde

Trata-se de um hospital geral, localizado no interior do Rio de Janeiro, com mais de 200 leitos, incluindo 43 de terapia intensiva para adultos e crianças. Destaca-se como o único hospital do município a atender pelo Sistema Único de Saúde (SUS), também atende diversos convênios e realiza cirurgias complexas, como cardíacas, neurológicas, gerais e ortopédicas.

O planejamento da estruturação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)

A estruturação do PCIH, relatada neste caso, aplica a teoria do NREM, que explora a complexidade dos cuidados de enfermagem ao vincular os resultados do paciente às funções do enfermeiro. A teoria analisa as relações entre estrutura, processo e resultado, permitindo um entendimento preciso e completo das causas que influenciam os resultados desejados (SIDANI S e IRVINE D, 1999; OLIVEIRA MF, 2023).

Variáveis estruturais da Organização

O processo de estruturação do PCIH incluiu um diagnóstico situacional para mapear a estrutura hospitalar e os recursos do SCIH. Entre os pontos críticos identificados estavam a arquitetura antiga, inadequações no espaçamento entre leitos, e a ausência de comissões e serviços de gerenciamento de riscos essenciais. Auditorias revelaram problemas de climatização, falhas no tratamento da água, falta de validação de equipamentos críticos, como exemplo a autoclave, práticas inadequadas na diluição de saneantes, carência de rotinas padronizadas e treinadas, e dimensionamento inadequado na equipe de higiene noturna. O laboratório enfrentava dificuldades com transporte e análise de amostras devido à localização e rotatividade da equipe, prejudicando a agilidade dos resultados.

A equipe do SCIH consistia em um enfermeiro e dois técnicos, com apoio de um infectologista, e vinha sofrendo com alto *turnover*. A falta de um PCIH formal, rotinas básicas, gerenciamento de dados essenciais e de relatórios de auditoria dificultava a priorização de ações corretivas. O hospital utiliza prontuário eletrônico, para o SCIH, há uma sala equipada com computadores, *internet* e uma linha telefônica para comunicação com ramais internos. O serviço possui um ambulatório cirúrgico de egressos, o que contribui para a vigilância de infecções cirúrgicas pós-alta. Dos 15 setores auditados, incluindo o SCIH, os que apresentaram menor índice de conformidade foram: SCIH (41%), Centro cirúrgico (54%), CME (55%), laboratório de análises clínicas (57%), serviço de higiene hospitalar (58%), ficando os demais setores com uma média de conformidade de 77,5%. Tais auditorias foram documentadas e encaminhadas para as lideranças, e solicitados planos de ações com foco na obtenção de 70% de conformidade em cada área.

Variáveis estruturais dos pacientes

A baixa escolaridade da população compromete os cuidados preventivos de saúde e dificulta a educação em saúde, o que aumenta a taxa de internações evitáveis. Na UTI adulta, com alta gravidade, o SAPS Score é utilizado para monitoramento, e os pacientes clínicos permanecem mais tempo que os cirúrgicos. A clínica cirúrgica tem maior número de internações por cirurgias abdominais e de traumas, além de oferecer enfermarias para pacientes oncológicos e um quarto de isolamento respiratório para doenças infecciosas transmitidas pelo ar, sendo a tuberculose a mais prevalente. A UTI neonatal atende principalmente pacientes transferidos, sem alta incidência de prematuros extremos.

Com vigilância epidemiológica estabelecida no PCIH, foi possível compreender as características dos pacientes acompanhados pelo SCIH por meio da busca ativa prospectiva, tais como: média de idade de 64 anos; Principal agravo de notificação compulsória é a violência; Dentre as doenças infecciosas mais prevalentes na clínica médica estão: infecções de pele e partes moles, pneumonias e infecções urinárias; As comorbidades mais comuns são: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença renal, afecções cardiovasculares; A maior incidência das IHS é: pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), a taxa de utilização da ventilação mecânica possui média de 42%. São reconhecidos que, apesar dos esforços dedicados à prevenção de infecções, esses podem não ser totalmente eficazes devido às condições pré-existentes e complicações clínicas dos pacientes, como sarcopenia, déficit nutricional, complicações físicas decorrentes de acidente vascular cerebral com déficit motor, cognitivo, e, logo, de autocuidado, uso prolongado de sedativos, hipnóticos e bloqueadores neuromusculares, etc.

Variáveis estruturais: perfil do Enfermeiro do SCIH

Para a estruturação do PCIH houve a contratação de um profissional enfermeiro, cujas variáveis estruturais compreendiam: especialização em controle de infecções relacionadas à assistência à saúde em modalidade lato sensu; cursando pós-graduação em modalidade *stricto sensu* na linha de gestão do cuidado e inovação

em saúde; 12 anos de experiência em CCIH; experiência em consultorias técnicas/especializadas em CCIH para instituições de saúde; E com vivência anterior de 8 anos na UTI adulto. Enfatiza-se a aptidão para avaliar e interpretar criticamente as evidências científicas, o risco infeccioso, os dados de vigilância, assim como qualificação para desenvolver e conduzir o PCIH com metas e objetivos baseados nas prioridades e inovação.

Os processos do Programa de Controle de Infecção Hospitalar

Após a compreensão das variáveis estruturais, foi possível definir as prioridades e estruturar o PCIH. Utilizou-se a ferramenta denominada Estrutura Analítica de Projeto (EAP) para estabelecer as entregas das ações programadas. A EAP contemplou as seguintes entregas: vigilância epidemiológica, abrangendo a epidemiologia das IHS e das doenças de notificação compulsória (DNC), além do perfil microbiológico; Vigilância de processos, que envolve a vigilância sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador, com foco na validação documental e no monitoramento de dados assistenciais e administrativos sensíveis ao CIH, conforme as prioridades definidas pela vigilância epidemiológica; E assessoria técnica às áreas assistenciais e administrativas, com atuação no gerenciamento de planos de melhoria contínua para alinhamento ao PCIH e redução de desperdícios, incluindo custos, horas trabalhadas e recursos humanos e materiais desnecessários.

Para concretizar as entregas planejadas do PCIH e considerando o modelo do NREM, os principais processos foram estruturados. Entre as ações independentes, destacou-se a busca ativa das IHS, o monitoramento do perfil microbiológico, o gerenciamento de surtos, o gerenciamento de projetos assistenciais voltados à prevenção das IHS, o gerenciamento das precauções expandidas, as ações de biossegurança, a notificação das DNCs, tendo em vista a falta do núcleo de epidemiologia hospitalar, a gestão da qualidade da água e do ar, a validação de rotinas técnicas assistenciais, o gerenciamento de protocolos de CIH e antimicrobianos, o gerenciamento do risco infeccioso em projetos de obras e reformas, a assessoria aos serviços de higiene hospitalar, lavanderia, nutrição e dietética, central de material e esterilização, e as auditorias técnicas nos setores assistenciais e de apoio assistencial.

Já nas ações interdependentes, foram incluídas as ações de comunicação como a emissão de pareceres técnicos, a educação continuada sobre CIH, e elaboração e divulgação de relatórios e boletins, e a participação em reuniões das comissões multidisciplinares e estratégicas. A maior parte das ações configurou-se como ações independentes do enfermeiro do SCIH, não havendo atividades que se configurem como ação dependente, isto é, para ser realizada depende da prescrição pelo médico.

Os resultados do Programa de Controle de Infecção Hospitalar

Foram padronizados indicadores para gerenciamento dos processos de prevenção de infecção (**Quadro 1**), estes monitorados e discutidos mensalmente com as principais lideranças das áreas, objetivando tratar as não conformidades evidenciadas e garantir as melhores práticas de CIH.

Quadro 1 - Indicadores de gerenciamento dos processos do PCIH.

Indicadores do gerenciamento de processos
Taxa de adesão ao protocolo de prevenção de infecção do trato urinário associada a sonda vesical de demora
Taxa de adesão ao protocolo de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica
Taxa de adesão ao protocolo de prevenção de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter vascular central
Taxa de conformidade nas auditorias de estrutura e processos por setor de internação
Taxa de utilização de ventilação mecânica
Taxa de utilização de acesso vascular central
Taxa de utilização de sonda vesical de demora
Taxa de resistência e sensibilidade dos germes de maior prevalência por setor de internação
Taxa de resistência e sensibilidade dos germes de maior prevalência institucional

Indicadores do gerenciamento de processos
Taxa de positividade nas culturas de amostras clínicas (hemocultura, urocultura, secreção traqueal)
Taxa de incidência de germes por resultado de cultura em amostras clínicas (hemocultura, urocultura, secreção traqueal)
Taxa de consumo de antimicrobianos institucional
Taxa de consumo de antimicrobianos por setor de internação
Taxa de utilização de álcool em gel para higiene das mãos na UTI adulto, neonatal e pediátrica
Taxa de utilização de sabão líquido para higiene das mãos na UTI adulto, neonatal e pediátrica
Taxa de adesão à prática de higiene das mãos por observação direta
Taxa de treinamentos dos protocolos de prevenção de infecção durante o ano
Taxa de incidência das doenças infectocontagiosas e agravos de notificação compulsória institucional

Fonte: Ferreira RA, et al., 2025.

Para medir os resultados sensíveis das ações do enfermeiro do SCIH nesse processo de estruturação, utilizou-se de indicadores de desfechos diretos dos pacientes (**Quadro 2**).

Quadro 2 - Indicadores de resultados sensíveis ao gerenciamento do PCIH pelo enfermeiro do SCIH.

Indicadores de desfecho de infecção hospitalar
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica na UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica.
Densidade de incidência de infecção urinária associada a cateter vesical de demora
Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter vascular central
Densidade de incidência de pneumonia não associada à ventilação mecânica
Densidade de incidência de infecção urinária não associada à sonda vesical de demora
Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas
Taxa de infecção em cirurgias ortopédicas limpas
Taxa de infecção em artroplastias primárias de joelho ou quadril
Taxa de infecção em cesarianas
Taxa de infecção em cirurgias neurológicas com prótese, exceto derivação ventricular encefálica
Taxa de infecção em mamoplastias com implante de prótese
Taxa de infecção em cirurgias cardíacas

Fonte: Ferreira RA, et al., 2025. Fundamentado em Brasil,1998; Brasil, 2024.

Em novembro de 2022 o PCIH apresentava o percentual de conformidade de 41%, após o trabalho, o PCIH evoluiu com índice de conformidade de 92,45% em dezembro de 2023. Assim como o PCIH, algumas áreas, as quais passaram por auditoria na fase de diagnóstico, foram novamente auditadas, obtendo-se uma média geral de 87% de conformidade. Os setores, com exceção do laboratório de análises clínicas, obtiveram índice de conformidade favorável à meta de 70%. Esses resultados refletiram a efetividade do SCIH na estruturação do PCIH e as ações do PCIH nas demais áreas do hospital.

DISCUSSÃO

A alta rotatividade de funcionários (*turnover*) dificulta a implementação eficaz do PCIH, afetando a qualidade do serviço, reduzindo a competência técnica e aumentando o tempo gasto em treinamento de novos colaboradores. Equipes estáveis, bem direcionadas e com uma cultura institucional voltada à prevenção facilitam o mapeamento de tarefas e a alocação de recursos, sendo especialmente importantes em instituições com recursos limitados para prevenir infecções hospitalares. (SANTOS PLC, et al., 2019)

Conforme Christovam BP, et al. (2012) o saber gerenciar do enfermeiro e sua formação como gestor do cuidado são suficientes para o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de resultados no paciente buscando a eficiência na prevenção de infecções. Desta forma, a contratação de um enfermeiro sênior especializado em controle de infecção, com experiência comprovada, fortaleceu a liderança e a eficácia

das ações do PCIH, destacando seu protagonismo no gerenciamento dos riscos infecciosos. Além disso, as atividades, coordenadas de forma independente pelo enfermeiro, não exigiam prescrição médica, o que reafirma a autonomia e responsabilidade desse profissional. Embora a colaboração multidisciplinar seja valorizada, a autoridade do enfermeiro como gestor do cuidado se mostra essencial para influenciar positivamente os resultados dos pacientes.

Para Ferreira RA, et al. (2024) o NREM foca em esclarecer os diversos fatores que influenciam o estado clínico do paciente e os cuidados de enfermagem, destacando seu papel mediador. Alguns fatores, como características do paciente (idade, sexo, condições prévias, doenças pré-existentes e comorbidades), são imutáveis e não permitem medidas para eliminar ou reduzir os riscos associados.

No entanto, fatores externos, ações dos enfermeiros e aspectos organizacionais podem ser ajustados para minimizar vulnerabilidades relacionadas a infecções hospitalares. Neste estudo, a definição das variáveis estruturais dos pacientes foi essencial para compreender os riscos e complexidade do atendimento, priorizando planos de prevenção de pneumonias e cirurgias cardíacas, além de metas para reduzir o uso de dispositivos invasivos. O estudo da estrutura organizacional permitiu focar em ações essenciais previstas em lei, otimizando recursos financeiros e estabelecendo metas estratégicas anuais sem sobrecarregar a equipe. Esse planejamento também possibilitou à alta gestão acompanhar os resultados, pendências e dificuldades, evitando frustrações e reforçando a eficiência do serviço.

As condições estruturais das instituições influenciam o risco de IHS nos pacientes, já que o ambiente está diretamente ligado à exposição a patógenos. No Brasil, onde as IHS representam um problema de saúde pública com taxas de infecção de 5 a 10% em pacientes hospitalizados, essa questão eleva custos e prolonga internações e aumenta a mortalidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere oito componentes essenciais para o PCIH: O PCIH, diretrizes para CIH, educação e treinamento, vigilância de infecções, estratégias multimodais para intervenções, monitoramento e auditoria das práticas e *feedback* do PCIH. Para alcançar metas de qualidade, hospitais adotam modelos que incluem planejamento estratégico, padronização de processos e capacitação, além de contar com uma equipe multiprofissional para garantir a qualidade do atendimento (ALVES MM, et al., 2017; ARNS B, et al., 2023).

Para monitorar o desempenho do PCIH e os avanços na prevenção de infecções hospitalares, foi adotado o roteiro de inspeção da RDC nº 48/2000 da ANVISA. Realizou-se uma auditoria interna mensal, documentada e arquivada, e os resultados auxiliaram no planejamento de ações corretivas para aprimorar o Controle de Infecção Hospitalar (CIH). Esse roteiro permitiu avaliar a estrutura física, recursos humanos e materiais, normas e rotinas para o controle e monitoramento de IHS, sendo uma ferramenta eficaz para avaliar o desempenho dos PCIHs em hospitais (BRASIL, 2000; GIROTI ALB, et al., 2018; PEDROSO CF, et al., 2023).

Este relato descreveu a estruturação do PCIH nas dimensões organizacional, do paciente e do enfermeiro, incluindo os processos executados pelo enfermeiro, classificados como independentes, dependentes e interdependentes. O NREM, que relaciona estrutura, processos e resultados, demonstrou a importância do enfermeiro nos resultados dos pacientes, orientando a alocação de recursos para alcançar bons desfechos. Segundo o NREM, a estrutura pode impactar os processos, que por sua vez influenciam os resultados, como a idade e o estado imunológico do paciente, que afetam a taxa de infecção hospitalar. Contudo, o NREM pode servir como uma estrutura para orientar a organização e seleção de variáveis que avaliam a sensibilidade das ações de enfermagem nos resultados do paciente (SILVA MB, 2017; LUKEWICH JÁ, et al., 2019; SANTOS ISN, 2024).

Sendo assim, o PCIH bem estruturado pode reduzir taxas infecciosas ao passo que a falta de estrutura de algumas organizações, como a falta de recursos humanos, financeiros e etc., permite uma distância das boas estratégias para prevenção de infecção em um PCIH. Apesar de obrigatório no Brasil desde 1997, a realidade brasileira mostra um cenário desafiador para efetividade dos PCIH (SANTOS PLC, et al., 2019). A gerência do cuidado pelo enfermeiro pautada nas melhores evidências científicas acerca de uma temática, neste caso específico sobre a estruturação sistematizada e organizada do PCIH com base no NREM, tende a ser um ganho tanto para a organização quanto para o paciente que está sob o risco de adquirir infecções hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. ALVIM ALS, et al. Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos programas de controle de infecção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2021; 42: e20200135.
2. ALVES MM, et al. O Controle de Infecção Hospitalar como indicador para Qualidade no Serviço de Saúde. *Simpósio de Metodologias Ativas: Inovações para o ensino e aprendizagem na educação básica e superior. Blucher Education Proceedings*, 2017; 2: 1.
3. ARNS B, et al. Evaluation of the characteristics of infection prevention and control programs and infection control committees in Brazilian hospitals: A countrywide cross-sectional study. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*, 2023; 3(1): e79.
4. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2024 Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. Brasília, 2024.
5. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Competências essenciais para profissionais de prevenção e controle de infecção. Tradução livre e adaptação do documento da OMS: Core Competencies for infection prevention and control professionals. Brasília: GVIMS, GGTES, ANVISA, 2022.
6. BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 48, de 2 de junho de 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0048_02_06_2000.html. Acessado em: 08 de Agosto de 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616-98.htm>, Acessado em: 05/08/2024.
8. CHRISTOVAM BP, et al. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012; 46: 3.
9. DORAN ID, et al. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 1998; 16(2):58-64, 87. Disponível em: <https://enfermeriaycronicidad.files.wordpress.com/2014/11/2.pdf>, Acessado em: 05/08/2024.
10. FERREIRA RA, et al. A gerência do cuidado em saúde pelo enfermeiro do serviço de controle de infecção hospitalar à luz do Nursing Role Effectiveness Model. *Contribuciones a las ciencias sociales*, 2024; 17(2): e5257.
11. GIROTI ALB, et al. Programas de controle de infecção hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2018; 52: e03364.
12. LAMBLET LCR e PADOVEZE MC. Comissões de Controle de Infecção Hospitalar: perspectiva de ações do Conselho Regional de Enfermagem. *Cad Ibero-Americanos de direito sanitário*, 2018; 7(1): 29-42.
13. LUKEWICH JA, et al. Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nursing Open*, 2019; 6(3): 685-697.
14. OLIVEIRA MF de. Indicadores sensíveis ao cuidado do enfermeiro no cateterismo epicutâneo com ecografia portátil em neonatos: estudo metodológico. Tese de doutorado (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.
15. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2019.
16. PEDROSO CF, et al. Avaliação de programas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde: perspectiva crítica da RDC N°48/2000 da ANVISA. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2023; 25(74024): 1-13.
17. SANTOS ISN. Gestão de laboratórios de simulação clínica em saúde: Análise de boas práticas. Dissertação de mestrado (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2024.
18. SANTOS PLC, et al. Desempenho dos programas de prevenção e controle de infecções em pequenos hospitais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2021; 54: e03617.
19. SIDANI S e IRVINE D. A conceptual framework for evaluating the role of nurse in intensive care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 30(1): 50-66.
20. SILVA MB. Dimensões do Nursing Role Effectiveness Model no acompanhamento dos resultados de pacientes submetidos à artroplastia do quadril. 2017. Tese de doutorado (Doutorado em Cuidado em Enfermagem e saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
21. SOARES HH. Diretrizes Gerenciais das Práticas do Enfermeiro no Consultório de Rua. Dissertação de mestrado (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.